

# Kåren och köerna

*En ESO-rapport om den medicinska professionens  
roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård*

*Ulrika Winblad  
Caroline Andersson*

*Rapport till  
Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi  
2010:9*



---

REGERINGSKANSLIET

---

Finansdepartementet

Rapportserien kan köpas från Fritzes kundtjänst.

Beställningsadress:

Fritzes kundtjänst

106 47 Stockholm

Orderfax: 08-598 191 91

Ordertel: 08-598 191 90

E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)

Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

Tryckt av Elanders Sverige AB  
Stockholm 2010

ISBN 978-91-38-23483-9

# Förord

Hälso- och sjukvårdsområdet är mycket omfattande och utgör så mycket som 9 procent av BNP. Det pågår ett ständigt arbete för att dessa medel ska användas effektivt. Ett led i detta är att införa reformer som ger enskilda vårdtagare större möjlighet att välja vårdgivare, eller tydligare rättigheter i förhållande till vårdgivaren. Dessa reformer syftar till att tydligare styra vården mot ökad valfrihet och tillgänglighet och därmed förbättrad kvalitet.

Frågan om vem som egentligen styr den svenska hälso- och sjukvården är komplicerad. Det svenska sjukvårdssystemet decentraliserade karaktär skapar otydligheter i styrningen. Bilden kompliceras ytterligare av att den medicinska professionen har ett avgörande inflytande på verksamheten. Svensk sjukvårdspolitik har periodvis präglats av att staten och läkarkåren har haft olika åsikter kring hur sjukvårdspolitiska reformer bör genomföras.

Det är centralt för användningen av offentliga medel att styrningen fungerar. Därför blir det också ett intressant studieområde för Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO). I denna rapport till ESO behandlas läkarkårens roll i styrningen av sjukvården. Detta görs genom att kritiskt granska läkarkårens (ortopedernas) agerande i samband med genomförandet av den nationella vårdgarantin, en reform som syftar till att reglera väntetider och köer i vården. Centrala frågeställningar i studien är om läkarna intar en aktiv roll i implementeringen av vårdgarantin, och vilka förutsättningar de har att genomföra reformen.

En utgångspunkt för analysen är att läkarna spelar en nyckelroll för hur vårdgarantireformen fungerar, exempelvis genom att informera patienter om garantin och aktuella väntetider till olika behandlingar. Författarna finner dock att läkarnas formella roll, som den formuleras i politiska styrdokument, är oklar. En majoritet av läkarna anser heller inte att de har en central roll för

att få garantin att fungera. Andra centrala hinder för att reformen ska fungera, som framkommer i studien, är bristen på operations-salar och vårdplatser, samt läkarnas begränsade kunskaper om regelverket. Många av läkarna anser att de medicinska prioriteringarna av olika patientgrupper påverkats negativt av vårdgarantireformen. Det ger anledning att tro att vårdgarantin är svår att implementera.

Författarna menar att läkarnas arbetsförhållanden och kliniska autonomi påverkas av vårdgarantin, vilket kan förklara det delvis bristande genomförandet. Det borde ingå som en naturlig del i patientkontakten att läkaren stödjer patienten i beslut om vårdgivare. För att detta ska vara möjligt måste det vara tydligt vem i styrningskedjan som ansvarar för vad. Det är vidare uppenbart att reformer i vården generellt måste förankras tydligare i läkarkåren; författarna framhåller vikten av att involvera läkarkåren i en diskussion om vårdreformers innehåll och syfte, såväl innan som efter implementeringen.

Frågan om professioners ställning och deras betydelse för styrningen av offentliga verksamheter är av generellt intresse. Denna rapport är därför en av flera studier som ESO har initierat, som berör professionernas roll i styrningsfrågorna. Tidigare rapporter har handlat om lärarkåren (2009:6) och officerskåren (2010:1).

Arbetet med rapporten har följts av en referensgrupp bestående av personer med god insikt i detta område. Gruppen har letts av docent Shirin Ahlbäck Öberg, ledamot i ESO:s styrelse. Som alltid i ESO-sammanhang, ansvarar dock författarna själva för innehåll, slutsatser och förslag i rapporten. Det är min förhoppning att denna rapport ska kunna bidra till den pågående diskussionen om styrning av offentlig verksamhet i allmänhet och av hälso- och sjukvården i synnerhet.

Stockholm i november 2010

Lars Heikensten  
Ordförande för ESO

# Författarnas tackord

I arbetet med rapporten har flera personer varit involverade. Ett stort tack riktas först och främst till de ortopederna som besvarade studiens enkät. Utan denna hjälp och de fylliga kommentarerna i anslutning till frågorna hade det inte blivit någon rapport.

Johan Hopfgarten, Helène Eriksson och Fredrik Nerelius, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, har alla på ett förtjänstfullt sätt bidragit till rapporten när det gäller insamling av data, textunderlag och textbearbetning. Ett särskilt tack riktas till forskningsassistent David Isaksson, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet. Med stort tålamod, entusiasm och goda ämneskunskaper har David varit behjälplig under hela projektet.

Till projektet har även en referensgrupp varit knuten. I gruppen har följande personer ingått: Shirin Ahlbäck Öberg (ordf) Uppsala Universitet/ESO, Marie Beckman Suurküla, Akademiska Sjukhuset, Stefan Ackerby, SKL, Kåre Jansson, Sveriges Läkareförbund, Björn Brorström, Högskolan i Borås, Åsa-Pia Järliden Bergström, ESO. Vi riktar ett varmt tack till referensgruppen som på ett generöst sätt bidragit med sina expertkunskaper och därigenom förbättrat rapporten väsentligt. Ansvar för slutsatser och kvarvarande brister vilar dock helt på författarna själva.

Uppsala 101115

Ulrika Winblad och Caroline Andersson

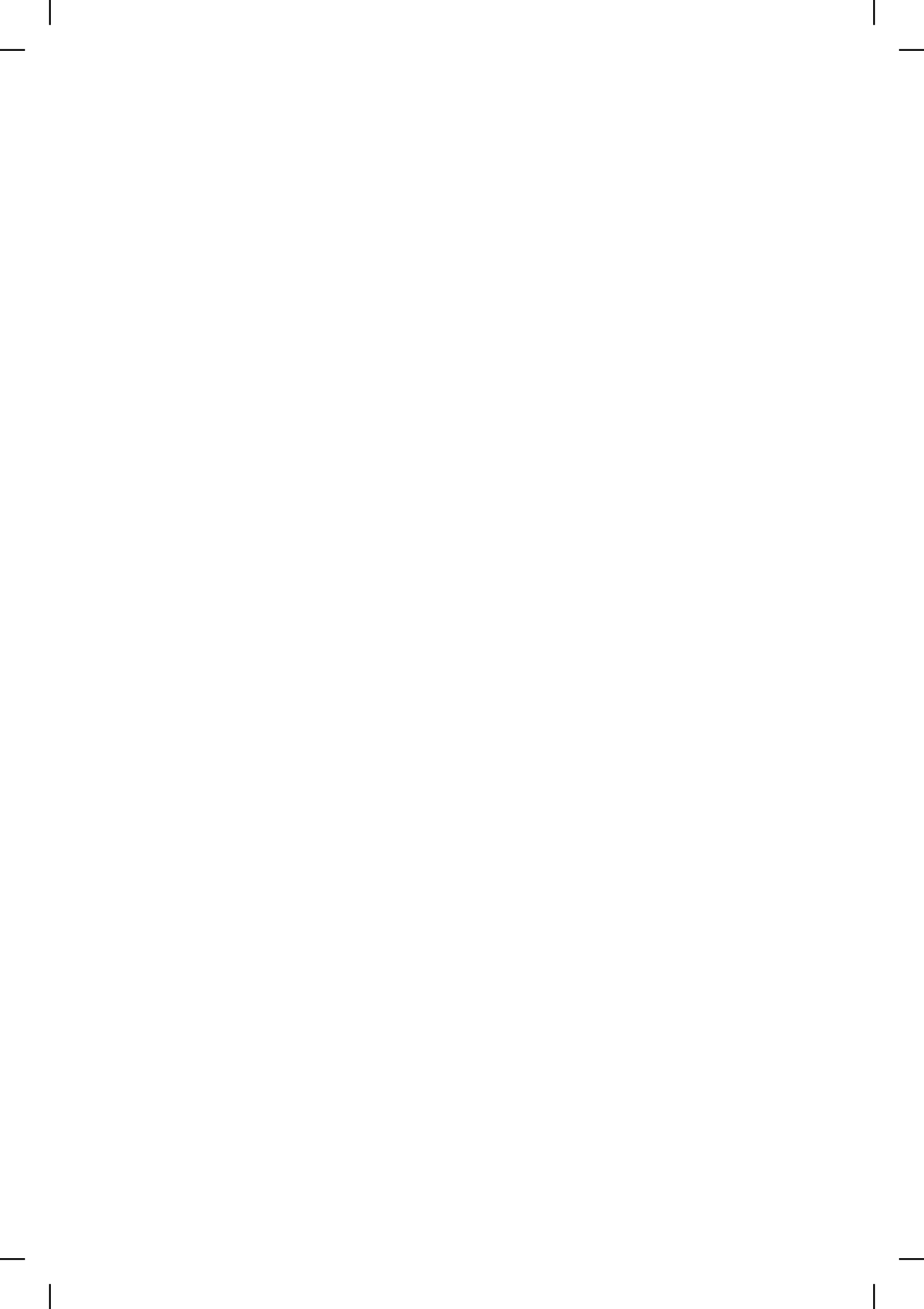


# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>11</b>
<b>Summary .....</b>	<b>21</b>
<b>1 Inledning.....</b>	<b>31</b>
1.1 Syfte och frågeställningar .....	34
1.2 Avgränsningar i studien.....	34
1.3 Rapportens upplägg .....	35
<b>2 Hälso- och sjukvårdens organisation och styrning .....</b>	<b>37</b>
2.1 Formell organisation.....	37
2.2 Hur fungerar den politiska styrningen av vården? .....	38
2.3 Läkarnas roll i styrningsprocessen.....	41
<b>3 Nationell vårdgaranti – ett exempel på politisk styrning av vården .....</b>	<b>45</b>
3.1 Vårdgarantin – vilka effekter? .....	46
3.2 Läkarnas roll för att uppfylla vårdgarantin.....	48
<b>4 Teorier om läkarnas roll för att verkställa politiska beslut .....</b>	<b>53</b>
4.1 Implementering – en del av styrningsprocessen .....	53
4.2 Vad utmärker en profession? .....	55

4.3	Lipsky om professionernas roll vid implementeringen.....	56
4.3.1	Kritik mot Lipskys teori.....	58
4.4	Vad utmärker den medicinska professionen? .....	59
4.5	Förändringar i läkarnas arbetsförhållanden och kliniska autonomi.....	62
<b>5</b>	<b>Vad säger tidigare studier om läkarnas roll i styrningen av vården? .....</b>	<b>67</b>
<b>6</b>	<b>Tre centrala förutsättningar för läkarnas möjligheter att implementera vårdgarantin .....</b>	<b>73</b>
6.1	<i>Kan</i> läkarna arbeta i enlighet med vårdgarantins intentioner? .....	73
6.2	<i>Förstår</i> läkarna vårdgarantins intentioner? .....	75
6.3	<i>Vill</i> läkarna implementera vårdgarantin i enlighet med beslutsfattarnas intentioner? .....	76
<b>7</b>	<b>Metod och material .....</b>	<b>79</b>
7.1	Enkätens utformning .....	79
7.2	Urval och svarsfrekvens .....	80
7.3	Bearbetning av data .....	81
7.4	Svarspopulation .....	82
<b>8</b>	<b>Hur ser läkarna på vårdgarantin? - studiens resultat .....</b>	<b>85</b>
8.1	Läkarnas inställning till vårdgarantin .....	85
8.2	Läkarens roll för att uppfylla vårdgarantin .....	89
8.3	Läkarnas agerande för att förverkliga vårdgarantins intentioner .....	92
8.4	<i>Kan</i> läkarna arbeta i enlighet med vårdgarantins intentioner? .....	98
8.5	<i>Förstår</i> läkarna vårdgarantins regelverk? .....	101

8.6	Vill läkarna uppfylla vårdgarantins intentioner? .....	104
8.6.1	Påverkas läkarnas arbetsförhållanden av vårdgarantin? .....	105
8.6.2	Påverkas läkarnas kliniska autonomi av vårdgarantin? .....	108
8.6.3	Kömiljarden – ett styrmedel för att öka följsamheten till vårdgarantin .....	112
<b>9</b>	<b>Slutsatser och diskussion .....</b>	<b>117</b>
	<b>Referenser .....</b>	<b>135</b>
	<b>Förteckning över tidigare rapporter till ESO .....</b>	<b>141</b>



# Sammanfattning

I föreliggande rapport undersöks om det är möjligt att styra läkares agerande genom politiskt fattade beslut. Konkret görs detta genom att studera hur Sveriges ortopedier agerat i samband med implementeringen av en specifik reform – vårdgarantin. Reformen som var en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (dåvarande Landstingsförbundet) introducerades i vården 2005 och innebär, för specialistsjukvårdens del, att beslutade behandlingar ska erbjudas inom 90 dagar och omfatta all planerad vård på specialistnivå. Om patienten inte kan erbjudas behandling inom gällande tidsgränser ska patienten erbjudas vård hos annan vårdgivare inom det egna hemlandstinget eller i annat landsting. Statistik över väntetiderna visar dock att många landsting fortfarande inte klarar vårdgarantins tidsgränser, vilket tyder på att implementeringen av reformen inte fungerat fullt ut.

Ur ett styrningsperspektiv är den nationella vårdgarantin särskilt intressant att studera eftersom den i vissa avseenden tycks stå i motsatsställning till den medicinska logiken. Vårdgarantin syftar till att sätta större press på vårdgivarna att korta köerna men innebär samtidigt ett ifrågasättande av de gängse rutiner som läkarna använt sig av för att bestämma när patienternas behandlingar ska ske. Aldrig tidigare har man på ett så tydligt sätt, från statens sida, gått in och reglerat inom vilken tidsram en behandling ska ske – detta har traditionellt betraktats som den medicinska professionens domän. Vårdgarantin har av enskilda läkare bl.a. kritiserats för att den åsidosätter riksdagens prioriteringsriktlinjer. Man menar exempelvis att äldre, kroniskt och mer allvarligt sjuka patienter trängs tillbaka till förmån för yngre patienter med mindre allvarliga symptom, vilket går stick i stäv med professionens syn på hur vården ska planeras och bedrivas. Därigenom illustreras tydligt den målkonflikt som kan

uppstå när staten väljer att lagstifta om eller reglera områden i sjukvården, samtidigt som man i förhållandevis stor utsträckning vill ha en autonom medicinsk profession med expertkunskap och förmåga att fatta självständiga beslut.

Genom att studera läkarnas roll vid implementeringen av en politisk reform, i detta fall vårdgarantin, belyses den aktörsgrupp som verkar längst ut i styrningskedjan av vården. Läkarna kan antas ha en nyckelroll när det gäller att vidta åtgärder för att genomföra reformen, exempelvis genom att informera patienter om vårdgarantin och aktuella väntetider till olika behandlingar. Det räcker alltså inte med politiska eller administrativa insatser på nationell- eller landstingsnivå för att förverkliga vårdgarantin. Den empiriskt intressanta frågan som undersöks i studien är hur läkarna själva ser på sitt ansvar för att uppfylla vårdgarantin och vad man gör för att verkställa den.

## Studiens genomförande

Vårdgarantin inkluderar både primärvård och specialistsjukvård. I vår rapport görs emellertid en avgränsning till specialistsjukvården. Det är främst inom denna del av garantin som den enskilde läkaren påverkas i sitt yrkesutövande, och därför den del som känns viktigast att fokusera på i en studie som handlar om styrningen av läkarprofessionen.

Det finns få vetenskapliga studier som beskriver hur enskilda läkare reagerar på politisk styrning. Det finns heller inga heltäckande studier som undersökt läkarnas roll i genomförandet av den nuvarande vårdgarantin. Den centrala delen i rapporten bygger därför på en enkätundersökning, vars syfte har varit att få in ett brett empiriskt material om läkarnas agerande, när det gäller en specifik reform - vårdgarantin. Enkäten skickades ut till 985 ortopedier över hela landet under perioden januari-april 2010. Totalt inkom 566 av de enkäter som skickades ut och av dessa har 45 haft ett giltigt bortfall, exempelvis läkare som gått i pension eller som numera inte arbetar med patientnära verksamhet. Den slutgiltiga svarsfrekvensen uppgick således till 55,4 procent, vilket i dagsläget är ungefär vad man kan förvänta sig av enkäter riktade direkt till yrkesverksam vårdpersonal.

Frågorna i enkäten har i stort berört ortopedernas roll i genomförandet av vårdgarantin, förutsättningar för att kunna uppfylla

vårdgarantin, reformens effekter på läkarnas arbetssituation och kliniska autonomi, samt frågor om läkarnas kunskaper kring garantins regelverk. Svaren på enkätfrågorna har sedan analyserats och redovisats utförligt i rapportens resultatdel.

I rapporten avgränsar vi oss till att undersöka hur vårdgarantin implementeras inom specialiteten ortopedi. Specialiteten ortopedi valdes främst för att den utgör en specialitet som vårdgarantin lämpar sig väl för. Ortopedi består i stor utsträckning av "väldefinierade, planerade engångsinsatser" där man tämligen lätt kan avgöra om vårdgarantin ska tillämpas eller inte för en enskild patient. Inom andra specialiteter, exempelvis internmedicin eller psykiatri, är patienterna ofta multisjuka med flera olika diagnoser som inte lika lätt låter sig klassificeras i vårdgarantitermer. Ortopedin är således, jämfört med många andra specialiteter, ett område med gynnsamma förutsättningar för en lyckad implementering av reformen. Fungerar inte implementeringen inom specialiteten ortopedi är sannolikheten stor att den fungerar ännu sämre inom andra specialiteter med mindre gynnsamma förutsättningar. Fallurvalet utgör således ett s.k. "most likely case" (Esaïasson et al 2007).

## Läkarnas roll för att uppfylla vårdgarantin

För att ta reda på hur läkarna förhåller sig till politisk styrning, i fallet vårdgarantin, studerades i ett första steg vilken roll de politiska styrdokumentet förutsätter att läkarna ska ha vid implementeringen av vårdgarantin. En sammanfattande slutsats av analysen är att det ursprungliga nationella styrdokumentet inte särskilt tydligt uttrycker vilken roll läkarna ska spela i vårdgarantiarbetet. I dokumentet finns en antydning om att vårdpersonalen, generellt, ska ha ett ansvar för att informera patienten om väntetider och möjligheten att åberopa vårdgarantin. Tyngdpunkten ligger emellertid på landstingens roll och ansvar för att klara vårdgarantins tidsgränser. I en närmare granskning av ett antal landstings lokala riktlinjer för vårdgarantin framkom emellertid att man inte heller här specificerat exakt vilken roll läkarna ska ha vid genomförandet av reformen. Istället är det mer vanligt med övergripande policydokument som understryker att all vårdpersonal har ett allmänt ansvar för att informera patienterna om

deras rättigheter, exempelvis med avseende på rätten att nyttja vårdgarantin och att välja vårdgivare.

Nyare dokument på nationell nivå, däribland regeringens proposition om en lagstadgad vårdgaranti (Prop. 2009/10:67) och SKL:s handlingsplan för vårdgarantin, har dock visat sig vara mer explicita kring vilken roll vårdpersonalen, och däribland läkarna, ska ha för att bidra till vårdgarantins förverkligande. I dokumenten betonar man deras ansvar för att ge individuell information om vårdgarantin i mötet med patienten. Om detta fått genomslag i praktiken har dock hittills varit oklart, dvs. har läkarna verkligen tagit på sig rollen att upplysa patienten om möjligheten att åberopa vårdgarantin? Vissa utvärderingar av reformen tyder på att så inte är fallet och att läkarna exempelvis inte informerar patienterna om vårdgarantin i den utsträckning som vore önskvärt.

I studien har vi argumenterat för att läkarna borde ha en nyckelroll för att i synnerhet informera patienten om vårdgarantin och stödja patienten i att välja annan vårdgivare om den egna kliniken inte klarar tidsgränsen. Andra yrkeskategorier kan vara och fungerar redan i dag som informatörer, men eftersom läkarna har det primära ansvaret för patientens behandling, borde det naturligt också ligga på dem att informera om vårdgarantin. Detta eftersom kunskaper om väntetider och andra vårdgivares förutsättningar att kunna ge en viss behandling till syvende och sist är en integrerad del av den medicinska professionella domänen. Att exempelvis diskutera vilka medicinska konsekvenser det får för en patient att välja att vänta vid den egna kliniken istället för att nyttja garantin är en fråga som i de flesta fall lämpar sig bäst för att diskutera med den egna läkaren.

### **Förutsättningar för läkarnas möjligheter att genomföra reformen – kunna, förstå, vilja**

Implementeringsforskningen menar att tre viktiga förutsättningar krävs för att de som verkar längst ut i styrningskedjan, i det här fallet läkarna, ska kunna verkställa en reform och inta den roll som den politiska styrningen förutsätter. Den första förutsättningen handlar om att verkställarna ska "kunna" genomföra reformen, vilket bygger på att de omgivande organisatoriska ramarna är gynnsamma med avseende på exempelvis resurser och tid. Den andra förutsättningen, "förstår", handlar om att verkställarna av

reformen ska förstå reformens målsättningar och dess regelverk för att kunna vidta de åtgärder som krävs i samband med implementeringen. Den tredje förutsättningen, ”vill”, handlar om att verkställarna ska vilja genomföra reformen, vilket i stor grad är beroende av deras inställning till reformen och hur de upplever att den påverkar deras arbetssituation.

I det här fallet kan särskilt landstingens politiska styrning och organisation påverka läkarnas möjligheter att genomföra reformen. Exempelvis kan landstinget hindra läkarna från att informera om vårdgarantin eller remittera vårdgarantipatienter till annan vårdgivare/landsting eftersom detta kan orsaka merkostnader för huvudmannen. Andra organisatoriska begränsningar kan handla om att landstingen inte tillför tillräckligt med resurser med avseende på till exempel ekonomiska resurser, utrustning, lokaler eller arbetstid som behövs om läkarna ska kunna öka tillgängligheten i vården och därmed bidra till att patienterna kan få vård inom tidsgränserna. En första delfråga i rapporten är därför om läkarna upplever att de organisatoriska förutsättningarna i landstinget är tillräckligt goda för att läkarna ska kunna hjälpa patienterna att nyttja vårdgarantin eller att erbjuda patienterna behandling inom tidsgränserna.

Lika viktigt är att läkarna förstår vårdgarantins tidsgränser och vilket regelverk som gäller för reformen. Har inte läkarna tillräckliga kunskaper om detta är det troligt att det påverkar deras benägenhet att informera patienterna om vårdgarantin och att i övrigt verka för dess genomförande. Landstingen kan ha förmedlat information till vårdpersonalen om reformens regelverk. Detta kan dock inte tas som intäkt för att läkarna i praktiken tillägnat sig den kunskap som behövs för att hjälpa patienterna att nyttja garantin. Vid en första anblick kan reformens regelverk anses vara tydligt och relativt enkelt att följa och informera om. Tittar man närmare på dess nuvarande konstruktion finns det dock en rad undantag från tidsgränserna, bland annat ingår inte undersökningsmetoder såsom laboratorieprover och röntgen, som kan leda till att regelverket blir otydligt för läkarna. En andra viktig delfråga i den här rapporten är därför om läkarna har tillräcklig kunskap för att kunna förmedla information och hjälpa patienten att nyttja garantin.

I sammanhanget är det också centralt att reformens intentioner och metoder för att uppnå dessa är samstämmiga med läkarnas professionella uppfattning om hur verksamheten ska bedrivas. Annars finns en överhängande risk för att de inte kommer att vilja

genomföra reformen, och inte heller verka för detta i praktiken. Vårdgarantin kan innebära en rad konkreta förändringar i hur läkarkåren måste bedriva sitt arbete för att reformen ska uppfyllas. För det första innebär vårdgarantin att läkarna inte längre själva kan bestämma över när en patient ska behandlas om det inte finns särskilda medicinska skäl för detta. Läkarnas kliniska autonomi, t.ex. rätten att själv planera en patients behandlingsplan, kan därför av läkarna upplevas som hotad eftersom vårdgarantin exakt stipulerar inom vilken tidsgräns som patienten ska behandlas och därmed inskränker möjligheten att prioritera patienter enligt gängse metoder. För det andra kan läkarnas möjligheter att i stor grad fritt bestämma över sina arbetsförhållanden påverkas. Kraven på ökad tillgänglighet kan leda till att läkarna schemabeläggs i större utsträckning och att de inte längre fritt kan planera sin arbetstid. Vidare är det troligt att de nya krav som ställs på läkarrollen som en följd av reformen kan innebära mer tidskrävande arbetsuppgifter för läkarna, exempelvis genom att de i större utsträckning måste informera och vara ännu mer serviceinriktade gentemot patienten. Givet detta resonemang är därför den sista delfrågan i rapporten i vilken utsträckning läkarna uppfattar att vårdgarantin inkräktar på deras arbetsförhållanden och kliniska autonomi.

## Resultat och slutsatser

En frågeställning i rapporten var om ortopederna anser att de har ett ansvar för att vårdgarantin uppfylls, men också om de informerar och stödjer patienten i att nyttja vårdgarantin. Resultaten visar att ortopederna ser väldigt olika på sitt ansvar för att förverkliga vårdgarantin och att de också agerar på olika sätt i praktiken för att hjälpa patienten att använda sig av vårdgarantin. Många, men inte alla, är positiva till reformen. Ändå anser en majoritet att de inte har ett ansvar för att verkställa reformen. Undantaget är en liten, distinkt grupp, som anser att de i sin yrkesroll har ett tydligt ansvar för att förverkliga patientens vårdgaranti, exempelvis genom att vara patientens "guide" i systemet. En möjlig förklaring till att en övervägande majoritet trots allt inte anser att de har en roll att fylla för att förverkliga vårdgarantin kan vara vagheten i den politiska styrningen rörande reformen. Det är inte självklart att enskilda läkare självmant tar på

sig nya arbetsuppgifter om ingen i ledningsposition för verksamheten uttalar att läkarna har detta ansvar.

När det gäller ortopedernas faktiska handlande för att ge individuellt utformad information till patienterna om vårdgarantin, visar resultaten en delvis splittrad bild. En del läkare informerar i princip alltid om reformen. Oftast är emellertid informationen "villkorad", dvs. speciella omständigheter måste vara uppfyllda för att läkarna aktivt ska informera om vårdgarantin i mötet med patienten, exempelvis om patienten själv efterfrågar information eller om väntetiderna vid kliniken är långa. De flesta läkare är dock betydligt mer aktiva när det gäller att informera patienterna om själva kösituationen vid kliniken, vilket borde ha lagt grund för att läkarna även skulle kunna inta en mer aktiv roll för att informera om vårdgarantin och hur man går till väga för att nyttja den.

I studien undersöktes vidare om ortopederna upplever att de organisatoriska förutsättningarna är tillräckligt gynnsamma för att "kunna" implementera reformen. Resultaten i enkäten visar att en övervägande del av ortopederna anser att bristen på operationsutrymme och vårdplatser är ett centralt hinder för att uppfylla vårdgarantin. Däremot upplever man inte att landstingen infört några begränsningar när det gäller möjligheten att remittera patienter till andra vårdgivare, vilket tyder på att de ändå har möjligheten att slussa patienten vidare till kliniker med kortare väntetider för att klara vårdgarantins tidsgränser. Vad som vidare visade sig vara ett eventuellt hinder i organisationen gäller bristen på informationsinsatser från landstinget. Många läkare uppfattar att få landsting-, sjukhus-, och klinikledning har genomfört informationsinsatser om vårdgarantin riktade mot vårdpersonalen, något som kan ha påverkat deras förståelse för reformen och för vilken roll de ska ha vid själva implementeringen.

Bristen på riktade informationsinsatser verkar emellertid inte ha påverkat ortopedernas värdering av sin egen kunskap om vårdgarantins regelverk. De flesta anser att deras kunskaper om vårdgarantins principer är goda, vilket också stärks av svaren på de specifika kunskapsfrågor om vårdgarantin som ställts i enkäten och som testar läkarnas generella kunskaper om regelverket. Däremot är detaljkunskapen om reformen, exempelvis hur väntetiderna på andra kliniker ser ut, mindre god. Förutsättningen "förstår" är därmed enbart till viss grad uppfylld. Om detta utgör ett reellt hinder för läkarna att informera om och hjälpa patienten att nyttja vårdgarantin är dock oklart utifrån svaren på enkäten. Möjligen

innebär det att diskussionen kring vilken alternativ vårdgivare patienten ska välja om han eller hon väljer att åberopa vårdgarantin försvåras.

Ett teoretiskt antagande i rapporten var vidare att läkarna kan vara mindre "villiga" att genomföra reformer om det innebär förändringar för deras arbetsförhållanden och inskränkningar i deras kliniska autonomi, dvs. läkarnas möjligheter att fritt styra över sina arbetsvillkor och den behandlingsplan som de utformar i mötet med patienten. Resultaten visar att de flesta ortopedier är överens om att vårdgarantin har ökat det administrativa arbetet. Samtidigt råder det delade meningar om huruvida reformen tar tid från andra arbetsuppgifter eller inte. Det faktum att många läkare ändå uppger att vårdgarantin har ökat det administrativa arbetet tyder på att deras arbetsförhållanden i viss grad har inskränkts. Resultaten visar också på att vårdgarantireformen har inkräktat på ortopedernas kliniska autonomi. Många läkare, men inte alla, upplever att garantins tidsgränser är väl oflexibla, vilket tyder på att läkarna i vissa fall hade velat göra andra bedömningar om när patienten ska behandlas. Detta, att vårdgarantin inskränker på läkarnas kliniska autonomi, blir också tydligt i och med många respondenters uppfattning om att vårdgarantin leder till felprioriteringar i vården. Man menar att framförallt yngre, välutbildade och mindre sjuka patienter prioriteras framför äldre och kroniskt sjuka patienter. Detta skulle kunna tolkas som att vissa läkare anser att vårdgarantin tvingar dem att frånga den viktiga och etiska principen om vård efter behov, vilket i så fall är att betrakta som ett tydligt ingrepp i deras kliniska autonomi.

En möjlig tolkning av dessa resultat, dvs. att ortopederna uppfattar att vårdgarantin inkräktar på deras arbetsförhållanden och på den kliniska autonomi, skulle naturligtvis i längden kunna innebära att de är mindre villiga att verka för reformens genomförande och därmed undviker att inta rollen som aktiva verkställare av reformen.

## Praktiska och teoretiska implikationer av studien

I studien har vi argumenterat för att läkarna har en central roll att fylla för att patienterna ska kunna nyttja vårdgarantin, exempelvis genom att informera patienten om rättigheten i sig och att stödja patienten i sitt beslut att eventuellt välja annan vårdgivare. I dag

tycks dock reformen bygga på att patienten själv ska ta ett aktivt ansvar för att aktivera vårdgarantin. På flera håll i landet förväntas patienterna ringa till vårdgarantikansliet eller till klinikerna själva för att påverka sin plats i kön eller för att slussas vidare till andra vårdgivare. Frågan är om detta är ett lämpligt förfarande? Borde det inte ingå som en naturlig del i det första mötet med vården att, när beslut om behandling fattats, ta upp diskussionen och möjligheten att nyttja en eventuell vårdgaranti?

Att en förhållandevis stor andel av ortopederna inte regelmässigt informerar om garantin kan möjligen härledas till statens och landstingens styrning i samband med implementeringen. Granskningen av de centrala politiska styrdokumenterna visar på att varken staten eller landstingen förrän nu varit särskilt explicita kring vilken roll läkarna, eller för den delen annan vårdpersonal, ska spela när det gäller genomförandet av reformen. Om man från politiskt håll menar allvar med vårdgarantin bör beslutsfattarna också våga tydliggöra vem som ska ansvara för vad i de olika styrningsleden. Detta bekräftas också av resultaten i undersökningen som visar på att det faktiskt spelar roll hur landstingen försökt att styra vårdgarantiarbetet. I enkätsvaren framgick att vissa läkare upplevt att aktörer högre upp i styrningskedjan ställt tydliga krav när det gällde tillgänglighetsarbetet och att frågan om att korta köer kommit att bli en ständigt levande diskussion på kliniken – något som i sig lett till en bättre följsamhet till reformintentionerna.

Vad som tydligt framgick av studien är att många av läkarna anser att de medicinska prioriteringarna av olika patientgrupper påverkades negativt av vårdgarantin. Man anser det vara principiellt fel att yngre, friskare och mer krävande patienter "ligger på" för att få snabbare vård på bekostnad av andra patientgrupper. Att vissa grupper trängs ut är, enligt läkarna, inte förenligt med den princip om vård efter behov som är grundbulten i den svenska sjukvården. En fråga man då kan ställa sig är varför läkarna accepterar detta förhållande och varför så pass många inte ser sin egen roll i att hjälpa de svagare patientgrupperna att nyttja garantin.

Avslutningsvis har både forskare och politiska beslutsfattare hävdat att det till skillnad från andra professioner, exempelvis lärare och socionomer, är svårt eller nästintill omöjligt att styra läkares agerande genom politiska direktiv. En intressant frågeställning är därför om den här studien bekräftat det antagandet, eller om de

tvärtom tyder på att den medicinska professionen faktisk är mottaglig för politisk styrning?

Vår studie visar att vissa av de undersökta läkarna arbetar i linje med vårdgarantireformens intentioner, trots att den i många avseenden utmanar läkarkårens traditionella autonomi. Exempelvis informerar en liten men distinkt grupp ortopeder regelmässigt om hur patienterna ska gå till väga för att nyttja garantin och om gällande väntetider. Samtidigt finns det en stor grupp av ortopeder som inte regelmässigt intar denna roll och som inte heller uppfattar att de har en viktig roll att fylla för att genomföra garantin. Sammantaget visar studiens resultat att uppfattningen om reformen är mycket heterogen inom ortopedgruppen, vilket gör att man från ledningshåll måste fundera noga på vilken typ av insatser som behöver vidtas om man vill - och tycker det är viktigt - att läkarna ska medverka i implementeringen av vårdgarantin. Troligt är att man behöver strukturera implementeringsprocessen på ett helt annat sätt än man gjort hittills. Nyckeln till en framgångsrik reformimplementering handlar bland annat om att i en gemensam dialog med vårdpersonal diskutera och problematisera reformens syfte och innehåll och klargöra respektive personalgruppsroll i genomförandet av reformen. Samtidigt måste man från politiskt håll fortlöpande diskutera själva reformdesignen och huruvida reformen verkligen uppfyller sina målsättningar. En viktig slutsats i studien är nämligen att många ortopeder tycker att vårdgarantin är mycket problematisk, eftersom man anser att den skapar en situation där fel patientgrupper prioriteras.

## Summary

This report examines whether it is possible to control physicians' behavior through political decisions. Specifically, this is done by studying how Swedish orthopedic doctors acted in relation to the implementation of a specific reform – the waiting-time guarantee. The reform, which was an agreement between the Swedish Association of Local Authorities and Regions, SALAR (formerly the Federation of County Councils) and the state, was introduced in the healthcare system in 2005. For specialist care, the guarantee states that a determined treatment shall be offered within 90 days and shall include all forms of planned care at the specialist level. If the patient cannot be offered treatment within the set time limits, the patient shall be offered treatment with other caregivers in their home county or in another county. Statistics on waiting times show that many counties still do not fully meet the guarantee deadlines, suggesting that the implementation of the reform has not been completely successful.

From a management perspective, the national waiting-time guarantee is particularly interesting to examine since it, in some respects, seems to stand in opposition to medical logic. The guarantee aims to put greater pressure on healthcare providers to shorten wait lists, but also questions the usual procedures that doctors use to determine when patients should be treated.

Never before has the state intervened and regulated the timeframe within which a treatment should be performed in such a conspicuous manner - this has traditionally been regarded as the medical profession's domain. The waiting-time guarantee has been criticized by individual physicians as they believe that it breaches the parliament's priority guidelines. These physicians assert, for example, that younger patients with less severe symptoms are prioritized before the elderly, the chronically ill and more severely ill patients, which is contrary to the profession's views on how

healthcare should be planned and conducted. This clearly illustrates the difficult conflicts that may result when the state chooses to legislate or regulate areas of healthcare, while at the same time trying to maintain a relatively autonomous medical profession with expertise and the ability to make independent decisions.

By studying the role of doctors in the implementation of a political reform, in this case the waiting-time guarantee, the actor in the end of the management chain is highlighted. The doctors are likely to play a key role in taking action to implement the reform, for example by informing patients about the guarantee and current waiting times for different treatments. The empirically interesting question examined in this study is how the doctors themselves view their responsibility to comply with the guarantee and what they do to enforce it.

## Methods of the study

The waiting-time guarantee includes both primary care and specialist care. In our report, however, the focus is restricted to care from specialists. It is mainly this part of the guarantee that affects individual doctors in their professional lives, and therefore the part that is most important to focus on for a study that deals with the governance of the medical profession.

There are few scientific studies that describe how individual physicians respond to political management and there are no comprehensive studies examining the role of doctors in the implementation of the current waiting-time guarantee. The central part of the report is therefore based on a survey, the purpose of which was to gather broad empirical data on physicians' behavior in terms of a specific reform, the health care guarantee. The questionnaire was distributed to 985 orthopedic doctors across the country between January and April 2010. A total of 566 of the questionnaires sent out were returned, and of these 45 had a valid non-response, such as those from doctors who have retired or who are no longer working with patient-related activities. The final response rate was thus 55.4 percent, which is currently the response rate that can be expected of questionnaires sent directly to healthcare professionals.

The questions in the survey were largely concerned with the orthopedic doctors' role in the implementation of waiting-time

guarantee, their means to meet it, its impact on the physicians' work situation and clinical autonomy, as well as the physician's knowledge about the regulations of the guarantee. The answers to the survey questions were then analyzed and described in detail in the result section of the report.

Orthopedics as a specialty was chosen for the study. This was mainly because it is a specialty for which the waiting-time guarantee is well-suited. Orthopedics is composed largely of "well-defined, planned single actions" where it is fairly easy to determine whether or not the care guarantee applies for an individual patient. In other specialties, such as internal medicine or psychiatry, patients often have multiple illnesses with multiple diagnoses that are not as easily classified in terms of the guarantee. Orthopedics is therefore, compared with many other specialty fields, an area with favorable conditions for the successful implementation of the reform. If the implementation does not work within the specialty field of orthopedics, it is likely that it works even less-effectively within other specialties with less favorable conditions. The case selection is thus a so-called "most likely case" (Esaiasson et al 2007).

## **The doctors' role in meeting the waiting-time guarantee**

The first step towards finding out how physicians relate to political governance, in the case of waiting-time guarantee, involved studying the policy documents and what they require regarding the physicians' role in implementing the guarantee. A summary of the analysis indicates that the original national policy document does not clearly express what role doctors should play in the implementation of the reform. The document gives an indication that healthcare personnel, in general, shall be responsible for informing the patient about waiting times and the possibility of invoking the guarantee. It focuses on the role of the county council and its responsibility to meet waiting-time guarantee deadlines. However, a closer examination of several counties' local guidelines for the guarantee revealed that they did not specify exactly what role doctors should play in the implementation of the reform either. Instead, counties generally have a global policy paper which stresses that all healthcare professionals have a general responsibility to inform patients of their rights, for example those

regarding the right to use the guarantee and to choose healthcare providers.

Newer documents at the national level, including the government's bill on a statutory health care guarantee (Prop. 2009/10: 67) and SALARS's action plan for waiting-time guarantee, have proven to be more explicit about the role healthcare professionals, including doctors, will have to contribute to the actualization of the guarantee. The documents emphasize the responsibility of the healthcare staff to provide personalized information on the waiting-time guarantee when meeting with patients. If this had an impact in practice has so far been unclear, i.e. have doctors really taken on the role of advising patients about the possibility of invoking the guarantee? Some evaluations of the reform suggest that this is not the case and that doctors, for example, do not inform patients about the waiting-time guarantee as much as is desirable.

In this study, we have argued that doctors should play a key role, particularly in informing the patient of the waiting-time guarantee and supporting the patient in choosing other caregivers should their own department be unable to meet the deadline. Other professions can take on that role and currently do work as patients' "guides", but because doctors are primary responsible for a patient's treatment, it should naturally also be their duty to provide information about the guarantee. This is because knowledge of waiting times and the ability of other healthcare providers to provide a specific treatment is ultimately an integrated part of the medical profession's domain. For instance, discussing the medical consequences if a patient chooses to wait at their home clinic instead of using the guarantee is an issue that, in most cases, is best discussed with their doctor.

### **Prerequisites for doctors to conduct the reform – ability, understanding, desire**

Implementation research indicates that three important conditions are necessary for those who act furthest out in the management chain, in this case doctors, to implement a reform and play the role which the political management requires. The first condition is that the executors must have the "ability" to implement the reform, which is based on the surrounding organizational context being

favorable with respect to for example resources and time. The second condition, "understanding", means that executors of the reform should understand the reform's objectives and its regulatory framework in order to take the necessary measures with regards to the implementation. The third condition, "desire", means that the executors must desire to implement the reform, which to a large extent depends on their attitude towards the reform and how they perceive that it affects their work situation.

In this case the county councils' political management and organization particularly affects physicians' ability to implement the reform. For example, the county can prevent doctors from providing information on the waiting-time guarantee or referring patients to other health care providers/counties as this may cause additional costs. Other organizational constraints can include counties not providing enough resources, for example, financial resources, equipment, facilities or necessary working hours for physicians to increase access in healthcare and thus help patients to receive care within the time limits. One of the report's questions is whether the doctors feel that the organizational framework of the county is good enough for physicians to help patients utilize the guarantee or provide patients with treatment within the time limits.

It is equally important that physicians understand the waiting-time guarantee deadlines and which regulations apply to the reform. If the doctors do not know enough about this, it is likely that it affects their willingness to inform patients about the treatment guarantee and to otherwise promote its implementation. The county council may have conveyed information to healthcare personnel concerning the reform's regulations; however, this cannot be taken as evidence that the doctors actually acquired the knowledge needed. Thus, they may still be unable to enable patient usage of the guarantee. At a first glance, the reform's framework is considered to be clear and relatively easy to follow and communicate. However, a closer look at the current design reveals a number of exceptions from time limits. Among other things, there is a lack of information about examination methods such as laboratory tests and X-rays, which can lead to a lack of clarity regarding the regulatory framework for the doctors. A second important question of this report is whether doctors have sufficient knowledge to be able to convey information and help the patient to use the guarantee.

In this context, it is also central that intentions of the reform and the methods for achieving these goals are consistent with the physicians' professional opinion on how the operation should be run. Otherwise, there is an imminent risk that they will neither desire to implement the reform, nor work towards it in practice. Waiting-time guarantee can involve a number of concrete changes in how the medical community must conduct its efforts for the reform to be carried out. First, the health care guarantee means that doctors are no longer free to determine when a patient should be treated, unless there are specific medical reasons. The doctors' clinical autonomy, i.e. the right to plan a patient's treatment plan, can therefore be perceived, by the doctors, as being at risk since the guarantee exactly stipulates the time limit within which the patient shall be treated and hence restricts the opportunity to prioritize patients according to standard methods. Second, doctors' possibilities to mainly determine their own working conditions can be affected. The demands for increased accessibility may lead to more scheduling of working hours and less freedom for doctors in planning their own schedules. Furthermore, it is likely that the new demands placed on the physician as a result of the reform may mean more time-consuming tasks for doctors, for example because of the greater need to inform and be even more service-oriented towards the patient. Given this reasoning, the last question in the report is therefore the extent to which physicians perceive that the waiting-time guarantee impinges on their working conditions and clinical autonomy.

## Results and conclusions

One question raised by the report was whether the orthopedic doctors believe they have a responsibility to implement the waiting-time guarantee, and also if they inform and support the patient's use of the guarantee. The results show that the orthopedic doctors have very different views concerning their responsibilities to implement the guarantee and that they also act in different ways to help patients use the guarantee. Many, but not all, are in favor of the reform, yet, a majority believes that it is not their role to implement it. The exception is a small, distinct group, which believes that their professional role includes a clear responsibility to realize the patient's guarantee, by being a patient's "guide" in the

system. A possible explanation for why the vast majority still do not believe they have a role to play in the achievement of waiting-time guarantee may be the vagueness of the political management concerning the reform. It is not obvious that individual doctors will voluntarily take on new tasks if no one in a leadership position for the operation proclaims that doctors have this responsibility.

When it comes to orthopedic doctors' actual conduct in providing individualized information to patients concerning the guarantee, results show a partially mixed picture. Some doctors almost always inform patients of the reform. Most often, however, the information is 'conditional', i.e. special circumstances must be met in order for doctors to actively inform about the guarantee when meeting with the patient. Examples of this include if the patient requests information or if the waiting time at the clinic is long. Most doctors, however, are far more active in informing patients about the queue situation at the clinic, which should have laid a foundation for doctors to also play a more active role in informing of the guarantee and how to utilize it.

The study also investigated whether orthopedic doctors feel that the organizational conditions are sufficiently favorable to have the "ability" to implement the reform. The results of the survey show that the majority of orthopedic doctors believe the lack of operating rooms and hospital beds are key barriers to meeting the waiting-time guarantee. However, they do not feel that the county councils have imposed any restrictions regarding the possibility to refer patients to other healthcare providers, suggesting that they still have the ability to channel patients through to clinics with shorter waiting times in order to meet the guarantee deadlines. The lack of information from the county council also proved to be an organizational obstacle for physicians to implement the reform. Many physicians perceive that few county, hospital and clinic managements have implemented information campaigns about the healthcare reform aimed towards the medical staff, which may have influenced their understanding of reform and the role they will play in the actual implementation.

The lack of targeted information campaigns, however, does not seem to have affected the orthopedic doctors' evaluation of their own knowledge of the waiting-time guarantee regulations. Most believe that their knowledge of the guarantee principles is good. This view is reinforced by the answers to the specific knowledge-based questions about the guarantee that are asked in the

questionnaire, which test physicians' general knowledge of the regulatory framework. However, detailed knowledge of the reform, such as what waiting times other clinics have, seems less good. The prerequisite "understand" is thus only met to a certain degree. Whether this is a genuine obstacle for the doctors in informing and helping patients use waiting-time guarantee is not clear from the responses to the questionnaire. This possibly means a more difficult discussion regarding alternative healthcare providers should a patient choose to invoke the guarantee.

A theoretical assumption in the report was that the doctors may be less "willing" to implement a reform if it restricts their working conditions and clinical autonomy, i.e. the physicians' ability to freely control their own working conditions and the treatment plan that they formulate in their meetings with patients. The results show that most orthopedic doctors agree that the waiting-time guarantee has increased the administrative work. At the same time, there are divided views on whether the reform takes time from other duties or not. The fact that many doctors still say that the guarantee has increased the administrative work, suggests that their working conditions have, to some degree, been negatively affected by the reform. The results also show that the care guarantee reform has encroached on the orthopedic doctors' clinical autonomy. Many doctors, but not all, feel that the guarantee's deadlines are too inflexible, suggesting that physicians in some cases had wanted to make other judgments on when the patient should be treated. Because the guarantee limits physicians' clinical autonomy, is also evident from many respondents' perception that the guarantee results in incorrect prioritizing of care. They say that especially younger, well-educated and less ill patients are prioritized over the elderly and chronically ill patients. This could be interpreted to mean that some doctors believe that the waiting-time guarantee forces them to depart from the essential and ethical principle of need of care, which, if this is the case, can be considered to clearly interfere with their clinical autonomy.

One possible interpretation of these results, i.e. that orthopedic doctors perceive that the waiting-time guarantee impinges on their working conditions and the clinical autonomy, could naturally in the long run mean that they are less willing to engage in reform implementation, thus taking a less active role in implementing the reform.

## Practical and theoretical implications of the study

This study, has argued that doctors play a key role in ensuring that patients are able to use the waiting-time guarantee, for example by informing the patient of the right in itself and by supporting patients in their decision to possibly choose another care provider. Today the reform seems to be based on the patient himself taking an active responsibility to activate the guarantee. In several parts of the country, patients are expected to call the waiting-time guarantee registry (vårdgarantikansli) or the clinics themselves to influence their position in the queue or to be passed on to other care providers. But the question is whether this is an appropriate procedure? Should it not be a natural part of the first meeting with a doctor to raise the possibility of utilizing a possible guarantee, when the decision on treatment has been made?

The fact that a relatively large proportion of orthopedic doctors do not routinely provide information on the guarantee can possibly be traced to the state's and counties' management with regards to the implementation. The examination of key policy documents indicates that up until this point, neither the state nor counties have been very clear concerning what role doctors and other health professionals should play in the implementation of the reform. If the politicians are truly serious about the waiting-time guarantee, however, the public policy makers should make clear who is responsible for what in the various management points. This is also confirmed by the results of the study, which show that it actually does matter how the counties tried to control waiting-time guarantee work. The survey responses revealed that some doctors felt that people higher up in the management chain had clear demands in terms of accessibility work. Furthermore, they felt that the issue of short queues has become an ever-present discussion at the clinic - which in itself led to a better adherence to the reform's intentions.

What clearly emerged from the study is that many doctors believe that the medical priorities of different groups of patients were adversely affected by the waiting-time guarantee. The doctors consider it to be wrong in principle that younger, healthier and more demanding patients receive faster care at the expense of other patient groups. The fact that certain groups are pushed out is, according to doctors, not compatible with the needs principle which is the cornerstone of Swedish healthcare. A question one

might then ask is why doctors accept these circumstances and why so many ignore their own role in helping the weaker groups of patients to use the guarantee?

Finally, both researchers and policy makers have argued that, unlike for many other professions such as teachers and social workers, it is difficult or nearly impossible to control physicians' behavior through policy directives. An interesting question is whether this study has confirmed the assumption, or if it, on the contrary, suggests that the medical profession actually is responsive to political directions?

This study shows that some of the surveyed doctors are working in line with the healthcare reform's intentions, although, in many respects, it challenges the medical profession's traditional autonomy. For example, a small but distinct group of orthopedic surgeons routinely inform patients about how they should proceed to use the guarantee and about the current waiting times. There is, however, also a large group of orthopedic doctors who do not regularly take on this role and who do not understand that they have an important part to play in the implementation of the guarantee. Together, these results show that the view of the reform is very heterogeneous within the orthopedic group, which means that the management will have to think carefully about what type of action should be taken if they wish - and think it is important - that doctors participate in the implementation of the waiting-time guarantee. It is likely that the implementation process needs to be structured in a completely different way than what has previously been done. The key to a successful reform implementation includes communication with healthcare professionals to discuss and question the reform's purpose and contents, and to clarify each staff group's role in implementing the reform. Politicians must also continue discussing the design of the reform and whether or not it truly meets its objectives. This discussion is especially important since a key finding in this study is that many orthopedic doctors consider the waiting-time guarantee to be very problematic because they feel it contributes to prioritizing the wrong patient groups.

# 1 Inledning

Frågan om vem som styr den svenska hälso- och sjukvården är komplicerad. Flera forskare har visat att det svenska sjukvårdssystemets decentraliserade karaktär skapar otydligheter när det gäller styrningen (Lindbeck et al 2000, Blomqvist 2007). Mycket av makten är decentraliserad till landstingen i och med att dessa har det formella och praktiska ansvaret för vårdens drift (SFS 1982:763, 3 §). Staten har vid sidan av landstingen en styrande funktion genom att stifta lagar och bindande regler, utöva tillsyn över verksamheten och genom fördelning av årliga statsbidrag till hälso- och sjukvården. Ett annat utmärkande drag i den svenska sjukvårdsmodellen är den s.k. *mjuka styrningen* (soft law) där staten och landstingen genom dialog och förhandlingar kommer överrens om olika reformer som ska genomföras i vården, oftast manifesterade genom rekommendationer eller överenskommelser (Winblad 2007). Den mjuka styrningen kan vara effektiv genom sin inbyggda flexibilitet, men bygger till stor del på frivillighet och statlig legitimitet, vilket gör den sårbar för konflikter mellan staten och landstingen.

En faktor som ytterligare komplicerar styrningen av sjukvården är att dess verksamhet i hög utsträckning styrs av den *medicinska professionen*. Att den medicinska kåren har stort beslutsutrymme är inte enbart en återspeglning av hur det går till rent praktiskt utan något som sanktioneras av staten genom lagstiftning. Lagstiftningen ger den enskilde läkaren ett personligt ansvar för undersökning och behandling av patienter (SFS 1998:531, 2 kap 5 §). Att mycket av det faktiska beslutsmandatet inom vården är decentraliserat till läkare och andra personalgrupper hänger samman med sjukvårdens komplexitet. Sjukvård är inte en standardiserad tjänst som produceras efter en viss mall utan varje patientfall är unikt och ofta måste en situationsanpassning ske för att avgöra vilka åtgärder som ska vidtas. Det rör sig dessutom ofta

om snabba beslut som är svåra att förutse och styra i förväg. Detta sammantaget omöjliggör en central politisk detaljstyrning (Rothstein 2001). Läkarna är således, av flera olika skäl, styrande i frågor rörande den medicinska behandlingen.

Ett genomgående drag i svensk sjukvårdspolitik under efterkrigstiden är att staten i ökad utsträckning försökt att styra den svenska läkarkåren (Erichsen 1995). Bland annat har staten vid ett flertal tillfällen försökt att reglera läkarkårens arbetsvillkor och ställning. Flera forskare har visat att läkarkårens inflytande över politiska beslut, på det kollektiva planet, minskat sedan andra världskriget. Bland annat har lönesättningen centraliserats och de fria anställningsformerna reglerats (Carder & Klingeberg 1980, Immergut 1992, Garpenby 1989). En brist med dessa studier är att de enbart betraktar läkarkåren som ett kollektiv, oftast representerad i den politiska beslutsprocessen av sina intresseföreningar. Ingen av studierna undersöker *hur*, och *i vilken utsträckning* enskilda läkare reagerar på eller anpassar sitt arbete i förhållande till centrala reforminitiativ, dvs. i vilken utsträckning det går att styra läkare på politisk väg. Detta är särskilt intressant att undersöka då läkarnas handlingsutrymme i Sverige torde vara extra stort eftersom policyområdet till stora delar reglerats genom mjuk styrning, dvs. genom rekommendationer eller överenskommelser som inte är juridiskt bindande för landstingen att genomföra. För att förstå hur styrning inom vården går till är det således viktigt att studera vad som karaktäriserar enskilda läkare i rollen som "genomförare" av offentlig politik.

Syftet med denna rapport är att undersöka om det är möjligt att styra läkarnas agerande genom politiskt fattade beslut. Detta görs konkret genom att studera hur läkare agerat i samband med implementeringen av en nationell reform i sjukvården. De finns naturligtvis en rad olika reformer som skulle kunna studeras. I den här rapporten har vi valt att studera implementeringen av den nationella vårdgarantin för att på så sätt illustrera läkarnas roll för att förverkliga de politiska intentionerna, i detta fall kortade väntetider i vården. Den nationella vårdgarantin för specialistsjukvården innebär i korthet att man från statens sida reglerat att patienter som väntat längre än 90 dagar på mottagningsbesök eller 90 dagar på behandling ska erbjudas vård hos annan vårdgivare. Den huvudsakliga intentionen bakom reformen är således att korta patienternas väntetider, antingen genom att specialistvårds-klinikerna känner press på sig att korta sina egna väntetider

alternativt genom att remittera patienter till andra vårdgivare med kortare väntetider. Hittills visar reformen på delvis motstridiga resultat. Initialt förkortades väntetiderna som en effekt av reformen. Senare utvärderingar visar dock att effekten delvis klingat av och att många landsting inte fullt ut når upp till vårdgarantins intentioner (Socialstyrelsen 2010).

Ur ett styrningsperspektiv är den nationella vårdgarantin särskilt intressant att studera eftersom den i vissa avseenden tycks stå i motsatsställning till den medicinska logiken. Vårdgarantin syftar till att sätta större press på vårdgivarna att korta köerna men innebär samtidigt ett ifrågasättande av de gängse rutiner som läkarna använt sig av för att bestämma när patienternas behandlingar ska ske. Aldrig tidigare har man på ett så tydligt sätt, från statens sida, gått in och reglerat inom vilken tidsram en behandling ska ske – detta har traditionellt setts betraktats som den medicinska professionens domän. Vårdgarantin har av enskilda läkare bl.a. kritiserats för att den åsidosätter riksdagens prioriteringsriktlinjer. Man menar exempelvis att akuta och allvarligt sjuka patienter trängs tillbaka till förmån för patienter med mindre allvarliga symptom, vilket går stick i stäv med professionens syn på hur vården ska planeras och bedrivas (Socialstyrelsen 2008). Därigenom illustreras tydligt den målkonflikt som kan uppstå när staten väljer att lagstifta eller reglera områden i sjukvården samtidigt som man i förhållandevis stor utsträckning vill ha en autonom medicinsk profession med expertkunskap och förmåga att fatta självständiga beslut.

Ätminstone på ett teoretiskt plan kan man argumentera för att den nya reformen riskerar att inkräkta på läkarnas arbetsvillkor samt den kliniska autonomi som läkarkåren traditionellt besuttit. Hur läkarna förhåller sig till vårdgarantin som ett politiskt styrmedel för att korta väntetiderna i vården är därför något som står i fokus i denna rapport.

Genom att studera läkarnas roll vid implementeringen av en politisk reform, i detta fall vårdgarantin, belyses den aktörsgrupp som verkar längst ut i "styrningskedjan" av vården. Läkarna kan antas ha en nyckelroll när det gäller att vidta åtgärder för att implementera reformen, exempelvis genom att informera patienterna om vårdgarantin och väntetider till olika åtgärder samt diskutera för- och nackdelar med att stanna kvar vid hemkliniken. Vidare har de en central roll när det gäller att remittera patienterna till annan vårdgivare när den egna kliniken inte håller väntetiderna.

Det räcker alltså inte med insatser på den politiska eller administrativa nivån i landstingen för att vårdgarantin ska uppfyllas. Vår utgångspunkt är i stället att patienternas möjligheter att åberopa vårdgarantin och därmed möjligheten att korta sina väntetider, endast kan realiseras fullt ut när det ges reella förutsättningar för detta i mötet med läkaren och annan vårdpersonal. Den empiriskt intressanta frågan är därför om läkarna åtar sig ett ansvar för att uppfylla vårdgarantins målsättningar, dvs. tar ansvar för att patienten ska få vård inom vårdgarantins tidsgränser.

## 1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna rapport är att undersöka om det är möjligt att styra läkares agerande genom politiskt fattade beslut. Detta görs konkret genom att undersöka hur läkarna agerat i samband med implementeringen av den nationella vårdgarantin.

Tre centrala frågeställningar ska besvaras:

1. Vad säger centrala politiska styrdokument om läkarnas roll för att förverkliga vårdgarantin?
2. Intar läkarna en aktiv roll vid implementeringen av vårdgarantin?
3. Har läkarna rätt förutsättningar att genomföra reformen eller finns det några hinder som gör att det inte kan förstå eller vill genomföra vårdgarantin?

För att undersöka frågeställningarna har en enkät skickats ut till ett stort antal ortopedier i landet för att på så sätt ta reda på vad dessa läkare tycker om vårdgarantin och hur de agerat för att uppfylla garantins intentioner. Enkätundersökningen har även genererat ett stort antal kommentarer i form av enskilda läkares skriftliga kompletteringar till svaren på enkätfrågorna.

## 1.2 Avgränsningar i studien

I rapporten avgränsar vi oss till att undersöka hur vårdgarantin implementeras inom specialiteten ortopedi. Specialiteten ortopedi valdes främst för att den utgör en specialitet som vårdgarantin lämpar sig väl för. Ortopedi består i stor utsträckning av

”väldefinierade, planerade engångsinsatser” där man tämligen lätt kan avgöra om vårdgarantin ska tillämpas eller inte för en enskild patient (Hammer 2010). Inom andra specialiteter, exempelvis intermedicin eller psykiatri, är patienterna ofta multisjuka med flera olika diagnoser som inte lika lätt låter sig klassificeras i vårdgarantitermer. Ortopedin är således, jämfört med många andra specialiteter, ett område med gynnsamma förutsättningar för en lyckad implementering av reformen. Fungerar inte implementeringen inom specialiteten ortopedi är sannolikheten stor att den fungerar ännu sämre inom andra specialiteter med mindre gynnsamma förutsättningar. Fallurvalet utgör således ett s.k. ”most likely case” (Esaiasson et al 2007).

Vårdgarantin inkluderar både primärvård och specialistsjukvård. I vår rapport sker emellertid en avgränsning till specialistsjukvården. Det är främst inom denna del av garantin som den enskilde läkaren påverkas i sitt yrkesutövande, och därför den del som känns viktigast att fokusera på i en studie som handlar om styrningen av läkarprofessionen.

### 1.3 Rapportens upplägg

I inledningen beskrivs bakgrunden till rapporten och dess syfte och frågeställningar. I avsnitt två ges en kortare beskrivning av den svenska hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering för att tydliggöra inom vilken struktur som politiska reformer på sjukvårdsområdet implementeras. Vidare ges i avsnittet en närmare beskrivning av hur den politiska styrningen av vården fungerar, dvs. hur centrala aktörer såsom staten, landstingen, och vårdpersonalen (specifikt läkarna) interagerar när politiska beslut ska introduceras i vårdens verksamheter. Rapportens tredje avsnitt beskriver vårdgarantins utformning och vilka effekter den fått på väntetiderna i vården. Här granskas också empiriskt vad centrala politiska styrdokument säger om vårdpersonalens och specifikt läkarnas roll för att uppfylla vårdgarantin.

I avsnitt fyra redogörs för den teoretiska diskurs som problematiserat verkställandet av den offentliga politiken, dvs. den fas när de politiska besluten ska omvandlas till konkreta åtgärder i politiskt styrda verksamheter. Här redogörs också för vad som utmärker en profession och vidare, vad som specifikt utmärker den medicinska professionen i den politiska styrningskedjan. Avsnittet

syftar framför allt till att beskriva läkarnas speciella status i sjukvården och deras möjligheter att påverka utfallet av politiska beslut. I rapportens femte avsnitt ges en sammanfattning av tidigare empiriska studier om den medicinska professionen. Avsnittet visar bl.a. att det finns få studier som belyser enskilda läkares roll i den politiska styrningskedjan.

I det sjätte avsnittet presenteras en modell som utifrån det teoretiska ramverket ställer upp ett antal förutsättningar som bör uppfyllas för att verkställarna av reformen, i det här fallet läkarna, ska agera i enlighet med den politiska styrningens intentioner. I korthet handlar det om att reformen ska vara utformad på ett sätt som gör att den medicinska professionen 1) ges förutsättningar i termer av resurser, exempel operationssalar och vårdplatser, för att kunna genomföra reformen 2) förstår vad reformen går ut på, samt 3) i praktiken vill genomföra reformen. I samband med detta ges också ett antal exempel på vad som skulle kunna göra att vårdgarantin inte sammanfaller med dessa kriterier och vilken effekt det i så fall skulle kunna ge på läkarnas inställning till och agerande i reformimplementeringen.

I nästföljande avsnittet, del sju av rapporten, presenteras undersökningens design och metod. Här beskrivs bl.a. enkätens utformning, samt vilket urval och svarsfrekvens undersökningen grundar sig på. Det centrala i avsnitt åtta är resultaten från den enkätundersökning som genomförts i studien och som lyfter fram vad läkarna tycker om vårdgarantin, hur de ser på sin roll i implementeringen av garantin och vad de i praktiken gör för att verkställa reformen. Här redovisas också om läkarna anser att de har organisatoriska förutsättningar att kunna verkställa reformen, huruvida de förstår reformens syfte och innehåll, samt om de kan tänkas vilja genomföra reformen eller inte. Avslutningsvis presenteras i avsnitt nio rapportens slutsatser samt en diskussion om resultaten och vad de har för möjliga implikationer.

## 2 Hälsö- och sjukvårdens organisation och styrning

### 2.1 Formell organisation

Vårdens organisation påverkar politikens möjligheter att implementera olika typer av reformer i verksamheten. I detta avsnitt beskrivs därför den svenska vårdorganisationens specifika särdrag och de många aktörer som samverkar i den ofta komplexa styrningen av vården.

I likhet med flera andra länder, exempelvis Storbritannien, Danmark och Norge har Sverige ett i huvudsak offentligt sjukvårdssystem där vården nästan uteslutande är skattefinansierad. Ett speciellt särdrag för sjukvårdssystemet är att staten och landstingen företrädesvis finansierar vården genom skatteintäkter från den yrkesverksamma befolkningen och även ansvarar för driften av vården. Detta innebär att vårt sjukvårdssystem är mer integrerat än i många andra europeiska länder där det finns en tydlig gränsdragning mellan finansiär och utförare (Blomqvist 2007). Sveriges offentligt finansierade sjukvårdssystem kan jämföras med den andra huvudkategorin av sjukvårdssystem, s.k. försäkringsbaserade system. Dessa återfinns framför allt på den europeiska kontinenten i länder som Tyskland och Nederländerna och bygger på att statligt reglerade försäkringskassor finansierar vården. Intäkterna i denna typ av vårdssystem består inte av skatter utan av premier som arbetsgivarna och de anställda betalar in till sjukförsäkringen. Personer som inte yrkesarbetar täcks in av make/maka/föräldrar och i övriga fall av staten.

Ett ytterligare viktigt inslag i svensk hälso- och sjukvård är dess organisering på regional nivå. Det är landstingen, och inte staten, som är huvudmän för sjukvården och som ytterst ansvarar för att ge sina invånare vård. Det decentraliserade huvudmannaskapet grundar sig på den svenska grundlagens princip om kommunalt

självstyre, vilken innebär att staten överför kompetens till landsting och kommuner att på egen hand sköta viktiga verksamheter inom välfärdsområdet, däribland hälso- och sjukvården.

Samordning av vården på regional nivå förekommer i flera länders sjukvårdssystem. Det som är unikt med Sveriges decentraliserade hälso- och sjukvårdsorganisation är emellertid den höga graden av lokalt självbestämmande. Från politiskt håll har man bedömt att landstingen har bättre möjligheter än staten att bedöma befolkningens hälsobehov och att utforma vården efter lokala förutsättningar. Vid allmänna val, vart fjärde år, utser därför medborgarna politiska företrädare till landstingen som bl.a. har rätt att besluta om vårdens sammansättning, avgiftsnivåer, ersättnings-system och driftsformer.

Landstingen finansierar till stora delar sin verksamhet genom inkomstbeskattning av invånarna. Resterande delar finansieras av avgifter som patienten betalar i samband med vårdbesöket och generella statsbidrag. Den i huvudsak skattebaserade finansieringen av sjukvårdssystemet möjliggör i stor utsträckning en direkt politisk kontroll över resursfördelningen.

När det gäller vårdens interna organisation ser denna likartad ut i hela Sverige. Sjukvården brukar delas in i tre nivåer: primärvård, länssjukvård och regionsjukvård (inklusive rikssjukvård). Den första nivån, primärvården, tar hand om patienter i behov av grundläggande medicinsk utredning, behandling och omvårdnad, men arbetar även förebyggande med hälsorådgivning och rehabilitering. Det är inom primärvården som vårdcentralerna och de s.k. husläkarna återfinns. Det är också läkarna inom primärvården som beslutar om att vidareutreda och remittera patienterna till specialistsjukvården. De två övriga nivåerna organiserar samarbetet mellan landstingen eller inom landstingen kring högspecialiserad vård. Den specialiserade vården omfattar all medicinsk utredning, behandling och omvårdnad som kräver mer specialiserade insatser samt större tekniska och personella resurser än primärvården.

## 2.2 Hur fungerar den politiska styrningen av vården?

Flera forskare har visat på svårigheter med att styra och leda hälso- och sjukvårdens organisation (Hallin & Siverbo 2003, Siverbo 2007, Blomqvist 2007, Blomgren & Sahlin-Anderson 2003). Vårdens komplexa verksamhet, med skiftande aktiviteter och en

mångfald av aktörer gör den både svårdefinierad och svårförutsägbar. Hallin och Siverbo (2003) menar att det finns flera underliggande konflikter i vårdens styrningsled som bl.a. handlar om hur rollfördelningen ska se ut mellan de olika aktörerna. Många läkare anser att politikerna i alldeles för stor utsträckning lägger sig i och påverkar den operativa verksamhet som tillhör professionens domän. Politikerna å sin sida hävdar ofta att vårdpersonalen är illojal och att den inte följer de politiska beslut som fattats. Den administrativa ledningens ansvar för att implementera de politiska besluten innebär också en utmaning – i synnerhet om förändringarna möts av motstånd inom professionen. Om man till detta lägger konflikten mellan statens och de självstyrande landstingens ambitioner att bestämma över vården är det inte konstigt om vården uppfattas som svårstyrd. Styrningen kan ses som en ständig förhandling eller kamp mellan olika intressenters värderingar om vem som ska kontrollera verksamheten och hur den ska utformas. Det är t.ex. inte självklart att medborgarnas krav på ökad tillgänglighet i vården, och därigenom politikens uppdrag om att korta vårdköerna, stämmer överens med den medicinska professionens uppfattning om vilka områden som ska prioriteras för att höja vårdens kvalitet.

I avsnittet 2.1. visades hur sjukvården formellt organiseras på statlig- respektive regional nivå. Den formella organisationen säger emellertid lite om hur den politiska styrningen av vården fungerar i praktiken. Vid första anblicken kan rollfördelningen i den svenska sjukvården betraktas som tydlig. I själva verket är denna uppdelning betydligt mer vag och oklar. Det är de förtroendevalda i landstingen som, genom det kommunala självstyret, ytterst ansvarar för vårdens utformning och innehåll. Samtidigt bör framhållas att det lokala självstyret inte är oinskränkt. Staten utövar också ett visst mått av inflytande över sjukvården genom att använda sig av ett antal olika nationella styrmedel för att påverka vårdens innehåll.

Konkret styr staten landstingens handlingsutrymme över sjukvården främst genom det som brukar kallas för formell reglering. Den formella regleringen utgörs bl.a. av alla de lagar som stiftats av riksdagen och som styr vårdens målsättningar och krav. Den viktigaste lagen är hälso- och sjukvårdslagen (HSL), från 1982 (SFS 1982:763). Det är en s.k. ramlag som ställer upp allmänna politiska mål och principer som ska gälla för sjukvården utan att egentligen säga något om hur de ska uppfyllas. En annan viktig lag är lagen om

yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS), från 1998 (SFS 1998:531). I den regleras sjukvårdspersonalens arbete och ansvar, frågor om behörighet och legitimation, men också bestämmelser om Socialstyrelsens tillsynsansvar.

Andra nationella faktorer som styr vårdens innehåll, och som utgör en lika viktig formell reglering av sjukvården som lagstiftningen, är de föreskrifter och allmänna råd som Socialstyrelsen utarbetar och ålägger vården att följa. Socialstyrelsen har till uppgift är att utöva tillsyn och göra uppföljningar och utvärderingar på hälso- och sjukvårdsområdet. Tillsynsansvaret spelar en viktig roll framför allt när det gäller vårdens kvalitet. Tillsynen sker genom granskning av enskilda patienters behandling och/eller genom granskning av verksamheten. Vid mindre allvarliga brister kan Socialstyrelsen kräva av vårdgivaren att dessa åtgärdas samt ge råd om hur detta bör ske. Om mycket allvarliga brister upptäcks kan Socialstyrelsen dessutom förelägga om viten eller verksamhetsförbud.

Ytterligare ett viktigt styrmedel på nationell nivå är det som brukar benämnas mjuk styrning (soft law). Den mjuka styrningen innebär att staten försöker påverka olika aktörer inom sjukvårdssystemet utan tvingande regler och att man i stället kommer överens om policyförändringar genom förhandlingar och diskussioner (Winblad 2007). Vårdgarantin från 2005, som den här rapporten behandlar, är ett tydligt exempel på mjuk styrning som tagit sig uttryck i en särskild överenskommelse mellan staten och landstingen om inriktningen för sjukvården. Här spelar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en mycket framträdande roll som intresseorganisation och landstingens gemensamma företrädare vid förhandlingar och ingående av överenskommelser. SKL har inte enbart funktionen som en intresse- och arbetsgivarorganisation, utan är också en viktig informationskanal som hjälper regeringen och statliga myndigheter att förmedla och förankra besluten på nationell nivå hos landstingen. Viktigt att notera är dock att den nationella vårdgarantin sedan 1 juli 2010 är lagstadgad, se vidare beskrivning i avsnitt 3.

I sammanhanget bör också de ekonomiska resurserna lyftas fram som ett nationellt styrmedel. För att ytterligare styra hälso- och sjukvårdens olika aktörer i de politiska beslutens riktning kan staten rikta särskilda resurser till olika satsningar inom vården. I samband med överenskommelsen om vårdgarantin beslutades exempelvis att landstingen skulle tillföras ytterligare ekonomiska

resurser att använda i tillgänglighetsarbetet. Kömiljarden från 2009, som innebär att landstingen tillförs extraresurser om de håller vårdgarantin, är också ett sätt för staten att genom ekonomiska incitament uppmuntra och styra landstingen mot ökad tillgängligheten i vården.

Vid sidan av den politiska styrningen av vården på nationell-, regional- och lokal nivå är det även relevant att lyfta fram den administrativa förvaltningen som en viktig aktör med inflytande över sjukvården. Ett betydelsefullt inslag i den administrativa styrningen är utformningen av olika underlag inför beslutsprocessen och genomförandet av politiska och administrativa beslut. Därutöver styr den administrativa ledningen viktiga processer i hälso- och sjukvårdens organisation såsom budgetarbetet, resursfördelningen, den ekonomiska uppföljningen och redovisningen, men också personal- och kompetensförsörjningen.

## 2.3 Läkarnas roll i styrningsprocessen

Det centrala i denna rapport är läkarnas roll i den förvaltningspolitiska styrningskedjan. Den medicinska professionen utövar ett betydelsefullt inflytande över vårdens utformning och innehåll. Läkarna, tillsammans med andra yrkesgrupper, avgör till stor del utfallet av vårdprocesserna genom att besluta *om, när, hur och av vem* patienterna ska undersökas och behandlas. För det första är lagstiftningen utformad så att den ger yrkeskåren ett stort beslutsutrymme. I lagen som reglerar sjukvårdspersonalens verksamhet står: "Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina uppgifter" (SFS 1998:531). För det andra gör sjukvårdens komplexa struktur att det faller sig naturligt att överföra ett visst beslutsmandat till sjukvårdens personal. Varje dag tar vården emot patienter med olika sjukdomar och skador som kräver individuell behandling och snabba beslut. Detta gör det också omöjligt att från centralt håll styra vården ner på minsta detalj. Sjukvårdstjänster kan inte utformas efter en standardiserad mall utan bygger på unika patientfall som kräver en flexibel situationsanpassning (Rothstein 2001). Ytterligare en viktig förklaring till läkarnas stora inflytande över vårdens organisering och processer handlar om den specifika kompetens som läkarkåren besitter. Staten har gett läkarkåren ett stort mått av handlingsutrymme inte minst för att ingen annan

aktör har den kompetens som krävs för att fatta den typ av medicinska beslut som läkare gör i mötet med patienter.

Den klassiska synen på politisk styrning är att de förtroendevalda fattar politiska beslut som aktörer längre ned i styrningskedjan, i det här fallet läkarna, ska genomföra. Ovanstående resonemang implicerar emellertid att den medicinska professionens inflytande i reformprocessen är långt större än så. Statsvetaren Jenny de Fine Licht (2007) menar att läkarna genom sin medicinska expertis och sitt fria handlingsutrymme har möjlighet att påverka de politiska besluten såväl "nedåt" i implementeringen som "uppåt" i policyutformningen. Det är ytterst läkaren som genom sin tolkning av hälso- och sjukvårdens regelverk fattar beslut som får konsekvenser för den enskilda patienten och därmed också har makt att forma det faktiska utfallet av politiken. De Fine Licht argumenterar vidare för att läkarna genom sin kunskapsauktoritet kan utöva inflytande redan i policyutformningen, dvs. påverka själva villkoren för reformen och inte bara "hur" den ska tolkas. Inflytande på policynivån kan t.ex. ske genom att läkaren enskilt eller kollegialt framför förslag eller kritik till de politiska beslutsfattarna.

De Fine Licht (2007) argumenterar, mot ovanstående bakgrund, för att läkarna även om de inte har det formella politiska ansvaret för sjukvården, ändå kan anses inneha den sorts maktposition som gör att de i förlängningen kan betraktas som politiska aktörer inom hälso- och sjukvården. Detta behöver dock inte betyda att läkarna själva behöver betrakta sig som politiska aktörer eller att de organiserar sig politiskt för att påverka politiken.

Det bör dock påpekas att läkarprofessionen inte står fri från extern kontroll. Staten kan bl.a. kontrollera vårdpersonalens arbete genom exempelvis Socialstyrelsens tillsynsfunktion och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). HSAN kan utdela disciplinstraff i form av varningar eller, om den medicinska verksamheten missköts grovt, till och med dra in yrkeslegitimationen. Landstingen kan också påverka vårdpersonalens agerande, men då mestadels genom olika former av organisationsförändringar eller ekonomiska incitamentsstrukturer. Här bör också tilläggas att läkarkåren själv utövar en sorts intern-kontroll, s.k. peer-review, genom att utföra kollegiala granskningar av varandras arbete.

Sammantaget visar resonemanget att vi, för att kunna förstå den politiska styrningen av vården eller om man så vill de politiska

beslutens praktiska utfall i vården, också måste inkludera studier av den medicinska professionens yrkesutövande i analysen.



### 3 Nationell vårdgaranti – ett exempel på politisk styrning av vården

I rapporten undersöks hur läkare förhåller sig till nationell politisk styrning genom att studera hur professionen agerar när staten försöker styra vårdens tillgänglighet genom en nationell vårdgaranti.

Vårdgarantin är inte ett nytt fenomen i den svenska sjukvården. Redan 1992 lanserades den första vårdgarantin för att få bukt med köproblematiken i vården. Denna garanti inkluderade tolv preciserade behandlingar (se Hanning 2005). Fem år senare, 1997, beslöt staten och dåvarande Landstingsförbundet att avskaffa garantin i sin dåvarande form eftersom den kritiserats för att prioritera fel patientgrupper. I stället lanserades en ny form av vårdgaranti som främst kom att innefatta primärvården men även första mottagningsbesöket i specialistsjukvården. Den senaste och mest omfattande vårdgarantin, som står i fokus i denna rapport, infördes i november 2005 och innebär en utökning av 1997 års garanti. Vårdgarantin från 2005, som tillämpats av Sveriges samtliga landsting, var ursprungligen en överenskommelse mellan dåvarande Landstingsförbundet och staten. Den innebär att patienter ska få komma i kontakt med primärvården redan samma dag som de söker hjälp, och vid behov erbjudas ett läkarbesök inom en vecka. Därtill ska landstingen kunna erbjuda patienterna ett mottagningsbesök på specialistnivå inom 90 dagar och behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling fattats. Om det aktuella landstinget inte kan erbjuda behandling inom 90 dagar, ska patienten erbjudas vård hos annan vårdgivare samt erhålla kompensation för eventuella extrautgifter, exempelvis resor (Landstingsförbundet 2005, Socialstyrelsen 2008, Winblad et al 2010).

Det bör understrykas att vårdgarantin vid tidpunkten för studien (våren 2010) fortfarande hade karaktären av en överenskommelse mellan staten och landstingen. Varken vårdgarantin eller den enskilde patientens valmöjligheter inom specialistsjukvården var lagstadgade rättigheter och garantin var således inte juridiskt bindande för landstingen utan karakteriserades kanske allra bäst som en form av målsättning eller ambition uppställd av staten och SKL. Garantin var ett sätt för den nationella politiska nivån att visa att ansträngningar gjordes för en förbättrad tillgänglighet. Ansvaret för genomförandet av reformen har däremot uteslutande legat på respektive landsting som erhållit vissa ekonomiska tillskott för sitt åtagande. Vad gäller vårdgarantin har de samlade tillskotten uppgått till drygt ett par miljarder kronor (exklusive kömiljarden) i extra bidrag för arbetet med att förbättra just tillgängligheten inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2008).

Ett nyligen fattat beslut i riksdagen har dock medfört att vårdgarantin lagstadgats från och med den 1 juli 2010. I propositionen som föregick riksdagsbeslutet påpekar regeringen att det är otydligt hur vårdgarantin från 2005 förhåller sig till den lagstiftning som reglerar patientens ställning i vården, samt att överenskommelsen i sig innebär att relationen mellan staten och landstingen är otydligt reglerad (prop. 2009/10:67). Syftet med lagstiftningen är att åtgärda dessa brister och att förtydliga landstingens skyldighet att upprätthålla de krav på tillgänglighet som vårdgarantin stipulera. Vilka praktiska konsekvenser lagstiftningen får för patienternas möjligheter att nyttja garantin och utkräva politiskt ansvar i de fall garantin inte uppfylls är dock fortfarande oklart. Inga negativa sanktioner är kopplade till landsting som inte uppfyller garantin.

### 3.1 Vårdgarantin – vilka effekter?

Vårdgarantin är en omfattande nationell politisk satsning med syftet att korta vårdköerna och stärka patientens ställning. Socialstyrelsens första uppföljning av vårdgarantin visade att effekterna varit begränsade, med marginellt minskade väntetider för behandling och rent av ökade väntetider för besök. Man noterar dock att väntetiderna varierar stort mellan olika landsting (Socialstyrelsen 2008). I uppföljningen noterar utredarna ett återkommande mönster vid implementeringen av de olika vård-

garantierna. Inledningsvis förkortas vårdköerna som en effekt av reformen. Vad som är anmärkningsvärt är att denna förändring sedermera tycks klinga av. Vad gäller vårdgarantin från 2005 iaktogs en minskning i vårdköer efter införandet i november 2005, men denna effekt hade i princip klingat av ett halvår senare (Socialstyrelsen 2008). Ett liknande mönster kunde iakttagas i samband med utvärderingen av den första vårdgarantin från 1992 (Hanning 2005).

Till följd av vårdgarantins fortsatt begränsade inverkan på väntetiderna i vården och problem hos vissa landsting att leva upp till garantins innehåll slöt staten och SKL en överenskommelse hösten 2008 om införandet av den s.k. kömiljarden. Överenskommelsen gäller införandet av en prestationsbaserad modell för ekonomiska bidrag som ställer krav på landstingen att visa upp tydliga resultat i arbetet med vårdgarantin för att ta del av fortsatta medel från staten (SKL 2008). Kömiljarden är således en i raden av initiativ från statligt håll i syfte att påverka hälso- och sjukvården i riktning mot kortare väntetider, i enlighet med vårdgarantins intentioner.

Kömiljardens inverkan på väntetiderna är dock tvetydig. Våren 2010 var det 20 av 21 landsting som redovisade en förbättrad väntetidssituation och därmed lyckades kvalificera sig till kömiljarden. Samtidigt som antalet väntande patienter minskade i statistiken skedde dock en ökning av patienter som uppgav att de inte ville behandlas av annan vårdgivare och därmed avstod från att nyttja garantin, samt av patienter som fått vänta längre än 90 dagar men p.g.a. medicinska orsaker. Eftersom dessa bägge kategorier inledningsvis inte räknades in i vårdgarantistatistiken innebär det att förbättringen som påvisats i statistiken efter kömiljardens införande inte enbart kunde förklaras med att klinikernas väntetider hade blivit kortare (Socialstyrelsen 2010). Mycket tyder i stället på att förbättringen till viss del kommit sig av att landstingen har förändrat sitt sätt att registrera ”patientvald väntan” och väntan p.g.a. medicinska orsaker. Samtidigt visar Socialstyrelsens uppföljning att många landsting har satt in extra insatser under hösten 2009, exempelvis hel- och kvällsöppna mottagningar samt köp av vård från andra vårdgivare vilket lett till en förbättrad kösituation.

Under år 2010 infördes en ny beräkningsmodell för kömiljarden som innebär att både fler diagnoser och patienter som väntat frivilligt på vård längre än 90 dagar (dvs. kategorin ”patientvald

väntan”) inkluderas i den väntetidstatistik som ligger till grund för beräkningarna av kömiljarden. Enligt en avstämning av väntetiderna från SKL i september 2010 framgår det nu att endast 7 av 21 landsting kvalificerar sig till kömiljarden, vilket således är en kraftig försämring. Försämringen tycks vara en effekt av den nya beräkningsmodellen för kömiljarden, vilket förstärker bilden av att tidigare förbättringar i vårdgarantistatistiken inte enbart berodde på kortare väntetider utan på att kategorin ”patientvald väntan” inte inkluderats i statistiken. Sammantaget är det nu omkring 20 procent av patienterna med ett beslut om ett besök hos en specialist eller en operation som fått vänta längre än vårdgarantins tidsgräns. Intressant att studera blir hur de långsiktiga effekterna på köerna kommer att se ut som en följd av kömiljarden och insatta extrainsatser samt genom att vårdgarantin nyligen lagstodgats.

### 3.2 Läkarnas roll för att uppfylla vårdgarantin

Ovan konstaterade vi att vårdgarantin lett till vissa förbättringar men inte fullt ut fått de effekter på väntetiderna i vården som reformen avser. Fortfarande väntar ca en femtedel av patienterna längre än 90 dagar på en behandling, trots att de kan åberopa vårdgarantin. Frågan är vad detta kan bero på? Naturligtvis finns många olika förklaringar till detta, både på nationell-, landstings- och klinisk nivå. I den här rapporten är utgångspunkten att läkarnas agerande kan tänkas utgöra en delförklaring till varför reformimplementeringen inte fungerat fullt ut. För att kunna belägga om så är fallet är det dock angeläget att först ta reda på vad den politiska nivån föreskriver när det gäller just läkarnas roll för genomförandet av reformen. I detta avsnitt studerar vi därför de centrala politiska styrdokument som finns om reformen och vad de explicit eller implicit säger om läkarnas roll för att genomföra garantin.

I överenskommelsen om vårdgarantin från 2005 slår de två aktörerna fast grundprinciperna för reformens utformning och genomförande. Bland annat betonar man att förbättrad information och förbättrat stöd till patienterna är en förutsättning för en fungerande vårdgaranti. Får inte patienterna tydlig information om deras rätt att åberopa vårdgarantin i samband med beslutad behandling kan det innebära att trycket på vårdgivarna att klara tidsgränserna minskar. Patienternas efterfrågan på kortare vårdtider

utgör således ett viktigt incitament för att öka tillgängligheten i vården. Parterna, dvs. staten och dåvarande Landstingsförbundet, är därför eniga om att det åligger landstingen att tillhandahålla sådan information till invånarna. Genom denna skrivning lämnas alltså ansvaret över till landstingen att informera patienten om reformen och dess innehåll.

Lite längre fram i överenskommelsen från 2005 betonas också *vårdens* roll för att förverkliga vårdgarantin. I överenskommelsen står:

”Vårdgarantin tydliggör vårdens åtagande gentemot patienten i samband med en beslutad behandling. Det handlar om att vid beslutstillfället ge patienten tydliga besked. Utgångspunkten är hälso- och sjukvårdslagens krav på att beslut om behandling skall tas i samråd med patienten.” (2005, s. 1)

I överenskommelsen talar man alltså inte specifikt om läkarens roll utan hänvisar i allmänna ordalag om ”vårdens åtagande” för att förverkliga reformens intentioner. Detta kan ses som en medveten otydlighet i den politiska styrningen på nationell nivå, motiverad av en obenägenhet att inskränka det lokala självstyret, dvs. landstingens rätt att organisera vården och styra vilka aktörer som ska göra vad. Här blir det därför intressant att också granska hur och om landstingen, vid sidan av den statliga styrningen, ytterligare preciserat vårdpersonalens och i synnerhet läkarnas roll i implementeringen av vårdgarantin.

En sammanfattande bild efter en genomgång av åtta landstings riktlinjer för implementering av vårdgarantin är emellertid att det inte heller här uttrycks explicit att just *läkarna* ska informera om vårdgarantin i mötet med patienten och i vilka situationer han eller hon ska göra det. I stället är det mer vanligt med övergripande policydokument som understryker att vårdpersonalen generellt har ett ansvar när det gäller att informera patienterna om deras rättigheter, exempelvis med avseende på rätten att välja vårdgivare osv. Vissa landsting är dock mer tydliga i sina riktlinjer gällande personalens informationsansvar för specifikt vårdgarantin. Däribland Region Skåne som utformat ett dokument om vilken information som bör ges av vårdens personal för att upprätthålla en god vårdgaranti och möjliggöra patientinflytande. Dokumentet innehåller dock inga speciella anvisningar riktade direkt mot läkargruppen.

I SKL:s nya handlingsplan för vårdgarantin (SKL 2009) och den nya propositionen (Prop. 2009/10:67), som antogs av riksdagen under 2010, förstärks emellertid sjukvårdspersonalens och i synnerhet läkarnas ansvar för att bl.a. informera om vårdgarantin. I handlingsplanen betonar SKL vikten av god patientinformation vid remisshantering i mötet mellan läkare och patient. Man påpekar också att uppföljningar av landstingens implementering av vårdgarantin har kunnat visa på brister i patientinformationen vid remissförfarandet och att förbättringar på detta område är en viktig del av det fortsatta utvecklingsarbetet (SKL 2009). I propositionen betonas vårdpersonalens ansvar för att ge individualiserad information till patienten bl.a. genom formuleringen:

”Liksom när det gäller den information som i nuläget ska lämnas enligt 2b § HSL bör det vara den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient som ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om vårdgarantin och patientens valmöjligheter. En sådan skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen bör anges i LYHS. Det är den enskilda yrkesutövaren som i mötet med patienten kan avgöra hur informationen kan avpassas för att möta patientens individuella behov”. (Prop. 2009/10:67, sid 50).

Sammanfattningsvis visar vår genomgång att de ursprungliga nationella och regionala politiska styrdokumentet inte är särskilt tydliga gällande läkarnas specifika ansvar för implementeringen av reformen. Nyare nationella styrdokument, bl.a. SKL:s handlingsplan från 2009, är dock tydligare när det gäller att definiera vad som är vårdpersonalen, och därigenom läkarnas ansvar för vårdgarantins genomförande, särskilt när det gäller information till patienten om vårdgarantin och de valmöjligheter som finns. I den empiriska delen av rapporten tar vi bl.a. reda på om läkarna i praktiken informerar patienterna om vårdgarantin och väntetider, dvs. implementerar reformens intentioner.

Som ett stöd i den analysen kommer vi att använda oss av en förklaringsmodell som ofta refereras till inom implementeringsforskningen och som redogör för vilka förutsättningar som bör vara uppfyllda för att de som verkar längst ut i styrningskedjan ska kunna genomföra en politiskt beslutad reform på ett sätt som överensstämmer med beslutsfattarnas intentioner (Lundqvist 1987, Sannerstedt 2001, Winblad Spångberg 2003). Modellen gör en åtskillnad mellan begreppen ”kan”, ”förstår” och ”vill”. ”Kan” handlar om att de organisatoriska förutsättningarna måste vara

gynnsamma i landstinget/kliniken för att läkaren ska kunna implementera reformen, dvs. hjälpa patienten att nyttja vårdgarantin och i övrigt verka för dess genomförande. "Förstår" handlar om att läkaren bör känna till regelverket för att kunna hjälpa patienterna att nyttja garantin. "Vill" handlar slutligen om att läkarna inte ska känna att reformen inkräktar på deras arbetsvillkor och kliniska autonomi. Om dessa förutsättningar är uppfyllda är det troligare att läkaren implementerar reformen, exempelvis genom att informera patienten om garantin. I avsnitt 6 finns en grundlig genomgång av de olika förutsättningarna "kan", "förstår" och "vill".



## 4 Teorier om läkarnas roll för att verkställa politiska beslut

I följande avsnitt vänder vi oss till implementeringsforskningen, vilken är den teoretiska diskurs inom statsvetenskapen som framför allt har problematiserat verkställandet av politiska beslut. Vi redogör också för professionsbegreppet och vad som utmärker just den medicinska professionen. Syftet med den teoretiska genomgången är att utveckla och underbygga de teoretiska förutsättningarna "kan", "förstår" och "vill".

### 4.1 Implementering – en del av styrningsprocessen

Det är de förtroendevalda, som via allmänna val vart fjärde år, ges det formella mandatet att styra vårdens inriktning och utbud. Den politiska *styrningen* sker främst genom medelstilldelning och initiering av olika *reformer* som kan ta sig uttryck i beslut om lagstiftning, mål och riktlinjer eller nationella överenskommelser såsom vårdgarantin. Olika forskare har haft delvis skilda uppfattningar om vad som kännetecknar en reform, vilket också gör det svårt att hitta en enskild definition av begreppet. Vissa menar att en reform inte enbart kan betraktas som ett separat uttalande om att något ska göras utan att det handlar om en rad beslut som måste fattas. Hill (1997) argumenterar t.ex. för att en reform/policy rör sig om en uttalad handlingsinriktning som ofta tar formen av flera sammanhängande beslut. Enligt detta synsätt inkluderar en reform inte bara det politiska beslutet utan även de beslut inom en organisation som sedan följer för att genomföra reformen. Hill menar också att en reform alltid förändras med tiden. Politiska avsiktsförklaringar kan bli inaktuella p.g.a. jämkningar mellan olika intressen eller för att målsättningarna eller problemformuleringarna förändras. Erfarenheterna av själva

genomförandet av en reform kan även leda till att den fortsatta beslutsprocessen förändras. Hills resonemang skulle kunna sammanfattas som att en reform inte består av ett enskilt och statiskt beslut utan av en process som strävar efter att nå ett visst syfte.

Inom policyforskningen är det vanligt att separera olika faser i policyprocessen: initiering av en politisk fråga, beredning av frågan, beslutsfattande, implementeringen av det politiska beslutet eller reformen samt utvärdering och återkoppling av resultaten. I denna rapport inriktar vi oss särskilt på den fjärde fasen, dvs. när ett politiskt beslut eller en reform ska genomföras eller implementeras. Det är ofta i denna fas som politikens intentioner hamnar på kollisionsskurs med de aktörer som förväntas verkställa dem. Konkret består implementeringen av de åtgärder som vidtas av utförarna för att uppfylla reformintentionerna. Det varierar naturligtvis på vilken nivå i organisationen som utförarna återfinns. I fallet med vårdgarantin kan det exempelvis röra sig om tjänstemän i landstingen eller vårdpersonal ute på klinikerna, exempelvis läkare. När det gäller just läkarnas åtgärder för att implementera vårdgarantin kan det exempelvis röra sig om att informera patienterna om vårdgarantin och gällande väntetider, skriva vårdgarantiremisser som patienten behöver för att välja annan vårdgivare och i övrigt hjälpa patienten att nyttja garantin.

Kritik har riktats mot den tydliga uppdelning som i detta fall görs mellan själva reforminitiativet och implementeringen för att urskilja de olika faserna i policyprocessen (se exempelvis Hill & Hupe 2002). Egentligen vore det mer korrekt att se på de båda faserna som två sidor av samma mynt. Implementeringen är å ena sidan beroende av ett syfte eller en målsättning som ska uppnås. Styrningen, dvs. reforminitiativet, kräver å andra sidan att en implementering sker för att uppnå reformens syfte. I korthet skulle därför implementeringen kunna uttryckas som den operativa delen av styrningen ("operational governance") (Hill & Hupe 2002). Här menar vi emellertid att det finns en analytisk poäng i att särskilja de båda faserna, eftersom fokus i denna studie ligger på de aktörer (läkarna) som förväntas verkställa eller genomföra vårdgaranti-reformen

## 4.2 Vad utmärker en profession?

Den medicinska professionen är central vid implementeringen av många politiska beslut i vården. Men vad menas egentligen med benämningen profession?

Begreppet ”profession” används för att beskriva särskilda grupper i samhället. Vilka grupper som inkluderas i begreppet kan dock variera över tid och i olika kulturer (Middlehurst & Kennie 1997). Vidare kan begreppet användas i syfte att peka ut olika karaktärsdrag som medlemmarna i de särskilda samhällsgrupperna förväntas uppfylla (ibid). Olika författare har använt delvis skilda kriterier för att definiera en profession. Sociologen Tomas Brante (1987, 2009) presenterar de vanligaste förekommande karaktärsdragen, vilka tillsammans bidrar till att rama in begreppet:

- Vetenskapligt grundad teoretisk kunskapsbas.
- Lång utbildning där gruppen tillägnar sig den teoretiska kunskapen.
- Legalt sanktionerat monopol att verka inom ett visst yrkesområde.
- En speciell yrkesetik som styr professionens handlande.
- Professionella sammanslutningar, exempelvis Läkarförbund.

Den vetenskapligt grundade kunskapen är det kriterium som brukar betraktas som nyckeln till professionernas särställning. Genom en ”standardiserad” utbildning och praktik vid certifierade universitet och högskolor tillägnar sig professionen inte bara en gemensam kunskapsbas utan också ett monopol på ett visst vetenskapsområde. Det är detta kunskapsmonopol som gör både allmänheten, staten och andra yrkesgrupper beroende av professionen för vissa ändamål. Inom sjukvården innebär det exempelvis att endast läkarkåren kan avgöra om en medicinsk bedömning eller behandling är lämplig eller inte. En ytterligare viktig förklaring till professionernas särställning återfinns i dess relation till staten. Genom att utfärda s.k. yrkeslegitimationer, vilket innebär att endast legitimerade yrkespersoner får utöva verksamheten, sanktionerar staten ett relativt stort handlingsutrymme för professionen. Detta förklaras av att flera av professionerna, exempelvis läkare och jurister, arbetar i en komplex miljö där varje möte med patienterna eller klienterna är så pass

unikt att det inte är möjligt för staten att reglera yrkesutövandets innehåll (Rothstein 2001).

Professionernas monopol på både kunskap och yrkesutövande ger dem en stark ställning gentemot staten, vilket naturligtvis påverkar förtroendevaldas möjligheter att genomdriva reformer i verksamheten. I professionernas uppdrag ligger förvisso att förverkliga de beslut och direktiv som staten ålägger dem. Samtidigt kan naturligtvis de professionella yrkesgrupperna ha egna mål, ambitioner och värderingar som inte alltid sammanfaller med statens intentioner.

#### 4.3 Lipsky om professionernas roll vid implementeringen

Inom implementeringsforskningen är det framför allt statsvetaren Michael Lipsky (1980) som ägnat störst intresse åt professionernas roll i genomförandet av politiska reformer. När medborgarna kommer i kontakt med olika former av samhällsfunktioner möter de inte i första hand de politiska organ som fattar beslut om de offentliga verksamheterna, utan alla de offentliganställda som har till uppgift att utföra samhällets servicetjänster. Lipsky kallar denna grupp av yrkesarbetare för gräsrotsbyråkrater ("street-level bureaucrats"), och definierar dem som personer som i sitt dagliga arbete har direktkontakt med medborgarna och som samtidigt har stor handlingsfrihet när det gäller arbetsuppgifternas utformning. Typiska exempel på gräsrotsbyråkrater, menar Lipsky, är lärare, poliser, socialarbetare, men också läkare i vården. Lipskys huvudsakliga tes går ut på att det i själva verket är gräsrotsbyråkraterna, och inte politikerna, som genom sitt agerande *skapar* den faktiska politiken. Detta, menar han, beror för det första på det stora handlingsutrymme som gräsrotsbyråkraterna har i sitt yrkesutövande, och för det andra, på den relativt höga graden av autonomi de besitter gentemot de politiska beslutsfattarna.

Gräsrotsbyråkraternas självständiga roll är emellertid inte okomplicerad. Enligt Lipsky utsätts de för vad han kallar en "kronisk" upplevelse av resursbegränsningar, dvs. att det finns en stor diskrepans mellan de krav som ställs på dem och de resurser som de i praktiken har till sitt förfogande. Detta beror i sin tur på att efterfrågan på gräsrotsbyråkraternas tjänster är obegränsade. Ett större utbud av tjänster leder bara till en större efterfrågan. Och

mer resurser leder bara till nya krav på att använda dem till fler tjänster.

En ytterligare problematik som försvårar gräsrotsbyråkraternas tjänsteutövande ligger i reformprogrammets ofta otydliga och motstridiga målsättningar. Detta kan exempelvis bero på att beslutsfattare på högre nivåer inte har kunnat komma överens om gemensamma målsättningar för en reform och därför har formulerat den i mer vaga termer. En annan orsak kan vara att det är lättare att ha en eller flera, mer allmänt hållna målsättningar när det är osäkert vilka åtgärder som fungerar och inte. Detta skapar dock otydligheter för gräsrotsbyråkraterna eftersom de lämnas ensamma med att tolka och göra avvägningar mellan de motstridiga syftena. Det blir i praktiken oklart för dem vad som egentligen är deras arbetsuppgifter. En tredje aspekt, enligt Lipsky, som komplicerar gräsrotsbyråkraternas tjänsteutövande är deras frustration och upplevelse av alienering på arbetsplatsen, vilket i grunden beror på att de endast delvis har kontroll över sin arbetsprocess. Lipsky hävdar att de varken styr över vilka resurser de får, utfallet av sitt arbete eller takten på arbetet.

För att hantera den komplexa situation som gräsrotsbyråkraterna befinner sig i utvecklar de en rad olika s.k. "överlevnadsstrategier". Sammanfattningsvis går strategierna ut på att rutinisera och förenkla arbetsuppgifterna som de är ansvariga för. Detta gör de bl.a. genom att försvåra tillgängligheten till service eller genom att reducera efterfrågan på tjänsterna. Konkret kan det innebära att de t.ex. undanhåller information om att vissa tjänster finns att tillgå för brukarna eller att de skapar så pass krångliga regelverk att brukarna hellre avstår från att efterfråga en viss typ av tjänst. En ytterligare överlevnadsstrategi som gräsrotsbyråkraterna använder sig av är att sortera arbetet i lättare och svårare arbetsuppgifter genom att helt enkelt nedprioritera de uppgifter som är av mer komplicerad eller tidskrävande art. Detta kan gå så långt som till att prioritera de klienter som är lättast att behandla och där förutsättningarna att nå goda resultat ter sig vara störst.

Lipsky ger exempel på fler överlevnadsstrategier som vi inte tar upp här. Själva poängen med hans resonemang är emellertid att det tvärsöver olika yrkesgrupper finns flera gemensamma nämnare hos de personer som arbetar med patient-/brukarnära tjänster. Gräsrotsbyråkraternas dagliga arbetssituation uppvisar liknande påfrestningar som i sin tur leder till att de använder sig av samma överlevnadsstrategier. Strategierna kan få till följd att gräsrots-

byråkraterna i praktiken motverkar politiska reformintentioner när dessa inte sammanfaller med den egna gruppens synsätt eller bidrar till att negativt inverka på den egna arbetssituationen.

Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater ligger, sammanfattningsvis, till grund för antagandet i den här rapporten att läkarnas agerande är centralt när det gäller förverkligandet av politiska beslut i sjukvården. Därmed inte sagt att läkarna själva ser sig som nyckelaktörer i genomförandet av politiska reformer.

### 4.3.1 Kritik mot Lipskys teori

Lipskys teori om gräsrotsbyråkraterna är ett värdefullt bidrag till forskningen, eftersom den problematiserar professionernas roll i reformprocessen. Kritik har dock riktats mot Lipskys resonemang. Hans resonemang måste nyanseras, menar kritikerna, när det gäller hans uppfattning att gräsrotsbyråkraterna *skapar* den offentliga politiken i mötet med brukarna. En mer rimlig beskrivning vore i stället att se på gräsrotsbyråkraterna som politiska aktörer i bemärkelsen att deras handlingar i mötet med klienterna får politiska *konsekvenser* (Moore 1987). Däremot är de inte politiska aktörer i den meningen att de *aktivt* fattar beslut för att förverkliga en viss handlingslinje.

Dessutom, menar kritikerna, är Lipsky alltför aktörsfokuserad när han i hög grad bortser från att gräsrotsbyråkraternas handlingsfrihet är begränsad av strukturella faktorer. I själva verket påverkas deras handlingar av både organisatoriska förutsättningar och den politiska styrning som de är föremål för (Hasenfeld 1981). Särskilt den s.k. top-down-inriktningen inom implementeringsforskningen har lyft fram viktiga faktorer på den politiska strukturella nivån som spelar roll för reformutfallet, exempelvis tydligt formulerade reformmål, få vetopunkter i systemet, samt implementeringsprocessens strukturering, dvs. hur man från centralt håll har organiserat reformens genomförande (Mazmanian & Sabatier 1981, 1983, Sabatier 1986). Svagheten i Lipskys resonemang är alltså att han inte tar hänsyn till omgivande strukturella faktorer, vilka ofta styr professionernas handlingar. I vårt fall skulle exempelvis landstingens interna regelverk kunna hindra läkarna från att remittera patienter till andra vårdgivare p.g.a. risken för ökade kostnader för hemlandstinget. Till skillnad från Lipskys antagande är det därmed inte professionerna själva

som har utrymme att styra sin verksamhet utan det är den omgivande organisationen som bestämmer inom vilka ramar som läkarna kan verka. En tänkbar förklaring till varför läkarna i högre eller lägre grad är involverade i vårdgarantiarbetet kan alltså handla om att den organisatoriska nivån på olika sätt antingen hindrar eller främjar läkarnas förmåga att implementera reformen. Detta teoretiska resonemang underbygger förutsättningen "kan" som vidareutvecklas i avsnitt 6.1.

Ytterligare en viktig faktor vid implementeringen, som främst lyfts fram i top-down skolans resonemang, men som Lipsky inte förhåller sig till, är vikten av tydligt formulerade reformmål som klargör för verkställarna av politiken vad som förväntas av dem och hur de ska förstå och tolka reformens intentioner och innehåll. Detta teoretiska resonemang ligger till grund för förutsättningen "förstår" som vidareutvecklas i avsnitt 6.2. Att läkare inte informerar patienterna om vårdgarantin kan dels bero på att de själva inte förstår att de har ett viktigt ansvar för att informera om reformen, dels att de inte känner till de faktiska reglerna för vad som gäller kring vårdgarantin.

#### 4.4 Vad utmärker den medicinska professionen?

Lipsky talar om professioner, eller mer precist om gräsrots-byråkrater, i allmänna termer men uppmärksammar inte att det kan finnas variationer i beteendet mellan olika professioner (Winblad Spångberg 2003). Olika yrkesgrupper har olika förutsättningar och möjligheter att påverka eller motverka politiska reformers genomförande. Vidare tar Lipsky inte tillräcklig hänsyn till det faktum att varje yrkesgrupp har sina egna "karaktärsdrag" som kan påverka hur de ser på sin roll i reformprocessen och hur de i slutändan agerar vid implementeringen. I vårt fall kan man t.ex. tänka sig att läkarnas medicinska utbildning och biomedicinska kunskapssyn till stora delar påverkar deras attityder och beteende i förhållande till andra aktörer i hälso- och sjukvården och att de jämfört med andra professioner har en ovanligt stark ställning genom sin specifika kunskapsbas. Sammanfattningsvis pekar detta mot att olika professioner kan bidra till vitt skilda förutsättningar för implementeringen av politiska reformer. I detta avsnitt avser vi därför att ge en närmare beskrivning av den medicinska

professionen och hur den utmärker sig från andra yrkesgrupper som arbetar i brukarnära verksamheter.

Inom professionssociologin har det länge funnits en allmän konsensus om att läkarkåren är den grupp i samhället som i synnerhet meriterat epitetet "profession" (Gabe 2004). Den medicinska professionen har varit ett viktigt studieobjekt när forskare velat teoretisera och analysera begrepp såsom profession och professionalisering, kanske delvis för att läkare traditionellt sett haft en starkare ställning i samhället än andra professioner, exempelvis sjuksköterskor, lärare och socionomer. De senare har mer kommit att betraktas som s.k. semiprofessioner, vilket syftar till att de har vissa av de klassiska professionernas attribut, men inte alla eller inte i lika hög utsträckning. Exempelvis skiljer sig semiprofessionerna från de klassiska professionerna genom att de har lägre autonomi i förhållande till både den politiska nivån och andra professioner. De är alltså betydligt mer styrda i sitt arbete än t.ex. läkare eller jurister. Ytterligare en skillnad ligger i deras antal. Semiprofessionella är betydligt fler i antal och expanderar snabbt i och med välfärdsstatens utveckling. Vidare är ett utmärkande drag att semiprofessionella ofta tillhör offentlig sektor, till skillnad från exempelvis läkare som också kan arbeta privat, och att de inte erhåller samhälleliga belöningar i form av status och lön i lika stor utsträckning som de klassiska professionerna (Brante 2009).

Talcott Parsons var en av de första sociologerna som intresserade sig för just den medicinska professionens funktion i samhället. I sitt verk "Essays in sociological theory" (1954) argumenterar han för att läkarna utgör en viktig samhällsfunktion genom att bota sjukdomar, som annars skulle riskera att hota samhällets stabilitet. Parsons menar att läkarkåren fått sin privilegierade roll eftersom de tillägnat sig de teoretiska kunskaper som krävs för att klara ett viktigt samhällsuppdrag. Läkarnas specialistkompetens innebär dels att patienterna underkastar sig deras auktoritet, dels att läkarna själva ges förtroendet att reglera och utvärdera sitt arbete. Samtidigt, menar Parsons, kan denna makt även innebära ett hot mot patienterna eftersom de riskerar att utnyttjas ekonomiskt av professionen. Som en följd av detta, argumenterar Parsons, har därför särskilda institutionella förväntningar på professionen utvecklats som innebär att de i sitt yrkesutövande måste agera både etiskt och altruistiskt. I gengäld för sådan professionalism belönas läkarna (eller andra professioner) med ytterligare auktoritet och status.

Enligt Parsons resonemang var den medicinska professionens etiska och samhällsorienterade förhållningssätt oundgängligt för dess framgång och överlevnad. Deras osjälviska agerande var också det som skilde professionen från andra yrkeskategorier i samhället (ibid). Under 1970-talet ändrades emellertid den positiva grundsynen på professionen. Från att ha beskrivits i termer av "advokater" för sina klienter visade forskningen att många professioner ofta satte sina egenintressen först. Konsekvensen blev att Parsons syn på professionen som en välgörande samhällsfunktion tillbakavisades. Snarare kom professionen att beskrivas som ett hot mot den verksamhet de verkade i, eftersom de ansågs tillgodose sina egna behov på bekostnad av brukarnas.

Forskningen tog också en ny riktning och började i större utsträckning intressera sig för hur vissa professioner i samhället kunnat tillskansa sig en sådan makt. Den mest tongivande författaren inom denna diskurs var sociologen Eliot Freidson som var en av de första professionsforskarna att uppmärksamma konflikten och komplexiteten i relationen mellan läkare och patienter. Enligt Freidson (1970) finns det en inneboende konflikt mellan läkare och patienter som markant skiljer sig från Parsons tolkning. Läkarnas kunskapsspecialisering, menar han, är ett maktmedel som professionen använder sig av för att upprätthålla en särställning gentemot andra grupper i samhället. Enligt Freidson ligger det i läkarnas intresse att vidmakthålla ett kunskapsgap mellan profession och patienter eftersom kritiska och krävande patienter skulle riskera att inskränka på deras privilegierade ställning i samhället.

Det som särskilt skiljer den medicinska professionen från andra grupper i samhället är, enligt Freidson, i huvudsak dess dominans över det arbete som den är utsedd att göra (Freidson 1994). För att etablera sin dominans använder sig läkarkåren av flera specifika maktmedel. Hit hör, för det första, den kliniska autonomin, vilket innebär att den enskilda läkaren *ensam* styr och kontrollerar vad som sker i mötet med patienten. För det andra återfinns ett viktigt maktmedel i läkarnas arbetsledande funktion som innebär att den medicinska professionen kontrollerar och styr andra yrkesgruppers, t.ex. sjuksköterskors, utövande av vårdverksamhet. En tredje viktig resurs som professionen använder sig av för att uppnå och bibehålla sin dominans är kontrollen över patienternas hälsa. Deras unika rätt att definiera och tolka hälsa och sjukdom enligt den biomedicinska kunskapsmodellen gör att patienter och

samhällsmedborgare i allmänhet hyser stor tilltro till läkarkårens funktion. Detta, menar Freidson, genererar auktoritet och makt som läkarna använder sig av i relationen till patienterna.

Under början av 2000-talet reviderade emellertid Freidson sina tidigare hypoteser om en stark och ohotad medicinsk profession. I "Professionalism – the third logic" uppmärksammar han flera förändringar i läkarnas status (Freidson 2001). Exempelvis har det ökade stödet för alternativmedicin gjort att läkarna förlorat "potentiella" patienter till en yrkesgrupp som de inte kan kontrollera. Denna utveckling har, enligt Freidson, komplicerat både hälso- och sjukvårdens arbetsdelning och läkarkårens förmåga att skydda sitt eget territorium. Freidson argumenterar också för att etableringen av privata aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet påverkat läkarnas autonomi. Privata försäkringsbolag och aktiebolagsdrivna sjukvårdsgivare innebär en utökad administrativ styrning av sjukvården, vilket kommit att påverka relationen mellan patienter och läkare. Detta har fått till följd att läkarna inte längre bestämmer över ersättningsnivåer och vilka tjänster som ska erbjudas i vården. Trots flera intrång på läkarkårens verksamhetsområde vidhåller emellertid Freidson idén om en inflytelserik profession. Genom diverse skyddsmekanismer såsom användandet av yrkeslegitimationer och specialistkompetens förvärvat genom läkarutbildningen samt ökad subspecialisering lyckas den medicinska professionen ändå till viss del upprätthålla sin särställning och dominans gentemot patienter och andra yrkesgrupper i hälso- och sjukvården (Freidson 2001).

#### 4.5 Förändringar i läkarnas arbetsförhållanden och kliniska autonomi

Två huvudsakliga inriktningar i litteraturen går ett steg längre än Freidsons nya antaganden om en delvis försvagad medicinsk profession. Den första tesen, kallad *proletariseringstes*en, argumenterar för att nya arbetsvillkor för läkarna lett till att deras makt att styra över sina egna arbetsförhållanden har försvagats. Från att ha varit fria, privata företagare, har läkarna blivit vanliga löntagare i offentlig tjänst, vilket inneburit en begränsning av professionens självständighet och egenkontroll (Larson 1979). McKinlay och Arches (1986) hävdar att en viktig förklaring till förändringen i arbetsvillkoren är marknadens expansion i hälso-

och sjukvården. Marknadsanpassningen har medfört att byråkratin fått en mer framträdande roll som "kontrollant" av vårdens organisation. Allt fler läkare intar lönebetalda anställningar i offentliga organisationer där reglerande normer och en administrativ hierarki bidrar till att forma sjukvårdstjänsterna. Enligt McKinlay och Arches har även det snabbt växande antalet läkare försvagat den medicinska professionens marknadsvärde och bidragit till att den administrativa förvaltningen i större utsträckning kunnat sätta spelreglerna. Detta sammantaget, menar man, har inskränkt läkarnas möjligheter att styra över sina egna arbetsvillkor.

McKinlay och Marceau (2002) utvecklar proletariseringstesens och beskriver hur staten som tidigare bidragit till att upprätthålla läkarkårens maktposition, genom att sanktionera deras fria handlingsutrymme, nu gradvis överfört sin lojalitet från professionen till andra intressegrupper i samhället. Från att primärt ha stöttat läkarkårens intressen ägnar sig staten allt mer åt att framhäva finansiella och industriella intressen i hälso- och sjukvården. Fler privata aktörer, såsom försäkringsbolag, aktiebolagsdrivna vårdföretag och frivilligorganisationer tillåts, som en effekt av detta, samsas med läkarkåren om inflytandet och insynen i vården. McKinlay och Marceau argumenterar vidare för att den ökade byråkratiseringen av sjukvården, förutom att ha påverkat läkarnas arbetsförhållanden också inverkar negativt på deras kliniska autonomi, dvs. att ensam kunna styra det medicinska händelseförloppet i mötet med patienten. Nya kontrollmekanismer där läkarnas prestation, likt andra löntagare på arbetsmarknaden, mäts utifrån antalet patientbesök, behandlingar, remitteringar till andra vårdgivare osv. begränsar utrymmet för att fritt besluta om patientens behandlingsplan.

Dessa antaganden har sin grund i en amerikansk kontext, men delar av resonemanget kan också sägas stämma överens med den utveckling vi ser i Sverige. Svensk sjukvård är exempelvis föremål för en allt mer utpräglad kunskaps- och marknadsstyrning där läkarnas autonomi och handlingsutrymme påverkas av olika former av "öppna jämförelser", nationella riktlinjer för behandling, och prestationsbaserade ersättningssystem (se exempelvis Levay & Waks 2006).

Den andra inriktningen ifrågasätter läkarnas status och kliniska autonomi och har kommit att kallas *de-professionaliseringstesen*. Den innebär att den medicinska professionen gradvis har förlorat

det förtroende man åtnjuter hos allmänheten. Framför allt sociologerna Marie Haug och Bebe Lavin har drivit denna tes i en rad arbeten (Haug 1973, 1988; Haug & Lavin 1979, 1981, 1983). Enligt Haug kan de-professionalisering förstås som (1973):

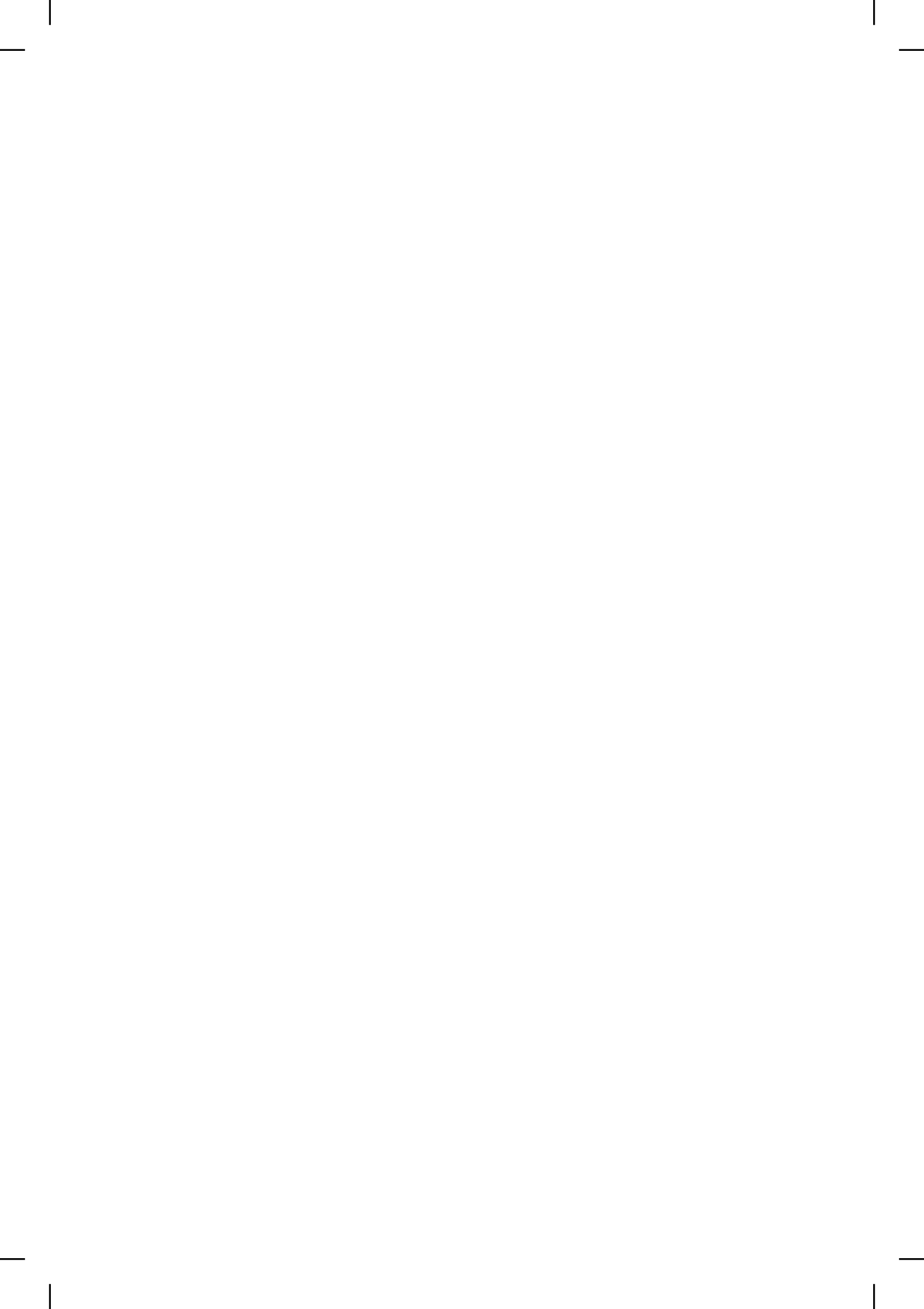
“[...] a loss to professional occupations of their unique qualities, particularly their monopoly over knowledge, public belief in their services ethos and expectations of work autonomy and authority over clients.”

Läkarna har, argumenterar Haug och Lavin (1979), inte längre monopol på medicinsk kunskap. Utbildningsnivån har ökat inom befolkningen, vilket har lett till att den medicinska kunskapen inte längre är ”mystifierad” utan mer tillgänglig för allmänheten. Den allmänt höjda utbildningsnivån har bidragit till att patienterna blivit mer benägna att utmana och ifrågasätta läkarkårens råd och rekommendationer. I sina studier visar forskarna hur patienter, speciellt de yngre och välutbildade, utmanar läkarnas auktoritet (ibid). Den höjda utbildningsnivån bland befolkningen har gjort att patienter i större utsträckning valt att stödja sig mot alternativa informationskällor för att inhämta kunskaper och råd om den egna hälsan. Resultatet av detta, menar Haug och Lavin, är att patienterna inte längre är lika villiga att ge oinskränkt makt till läkarna. Tvärt emot efterfrågar de större inflytande över och självbestämmande i vården, vilket gjort att läkarnas auktoritet försvagats. Denna process bidrar även till att minska patienternas tillit och respekt för läkarkåren – det som tidigare varit dess främsta tillgång. Haug argumenterar för att den ökade utbildningsgraden och starkare patientrörelser sammantaget har lett till att kunskapsgapet mellan läkare och patient minskat och att patienten i viss mån frigjort sig från en beroendeställning där läkarens råd och stöd varit oundgängligt. Detta, menar Haug, ska förstås som att läkarnas makt har reducerats gentemot patienten, dvs. läkarkåren har ”de-professionaliserats”. Denna diskussion initierades så tidigt som på slutet av 1970-talet. Sannolikt är att denna trend har förstärks under de senaste decennierna genom att mycket medicinsk kunskap numera finns tillgänglig för patienter genom Internet.

En ytterligare förklaring till läkarkårens försvagade makt-position kan, enligt Haug, sökas i den medicinska professionens inbördes relationer och relationen till andra yrkesgrupper. Haug

anser att specialiseringen av den medicinska verksamheten gjort att läkarkåren försvagats. Sub-specialiseringen har medfört att enskilda läkares kunskaper blivit allt smalare och detta har lett till att de blivit mer beroende av varandra för råd. Utvecklingen av nya paramedicinska yrkesgrupper, såsom laboratorieteknisk personal, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, har också bidragit till detta och gjort att läkarnas fria handlingsutrymme gradvis minskat (Haug 1973). Slutsatsen som kan dras utifrån Haug och Lavins resonemang är att läkarna både som individer och som grupp har försvagats gentemot patienter och andra yrkesgrupper i vården. Läkarkåren har förlorat sitt monopol på medicinsk kunskap och förvandlats till en informationskälla bland andra.

Sammanfattningsvis visar litteraturen om den medicinska professionen att den traditionellt sett besuttit en stark ställning med ett stort mått av autonomi. Senare forskning (se exempelvis McKinlay & Marceau 2002) har emellertid hävdats att läkarnas autonomi alltmer kommit att inskränkas, bl.a. genom en mer medveten politisk styrning, ett starkare fokus på marknadsstyrning och en maktförskjutning till annan vårdpersonal samt starkare och mer krävande patienter. Vårdgarantin är på många sätt ett exempel på att patientens ställning förstärkts. Staten försöker genom reformen styra upp den enskilde patientens rätt till vård i tid. Detta kan av vissa läkare uppfattas som en inskränkning av deras medicinska kompetens att själva bedöma när en patient ska behandlas. Reformen kan också innebära att tid måste tas från andra viktiga arbetsuppgifter, eftersom läkarnas informationsplikt till patienterna ökar p.g.a. garantin. Resonemanget ovan ligger till grund för förutsättningen "vill" som handlar om läkarnas faktiska vilja att verka i enlighet med den politiska styrningen. Det finns skäl att tro att läkarna kan vara mindre villiga att tillämpa reformen eftersom den i praktiken riskerar att inverka negativt på deras arbetsförhållanden och kliniska handlingsutrymme. Förutsättningen "vill" utvecklas mer ingående i avsnitt 6.3.



## 5 Vad säger tidigare studier om läkarnas roll i styrningen av vården?

I detta avsnitt ges en samlad bild av tidigare empiriska studier som belyst hur både enskilda läkare och läkarkåren som kollektiv (exempelvis via fackföreningar) agerat i samband med implementeringen av olika sjukvårdsreformer i Sverige. Särskild vikt läggs vid att belysa hur läkarna hittills reagerat på reformer som riskerar att inkräkta på deras arbetsförhållanden och medicinska autonomi, samt i vilken utsträckning de haft möjlighet att påverka utfallet av den politiska styrningen.

Läkarkårens avancerade medicinska kompetens ger dem i många avseenden ett fritt handlingsutrymme i arbetet samt stora möjligheter att påverka och styra den egna verksamheten. Trots detta tyder flera studier på att den svenska läkarkåren som kollektiv fått en försvagad maktställning gentemot staten under 1900-talets andra hälft (Jespersen & Wrede 2009). Ett tidigt exempel på en konflikt mellan den medicinska professionen och staten var införandet av sjukronorsreformen på 1970-talet. Reformen togs fram på initiativ av den socialdemokratiska regeringen, som vid tidpunkten hade ensam majoritet i riksdagen, och innebar en reglering av arbetstid och fast månadslön för landets läkare. En fast avgift om sju kronor infördes för öppenvårdsbesök och läkare förlorade rättigheten att ta ut privat ersättning. Med införandet av reformen blev distrikts- och sjukhusläkare för första gången fast anställda tjänstemän med tydliga och reglerade anställningsförhållanden (Qvarsell 2007). En studie av Carder och Klingeberg (1980) visar hur läkarprofessionen kraftigt motsatte sig sjukronorsreformen vid dess införande. Bland annat protesterade upprörda skribenter i *Läkartidningen* mot vad de upplevde som ett förstatligande av svensk sjukvård. Protesterna fick dock ingen

genklang, vilket till stor del förklarades av att Läkarförbundet agerat tämligen passivt i processen. Carder och Klingeberg menade att förbundets intagna position var medveten eftersom man i grunden välkomnade reformen. Vid tidpunkten fanns det interna motsättningar inom läkarkåren som framför allt tog sig uttryck i att den yngre generationen läkare missgynnades av det gamla avlöningssystemet. Genom att Läkarförbundet agerade passivt uppehöll man goda relationer med staten samtidigt som man kunde undvika att göra de interna motsättningarna explicita. Resultatet blev dock att reformen röstades igenom av riksdagen och att läkarkårens autonomi därmed inskränktes märkbart.

En studie av Ellen Immergut (1992) ger ytterligare stöd för bilden av en försvagad läkarkår genom att visa på dess begränsade utrymme att påverka utformningen av den allmänna sjukförsäkringen. I studien görs en jämförelse mellan de medicinska professionernas möjligheter att påverka reformprocessen i tre länder: Sverige, Frankrike och Schweiz. Immerguts slutsats är att varje lands politiska struktur skapade olika möjligheter för läkarorganisationerna att blockera reformens genomförande och utformning. Resultaten visade också att den svenska läkarkåren i jämförelse med de andra ländernas organisationer hade mindre möjligheter att påverka utformningen av reformen. Som en förklaring till detta lyfter Immergut fram i huvudsak två aspekter. För det första innebar Socialdemokraternas dominerande position i riksdagen att de i praktiken hade monopol på den lagstiftande makten och därmed kunde driva igenom reformen med full kraft. För det andra bidrog ett formaliserat utredningssystem och remissförfarande till att läkarkårens åsikter kom att vägas mot andra intressegruppers ställningstagande på ett sätt som inte hade någon motsvarighet i de andra länderna.

Sammantaget framträder en bild av en läkarkår med begränsat politiskt inflytande på reformprocessen. Garpenby visar i sin avhandling från 1989 att det svenska läkarkollektivet i jämförelse med läkarprofessionerna i flera andra länder på kontinenten har varit tvunget att inta ett mer diplomatiskt och samarbetsinriktat förhållningssätt till staten för att nå inflytande över politiska beslut och delta i politiska beslutsprocesser. Detta har dock inte varit någon garant för ett reellt inflytande på reformprocessen. Garpenby menar att läkarkollektivet snarare tvingats att gå med på beslut som inte direkt gynnat deras intressen och pekar på att deras

”kollektiva autonomi” därigenom har minskat i Sverige under efterkrigstiden.

Enligt Jespersen och Wrede (2009) har det under de senaste decennierna pågått ett aktivt påverkansarbete från statligt håll i syfte att omorganisera den svenska hälso- och sjukvården, vilket också fått konsekvenser för läkarnas roll i vården. Statens omorganisering av vården är enligt Jespersen och Wrede en del av ett större paradigmskifte inom styrningen av offentlig sektor som kommit att kallas för *New Public Management* (NPM). NPM-rörelsen formerades redan i början av 1990-talet och syftade i korthet till att introducera fler inslag av marknadsstyrning i offentlig sektor för att på så vis nå kostnadseffektiviseringar utan att samtidigt behöva göra avkall på kvaliteten i verksamheterna. Exempel på marknadsstyrning i hälso- och sjukvården är bl.a. en ökad decentralisering, intraprenader, beställar-utförarmodeller och s.k. kundvals- eller valfrihetssystem.

Forskningen har visat att den allt mer utbredda marknadsstyrningen av vården har gett läkare nya möjligheter att öppna egna kliniker och att mer självständigt organisera sin verksamhet. Men marknadsstyrningen har också lett till en utökad reglering av förhållandet mellan läkare och patient. Valfrihetsreformerna som ger patienten rätt att fritt välja vårdgivare och läkare är inte minst ett exempel på detta. Grundidén är att patienterna genom sina val ska styra resurserna till den eller de vårdgivare som kan erbjuda bäst vård. På så vis uppstår ett konkurrensförhållande mellan olika aktörer på vårdmarknaden, vilket förväntas leda till en ökad effektivitet och kvalitet på tjänsterna. Reformerna förväntas även leda till att patienternas ställning i vården stärks genom att de nu kan välja bort den vårdgivare eller läkare, vars medicinska behandling eller bemötande de inte är nöjda med (Bejerot & Hasselbladh 2003, Jespersen & Wrede 2009). För läkarnas del kan det innebära att de måste överväga att tillmötesgå patienternas krav för att få fortsatt förtroende, alternativt acceptera att bli bortvalda till förmån för andra kollegor. Att bli bortvald av patienter, och i förlängningen kanske vara tvungen att lägga ned den egna verksamheten, kan naturligtvis upplevas som en inskränkning av den medicinska autonomin.

Vissa forskare menar att ett exempel på den allt tydligare styrningen av den medicinska professionen är införandet av nationella riktlinjer med fokus på evidensbaserad vård som minskar

möjligheterna för enskilda läkare att agera utifrån egna medicinska bedömningar och prioriteringar (Bejerot & Hasselbladh 2003, Jespersen & Wrede 2009). Kuhlmann och Burau (2009) visar dock i en ny studie att läkarnas autonomi i praktiken inte minskat vid införandet av nationella riktlinjer och evidensbaserad vård. Det är fortfarande läkarkåren som är med och utformar riktlinjerna men även tillämpningen av dessa. Forskarnas huvudpoäng är att de delar av hälso- och sjukvårdens nya styrmedel som kan tyckas inskränka den enskilde läkarens kliniska autonomi inte nödvändigtvis flyttar makt från den medicinska professionen (Kuhlmann & Burau 2009).

Ett fåtal studier har berört hur *enskilda* läkare uppfattar organisationsförändringar i vården och hur de agerar i samband med implementeringen av olika reformer. Brorström och Nilsson (2008) studerar, genom en intervjuundersökning vid tre olika tillfällen med läkare i Västra Götalandsregionen, hur den medicinska professionen påverkas av nya organisationer och "managementmodeller". I studien tillfrågas ett antal läkare om hur deras ideala sjukvårdsorganisation ser ut och om de upplever att deras idealbild har förändrats över tid. Resultaten av intervjuerna visar att läkarna på det stora hela har en gemensam idealmodell för hur vården bör organiseras. Den bygger på uppfattningen att vården ska vara tillgänglig för så många människor som möjligt och att detta kan uppnås genom småskaliga enheter över vilka läkarna bestämmer och där det finns utrymme för gränsöverskridande samarbeten mellan olika medicinska kompetenser.

Studien visar vidare att läkarnas uppfattningar om den ideala vårdorganisationen är nästintill institutionaliserad, dvs. under de tre tillfällen som intervjuerna genomfördes med samma respondenter skedde inga markanta förändringar i idealbilden. Detta trots att vården i Västra Götaland under samma tidsperiod genomgick ett antal stora omorganisationer. Brorström och Nilsson drar slutsatsen att även om de omfattande organisationsförändringarna i regionens hälso- och sjukvård inte alltid gick i linje med vad de intervjuade läkarna ansåg vara en idealisk organisationsmodell, hade de trots allt medfört att läkarna börjat uppfatta organisationsfrågorna som betydelsefulla för deras dagliga arbete och skapat en medvetenhet om att organisatoriska förändringar behövs för att skapa en optimal vårdapparat kring patienterna (Brorström & Nilsson 2008).

I avhandlingen "Från beslut till verklighet – läkarens roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården"

(Winblad Spångberg 2003) studeras hur enskilda läkare inom primär- och specialistvård i Stockholms läns landsting agerat vid implementeringen av olika valfrihetsreformer i vården. Resultaten visade att de tillfrågade läkarna överlag ansåg att det är bra med valmöjligheter för patienten. Därtill verkade flertalet av läkarna anse att patienten behöver hjälp med information och vägledning för att bättre kunna utnyttja de aktuella valmöjligheterna. Trots detta var det endast ett fåtal av läkarna som uppgav att de aktivt gav patienterna denna information. Merparten av läkarna informerade endast om patientens valmöjligheter i de fall patienten själv väckt frågan och uppgav därtill att detta skedde relativt sällan. Winblad Spångberg (2003) menar att även om läkarna säger sig vara positiva till ökad valfrihet för patienterna behöver inte det innebära att de i praktiken inlemmar det nya tankesätt som valfriheten förutsätter i sitt dagliga arbete. En viktig slutsats i avhandlingen är därför att politiskt beslutade reformer endast kan realiseras fullt ut i vården om och när de enskilda läkarna förstår vad som krävs av just dem vid implementeringen. I denna utveckling, argumenterar Winblad Spångberg, spelar både staten och landstingen en aktiv roll eftersom de bör ta särskilt ansvar för att sprida information och kunskap om vad valfrihet i vården kräver i form av ett förändrat arbetssätt från personalens sida.

Sammanfattningsvis visar litteraturgenomgången att det finns en rad studier som beskriver statens styrning av den svenska läkarkåren som ett kollektiv. Däremot saknas i stort studier som undersöker enskilda läkares attityder till reformer och roll i styrningskedjan. Denna rapport kan därför utgöra ett bidrag till det aktuella kunskapsläget om hur enskilda läkare påverkar och påverkas av politisk styrning.



## 6 Tre centrala förutsättningar för läkarnas möjligheter att implementera vårdgarantin

I följande avsnitt kommer vi att ta de tidigare presenterade teoretiska forskningsdiskurserna som utgångspunkt för att utveckla de tre förutsättningarna "kan", "förstår" och "vill" som vi menar bör vara uppfyllda för att läkarna ska kunna uppfylla vårdgarantin och hjälpa patienterna att nyttja garantin, exempelvis genom att informera om rättigheten i sig eller om gällande väntetider. "Kan" handlar om att de organisatoriska förutsättningarna måste vara gynnsamma i landstinget/kliniken för att läkaren ska kunna implementera reformen, dvs. hjälpa patienten att nyttja vårdgarantin. "Förstår" handlar om att läkaren bör känna till regelverket samt sin egen roll i detta för att kunna hjälpa patienterna att nyttja garantin. Slutligen handlar "vill" om att reformerna inte bör inkräkta på läkarens arbetsvillkor och kliniska autonomi. Gör den inte det är det mer sannolikt att den enskilde läkaren känner sig motiverad att implementera garantin.

### 6.1 **Kan läkarna arbeta i enlighet med vårdgarantins intentioner?**

Vissa teoretiker, inom implementeringsforskningen, har uppmärksammat att de undersökta aktörerna inte verkar i ett vakuum utan att den struktur inom vilken de är verksamma främjar eller hämmar aktörernas beteende. Den första viktiga förutsättningen handlar därför om att vårdens organisation måste tillhandhålla adekvata resurser och vara utformad på ett sådant sätt att den möjliggör för läkaren att informera patienter om vårdgarantin, remittera patienter som valt att åberopa vårdgarantin och

effektivisera vårdprocesserna i enlighet med vårdgarantins intentioner. En viktig faktor för ett lyckat implementeringsutfall är enligt detta synsätt en politisk styrning som avsätter tillräckliga resurser för att aktörerna längst ut i styrningskedjan ska kunna förverkliga reformen. Vidare är det viktigt att implementeringsprocessen struktureras på ett sätt som gör att omgivningen längre ned i styrningskedjan, exempelvis landstinget eller sjukhusledningen, inte hindrar tillämparna från att genomföra det politiska beslutet.

En tänkbar förklaring till varför läkarna i högre eller lägre grad är involverade i vårdgarantiarbetet kan handla om att den organisatoriska nivån på olika sätt antingen hindrar eller främjar läkarnas förmåga att implementera reformen. Tidigare i rapporten redogjorde vi för Lipskys syn på implementering. Han visade i sin studie hur gräsrotsbyråkraterna, bl.a. läkare, i praktiken är den grupp som avgör utfallet av den offentliga politiken genom att de aktivt kan motverka att de politiska intentionerna realiserar. Vi kritiserade detta antagande och menade att läkarna, i högre grad än vad Lipsky framhåller, är beroende och formade av övergripande organisatoriska strukturer. Särskilt landstingets politiska styrning och organisation skapar förutsättningar för läkarnas handlande och påverkar i vilken grad de faktiskt kan vidta åtgärder för att uppnå reformintentionerna. Exempelvis kan landstinget hindra läkarna från att remittera vårdgarantipatienter till annat landsting (eftersom detta är kostsamt) eller underlåta att ge tillräcklig information kring vårdgarantins regelverk. Andra organisatoriska begränsningar kan handla om att landstingen inte tillför tillräckligt med resurser (t.ex. pengar, utrustning, operationslokaler eller arbetstid) för att öka tillgängligheten i vården. Viktigt att påpeka i sammanhanget är att landstinget inte bara producerar vård utan också agerar som beställare på en vårdmarknad. Ett organisatoriskt hinder för att kunna uppfylla vårdgarantin skulle därmed kunna vara att landstinget i beställarrollen infört vissa restriktioner för hur mycket vård, exempelvis med avseende på antalet operationer, som kan utföras.

I vår rapport är därför en del fråga följande:

Är de organisatoriska förutsättningarna i landstinget tillräckligt goda för att läkarna ska kunna implementera reformen och kunna hjälpa patienterna att utnyttja vårdgarantin, exempelvis med avseende på ekonomiska resurser, tydlig förmedling av

regelverket och positiva incitament för att remittera vårdgarantipatienter?

## 6.2 Förstår läkarna vårdgarantins intentioner?

En lika viktig förutsättning som de organisatoriska faktorerna utgör läkarens egen förståelse av reformens intentioner och faktiska regelverk. Enligt implementeringsteorin är en viktig förutsättning för en lyckad implementering att dess målsättningar är entydiga och klara så att det inte föreligger någon osäkerhet kring tillämpningen hos reformens verkställare. I vårt fall är det rimligt att anta att läkarnas *förståelse* av vårdgarantireformens intentioner och regelverk spelar stor roll för deras benägenhet att implementera reformintentionerna, dvs. hjälpa patienterna att nyttja garantin och att i övrigt verka för en bättre tillgänglighet. Med förståelse menar vi här ”känna till och förstå innebörden av”.

Vid en första anblick kan vårdgarantins regelverk tyckas vara enkelt. De flesta vet om vilka tidsgränser som gäller (0-7-90-90) och att patienterna kan välja vård hos annan vårdgivare om tidsgränserna vid den egna kliniken har överskridits. Tittar man närmare på vårdgarantins konstruktion, vid tidpunkten för studiens genomförande, finns det dock en rad undantag från tidsgränserna. Bl.a. ingår inte undersökningsmetoder såsom laboratorieprover och röntgen i de utfästa tidsgränserna, något som kan innebära att regelverket uppfattas som otydligt av läkaren. Dessutom har olika landsting olika praxis för vem som ska lotsa patienterna till annan vårdgivare och olika typer av ersättningssystem för detta. Det behöver t.ex. inte vara självklart att läkaren har kunskap om vem som betalar för patientens vård hos annan vårdgivare och övriga utgifter. Detta genererar därför vår andra delfråga:

Har läkarna tillräckligt god kunskap om vårdgarantins regelverk för att kunna förmedla information om garantin till patienterna och i övrigt verka för dess genomförande?

### 6.3 Vill läkarna implementera vårdgarantin i enlighet med beslutsfattarnas intentioner?

En tredje central förutsättning för att läkarna ska verka enligt reformens intentioner är att själva målsättningarna och metoderna för att uppnå dessa stämmer överrens med verkställarnas professionella uppfattning om hur verksamheten ska bedrivas. Vårdgarantin kan innebära en rad konkreta förändringar i hur läkarkåren måste bedriva sitt arbete för att reformen ska uppfyllas.

För det första: Vårdgarantin ställer krav på vårdgivarna att minska köerna och effektivisera vårdprocesserna. Det är emellertid inte självklart att läkarna, till skillnad från de politiska beslutsfattarna, uppfattar köerna som ett primärt problem för vårdens kvalitet. Studier har bl.a. visat att väntelistorna ibland använts som ett slags prioriteringsinstrument av läkarna där patienter satts på kö i förebyggande syfte. Tanken är att patienterna, genom att stå på väntelista, med tiden ska få rätt "allvarlighetsgrad" och därigenom hamna först i kön. Det har traditionellt varit läkarnas privilegium att bestämma när en patient bör opereras. Läkarnas kliniska autonomi, dvs. fatta beslut om när patienten behöver vård, kan därför av läkarna upplevas som inskränkt eftersom vårdgarantin stipulerar exakt inom vilken tidsgräns som patienten ska behandlas. Aldrig tidigare har läkarkårens handlingsfrihet på ett så tydligt sätt reglerats av staten. Vi vill således hävda att vårdgarantin kan skapa en konflikt mellan vad läkaren anser vara det rätta för patientens behandling och vad de politiska bestämmelserna stipulerar kring läkarens roll – något som i sin tur kan påverka läkarens vilja att genomföra reformen.

För det andra: Vårdgarantin kan påverka läkarnas möjligheter att i stor grad fritt bestämma över sina arbetsförhållanden. Det finns skäl att tro att de nya krav som ställs på läkarrollen som en följd av vårdgarantireformen kan innebära mer tidskrävande arbetsuppgifter för läkarna, exempelvis ökade krav på information om vårdgarantin och väntetider och ännu mer serviceinriktat arbete.

Sammanfattningsvis kan vårdgarantin, utifrån de resonemang som förs i den teoretiska diskursen kring läkarprofessionen och dess yrkesroll, uppfattas som en inskränkning av både den medicinska professionens kliniska autonomi och arbetsförhållanden, dvs. deras stora handlingsfrihet att utforma både patientens behandlingsplan och sin egen arbetssituation.

Detta resonemang leder över till delfråga tre:

I vilken utsträckning uppger läkarna att deras arbetssätt och kliniska autonomi inskränks genom vårdgarantin?

I följande avsnitt kommer de ovan presenterade frågeställningarna att undersökas med hjälp av resultaten från enkätundersökningen. En analys görs också av om någon av de tre förutsättningarna "kan", "förstår", "vill" kan tänkas påverka läkarnas inställning till och agerande vid implementeringen av vårdgarantireformen.



## 7 Metod och material

Det finns inga heltäckande, vetenskapliga studier som undersökt läkarnas roll i styrningen av den nuvarande vårdgarantin och vi vet därför lite om hur läkarna ser på vårdgarantin och hur de agerar i samband med implementeringen av reformen. I detta avsnitt kommer vi därför, med hjälp av en enkät, att ta reda på vad läkarna anser om vårdgarantin och hur de förhåller sig till den politiska styrningen i samband med implementeringen av garantin.

### 7.1 Enkätens utformning

För att besvara rapportens frågeställningar skickades en enkät ut till samtliga ortopedier i landet som uppfyllde ett antal urvalskriterier (se 7.2 om urval och svarsfrekvens). Enkäten som består av 24 frågor, i de flesta fall med delfrågor, är uppdelad i sex delområden: bakgrundsfrågor, läkarens roll i vårdgarantiarbetet, förutsättningar för att uppfylla vårdgarantin, garantins effekter på arbetet, effekter på väntetider samt frågor om garantins regelverk.

Frågorna skapades på grundval av den kunskap som framkommit i ett antal nationella uppföljningar och i studier om vårdgarantin och väntetider generellt (Socialstyrelsen 1999, 2008, 2010, Hanning 2006, Hammer 2010). Flera av frågorna i enkäten är dessutom teoretiskt genererade utifrån implementerings- och professionslitteraturen, se vidare det teoretiska avsnittet.

I ideala fall använder forskare enkätinstrument som redan använts och vars validitet och reliabilitet testats. Tyvärr har det inte varit möjligt för oss att använda någon annan enkät eftersom det oss veterligen inte finns någon heltäckande, vetenskaplig studie att utgå ifrån när det gäller vårdgarantins genomförande. Enkätens begreppsvaliditet har dock testats på fem läkare som gav kommentarer på frågornas utformning och innehåll. Enkäten har

även kommenterats av ett antal forskare med vårderfarenhet i samband med ett seminarium på Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet. Granskningen ledde till att flera frågor togs bort och att vissa frågor omformulerades.

Ett möjligt problem med enkätmetodiken är att läkarna inte är uppriktiga när de besvarar frågorna. Sannolikheten att de svarar sanningsenligt borde dock öka eftersom deras svar redovisas anonymt, vilket gör att enskilda läkare inte kan identifieras i undersökningen. Detta borde således uppmuntra de svarande till att ge sanningsenliga svar i enkäten.

## 7.2 Urval och svarsfrekvens

Enkäten skickades ut till samtliga ortopedier i landet som uppfyllde följande urvalskriterier: Läkarna skulle vara specialister inom ortopedi, vara yrkesverksamma och ha regelbunden patientkontakt. Företaget Cegedim AB anlätades för att ur sin databas ta fram adresser till de ortopedier som uppfyllde kriterierna.

En svaghet i urvalet skulle kunna vara avgränsningen till en enda medicinsk specialitet, dvs. ortopedi. Svaren på enkätfrågorna skulle exempelvis kunna ha sett annorlunda ut om andra specialiteter ombetts att delta i studien. Det är tänkbart att andra specialister är mer kritiskt inställda till vårdgarantin än ortopederna, men också vice versa, dvs. att andra specialister är mer positiva till reformen och kanske därmed i större utsträckning villiga att implementera den. Vi vill dock argumentera för att urvalet i enkätundersökningen, i form av enbart ortopedier, är rimligt genom att det utgör ett s.k. "most likely case" (Esaïasson et al 2007). Vårdgarantin kan sägas gynna "väldefinierade, planerade engångsinsatser" framför exempelvis behandlingar av kroniska sjukdomar och fall med mer komplex sjukdomsbild. Inom psykiatri eller geriatriken finns exempelvis inte lika väldefinierade diagnosgrupper vilket ibland gör det svårt att veta när vårdgarantin ska appliceras. Ortopedi utgör således en specialitet som borde påverkas tydligt av vårdgarantin eftersom en övervägande del av verksamheten består av planerad, s.k. elektiv kirurgi. Om vårdgarantin inte fungerar inom ortopedin som borde ha mest gynnsamma förutsättningar är det mindre troligt att reformen implementeras på ett effektivt sätt inom specialiteter med mindre gynnsamma omständigheter i detta avseende. Urvalet kan därmed sägas vara ett "most likely case".

Sammantaget skickades enkäten ut till 985 ortopeder under perioden januari–april 2010. Inom ramen för denna tidsperiod skickades två påminnelser ut. Totalt inkom 566 av de enkäter som skickades ut (57,5%). Av dessa har 45 haft ett giltigt bortfall, exempelvis läkare som har gått i pension eller numera saknar patientnära verksamhet. Den effektiva svarsfrekvensen, dvs. antalet svar efter att giltiga bortfall exkluderats, uppgår därför till 55,4 procent, se tabell 7.1.

**Tabell 7.1 Urval och bortfallsorsaker**

Urval	Antal	Andel (%)
<b>Utskick</b>	985	100%
Inkomna enkäter	566	57,5%
Giltigt bortfall	45	4,6%
<b>Effektivt urval</b>	940	100%
Bearbetade enkäter	522	55,4%
Bortfall	419	44,6%

I jämförelse med andra studier av läkare är svarsfrekvensen tämligen normal. I dagsläget är svarsfrekvenser mellan 50-60 procent ungefär vad man kan förvänta sig när enkäter riktar sig direkt till yrkesverksam vårdpersonal. Eftersom vi inte ser några systematiska skillnader, med avseende på kön och region, mellan svarande respektive icke-svarande, menar vi att den svarande gruppen kan anses utgöra ett tillräckligt tillförlitligt underlag för att kunna dra slutsatser om läkares syn på vårdgarantin och deras möjligheter att påverka reformens utfall.

Det interna bortfallet, dvs. obesvarade frågor i enkäten, är i sammanhanget lågt och vi valde därför att exkludera icke-svar i resultatredovisningen.

### 7.3 Bearbetning av data

För signifikanstest av skillnader på gruppnivå har linjära, multivariata regressionsanalyser utförts. De variabler som huvudsakligen använts för att gruppera svaren är ålder, kön, vilken sjukvårdsregion läkaren arbetar inom samt hur lång yrkeserfarenhet

respektive läkare har. I anslutning till frågorna hade respondenterna möjlighet att kommentera frågorna. Underlaget är så pass omfattande att det bör betraktas som en fördjupning av de resultat som framkommer i enkäten. Dessa svar har analyserats kvalitativt och i möjligaste mån använts för att belysa de kvantitativa svarsmönstren.

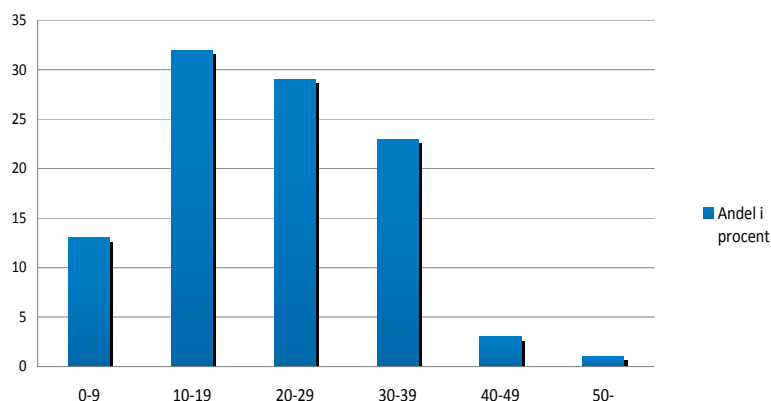
Många av frågorna i enkäten är sjugradiga. För att underlätta tolkningen av resultaten omnämns fortsättningsvis svarsalternativ 1 och 2 som "inte alls eller i låg grad", svarsalternativ 3, 4 och 5 som "i viss grad" och svarsalternativ 6 och 7 som "i hög eller mycket hög grad".

## 7.4 Svarspopulation

Bland de svarande är 89 procent män och 11 procent kvinnor. Detta stämmer väl överens med hur könsfördelningen inom ortopedikåren ser ut i landet i dag (Läkarfakta 2009).

Av de svarande har över 55 procent mer än 20 års yrkeserfarenhet, se diagram 7.1. En tredjedel av de svarande har arbetat mellan 10 och 20 år. De flesta svarande har alltså relativt lång erfarenhet av att arbeta som ortopeder. Att yrkeserfarenheten är lång hänger delvis samman med att ett urvalskriterium var specialistexamen. Eftersom det tar minst 5 år att erhålla en specialistexamen är det en övervikt av svarande med lång yrkeserfarenhet. Att svarspopulationen består av en övervägande del läkare med lång erfarenhet av klinisk verksamhet borde innebära att respondenterna är väl införstådda i hur systemet fungerar, varför deras svar bör tillskrivas stor vikt. Nackdelen med urvalet är att man inte når läkare under specialistutbildning, troligen de yngre läkarna. Huvuddelen av läkarna i studien är offentliganställda sjukhusläkare, endast ett fåtal arbetar på privata mottagningar/sjukhus.

Diagram 7.1 Antal år i yrket



Svaren kom från läkare i samtliga landsting och regioner. För att förenkla den statistiska analysen kategoriserades svaren efter de sex vårdregioner som den svenska sjukvården är indelad i. Det största antalet svar kommer från Södra sjukvårdsregionen, Uppsala-Örebroregionen samt från Stockholm. Fördelningen följer tämligen väl hur fördelningen av ortopeder ser ut i landet. Se Tabell 7.2 för svarsfördelning utifrån sjukvårdsregioner.

Tabell 7.2 Antal svarande utifrån vilken sjukvårdsregion de är verksamma inom (effektiv svarsfrekvens)

Sjukvårdsregion	Frekvens	Procent
Norra regionen	39	7,8
Uppsala-Örebro regionen	103	20,6
Stockholm-Gotland regionen	99	19,8
Västra regionen	86	17,2
Sydöstra regionen	58	11,6
Södra regionen	116	23,2
<b>Totalt</b>	<b>522</b>	<b>100,0</b>

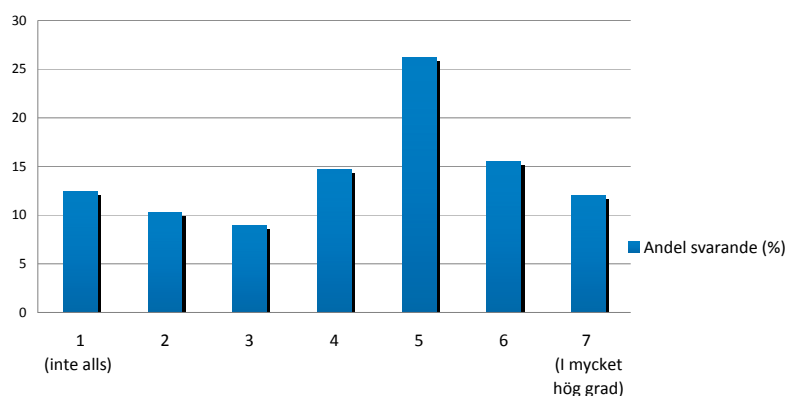


## 8 Hur ser läkarna på vårdgarantin? - studiens resultat

### 8.1 Läkarnas inställning till vårdgarantin

Vad tycker egentligen de tillfrågade ortopederna om vårdgarantin? Är de positivt eller negativt inställda? Detta undersöks på olika sätt i enkäten. Det huvudsakliga syftet med vårdgarantin är att minska väntetiderna. I en fråga undersöks därför om läkarna uppfattar att "vårdgarantin i praktiken medfört minskade väntetider för patienterna?"

Spridningen i svaren är stora på frågan om vårdgarantin medfört minskade väntetider och det tycks inte råda konsensus bland läkarna om effekterna i detta avseende är stora eller små. Knappt 28 procent menar att reformen i "hög eller mycket hög" grad inneburit förbättringar för patienterna i detta avseende. Samtidigt anser drygt 22 procent att vårdgarantin "inte alls eller i låg grad" lett till kortare väntetider. De flesta av läkarna lägger sig emellertid någonstans i mitten av skalan och ungefär 50 procent menar att vårdgarantin medfört vissa förbättringar avseende väntetiderna för patienterna, se diagram 8.1.

**Diagram 8.1** Andel av ortopederna som anser att vårdgarantin i praktiken har medfört minskade väntetider

Frågan har genererat många kommentarer från respondenterna, särskilt från dem som menar att vårdgarantin inte lett till kortare väntetider.

Den vanligaste kommentaren bland de läkare som anser att vårdgarantin inte lett till kortare väntetider är att fel grupper prioriteras och att detta i sig leder till längre väntetider för andra grupper. Man menar exempelvis att yngre, aktiva, lindrigt sjuka tränger sig före i vårdkön vilket innebär att andra grupper undanträngs. Det rör sig alltså om en felprioritering. En läkare skriver så här:

”Tyvärr innebär nuvarande system att det är viktigast att alla patienter skall opereras inom 90 dagar snarare än de som verkligen behöver det. En patient med hallux valgus [snedställd stortå *förf anm.*] sedan 10 år tycker oftast själv att det är ok att vänta längre tid och har förståelse att de har en banal åkomma men eftersom de har rätt att kräva [operation] inom 90 dagar finns det enstaka som vill hävda sin rätt, då på bekostnad av mer behovande” [474]. En annan läkare ger uttryck för ett liknande resonemang på följande sätt: ”De gamla och ’sjukaste’ får vänta längre, de yngre och ’friskare’ får vänta kortare tid” [599].

Andra läkare lyfter fram att vårdgarantin lett till längre vårdtider p.g.a. ökad administration. En läkare skriver bl.a.: ”På grund av mycket pappersarbete och administrativ tid p.g.a. vårdgarantin tas tid från patienttid vilket kan innebära ökade väntetider för

patienterna" [763]. Eller: "marginell effekt till ofantligt mycket merarbete; ineffektivt" [289].

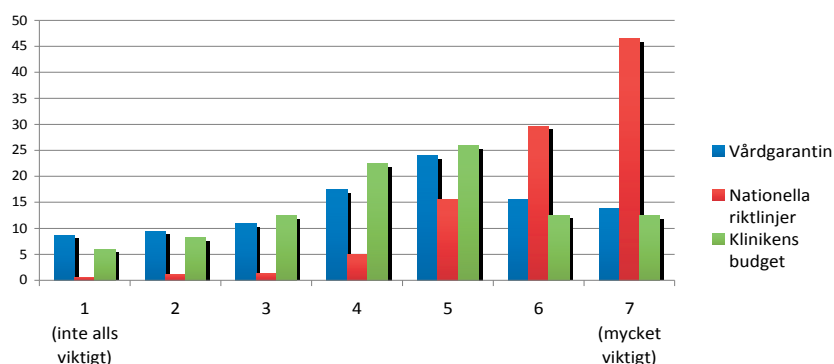
De som, å andra sidan, tycker att vårdgarantin inneburit kortare väntetider menar att reformen sätter fokus på tillgänglighetsarbetet och att den inneburit att "organisationen tvingats ta itu med väntetider" [555], och att garantin satt press på organisationen. En annan läkare betonar att reformen medfört ökat fokus på *patientens* väntande: "Före vårdgarantin struntade kliniken i hur länge patienterna väntade; vad som helst var viktigare i organisationen" [235].

Vi ser vissa systematiska skillnader i svaren på denna fråga beroende på vilken vårdregion läkarna tillhör. I Sydöstra-, Västra- och framför allt i den Norra regionen menar ortopederna i en högre grad att vårdgarantin lett till minskade väntetider för patienterna.<sup>1</sup> Detta kan ställas i kontrast till den Södra regionen där respondenterna i mindre utsträckning anser att vårdgarantin lett till minskade väntetider.<sup>2</sup> Däremot finns det ingen systematisk skillnad beroende på kön eller hur lång yrkeserfarenhet ortopederna har.

För att få en ytterligare värdering av hur ortopederna ser på vårdgarantin ombads dessa att värdera vårdgarantireformen i relation till andra jämförbara reformer. En fråga om hur viktigt det är att vårdgarantin efterlevs ställdes tillsammans med frågan hur viktigt det är att hålla klinikens budget respektive att följa de nationella (medicinska) riktlinjerna. De nationella riktlinjerna reglerar hur läkare ska utreda, behandla och följa upp patienter i varje enskilt patientmöte och finns utformade för vissa diagnosgrupper.

<sup>1</sup>  $p < 0,05$ .

<sup>2</sup>  $p < 0,05$ .

**Diagram 8.2** Andel av ortopederna som anser att det är viktigt att följande styrsystem efterlevs (%)

Det finns en stor spridning i läkargruppen i synen på vikten av att vårdgarantin efterlevs. Knappt en tredjedel av läkarna anser den vara ”viktig eller mycket viktig” att följa medan ca 18 procent ”inte alls eller i låg grad” anser det. Mer än hälften av respondenterna ligger i mittenregionen av skalan och tycker att det är ganska viktigt att vårdgarantin efterlevs. Sammantaget tycks det inte heller här, precis som på frågan om vårdgarantin lett till kortare väntetider, råda konsensus bland ortopederna kring huruvida det är viktigt att följa vårdgarantin eller inte.

Det finns dock ett tydligt mönster rörande vilka ortopeder som tycker att vårdgarantin är viktig – ju längre erfarenhet man har av ortopedyrket, desto viktigare anser man det vara att vårdgarantin efterlevs.<sup>3</sup> Däremot har varken kön eller vilken vårdregion man tillhör någon signifikant effekt på hur ortopederna svarat på denna fråga.

Anmärkningsvärt är hur viktigt ortopederna anser det vara att följa de (medicinska) riktlinjerna i jämförelse med att följa vårdgarantin respektive att hålla klinikens budget. Att de medicinska prioriteringarna anses viktigare att följa än rent administrativa reformer visas av ett citat: ”[Jag] följer Hippokrates [dvs. läkareden *förf.anm.*] – aktuell budget dubiös” [312].

En annan iakttagelse är hur uppfattningarna kring vårdgarantin liknar läkarnas uppfattning om budgeten, se diagram 8.2. En tolkning är att läkarna anser att vårdgarantins betydelse är nära sammankopplad med klinikens budget. Exempelvis kommenterar

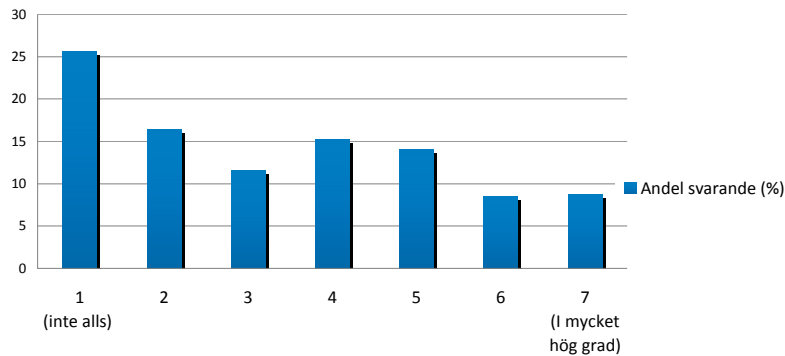
<sup>3</sup>  $p < 0,01$ .

en av läkarna: "Landsting (och ytterst staten) skall ge kliniker förutsättning, bland annat genom budgeten, att vårdgarantin kan efterlevas" [53].

## 8.2 Läkarens roll för att uppfylla vårdgarantin

Att vissa av läkarna på frågorna ovan uttryckt en positiv inställning till vårdgarantin, i termer av att den i praktiken kortat väntetiderna eller att det är viktigt att den efterlevs, behöver inte betyda att de själva är involverade i vårdgarantins praktiska genomförande. Läkarna kan på ett teoretiskt plan vara positiva till vårdgarantins principer, men samtidigt, i praktiken, betrakta garantin som något som exempelvis andra personalgrupper får sköta. Med anledning av detta ställde vi i enkäten några frågor som berörde huruvida läkarna ansåg att de hade ett ansvar för att uppfylla vårdgarantin.

På den direkta frågan "Har du som läkare ett ansvar för att vårdgarantin uppfylls?" anser huvuddelen av de tillfrågade att de inte har något direkt ansvar för detta, se diagram 8.3. Hela 42 procent anser att de "inte alls eller i mycket låg grad" har ett ansvar för att vårdgarantin uppfylls. Drygt 17 procent menar att man som läkare "i hög eller mycket hög grad" har ett ansvar för att vårdgarantin uppfylls. Cirka 40 procent av svaren är fördelade på de mittersta svarsalternativen. I likhet med de tidigare frågorna tycks det alltså finnas en stor variation inom ortopedkåren kring hur man ser på det egna ansvaret för att uppfylla vårdgarantin. En majoritet av läkarna har dock angett att de egentligen inte anser att de har ett har något sådant ansvar för att uppfylla vårdgarantin.

**Diagram 8.3** Andel av ortopederna som anser att de som läkare har ett ansvar för att vårdgarantin uppfylls

Eftersom frågan om läkarnas ansvar för att uppfylla vårdgarantin genererade många kommentarer till enkätsvaren kräver den en mer ingående svarsanalys.

#### *Andra faktorer avgör vårdgarantin – över dessa råar inte jag*

En stor andel av kommentarerna kommer från ortopedier som anser att faktorer utanför deras egen kontroll avgör huruvida vårdgarantin lyckas eller inte. I kommentarerna är det egentligen inte vårdgarantin i sig som behandlas utan svaren handlar mer om huruvida de anser att de har kontroll över väntetiderna eller inte. En läkare skriver exempelvis: "Väntetiden avgörs av inflöde av patienter och antal remisser – kan som läkare/kirurg ej påverka behovet/inflödet nämnvärt" [286]. Eller som en annan läkare uttrycker det: "Som enskild läkare är det svårt att påverka kösituation och väntetider. Detta styrs ju ytterst av resurstilldelning och [är] således politiskt [en politisk fråga]. Mitt ansvar är att jobba effektivt + att informera beslutsfattare om olika situationer." [864]. Ytterligare ett exempel på detta lyder: "Detta ansvar åvilar klinikledning och sjukhusledning/landstingsledning eftersom de sätter resurserna" [471].

I vissa av kommentarerna uttrycks en uppgiven ton där man som läkare nästintill verkar känna sig maktlös inför situationen. Exempelvis skriver en läkare apropå ansvaret för vårdgarantins uppfyllande: "Det borde jag ha, men som läkare har man mycket små möjligheter att påverka. Administratörer utan kunskap om

läkarverksamheten har i det offentliga tagit över detta.”[884]. Eller som en annan läkare uttrycker det: ”En enskild läkare kan inte påverka antalet operationer eller operationstidpunkter i nämnvärd grad. Det finns ett stort antal koordinators och ”tyckare” som avgör mer än en kirurg” [235].

Andra är mer tydliga med att ansvaret även *bör* ligga på annan part: ”Ansvaret är en ledningsfråga. Mitt ansvar är medicinsk prioritering” [901].

### *Vårdgarantin som politiskt jippo*

En annan grupp av kommentarer återspeglar att detta är en fråga för politikerna och inget som den enskilde läkaren *kan* eller *bör* lägga sig i. Flera av dessa kommentarer vittnar om låg tilltro till den politiska styrningen av vården. Genomgående ser de på reformen som ett politikerjippo mer än ett medel för att stärka patienternas rättigheter. En läkare uttrycker t.ex. följande: ”Huvudsakligen är den [vårdgarantin] ju ett politiskt slagträ som innebär ett trubbigt arbiträrt gränssättande av vad som ska anses som rimlig väntetid. Jag anser att de som beslutat om vårdgarantin också ska ta ansvar för den!!” [477]. Eller som en annan läkare skriver: ”Mitt ansvar är mot min patient, inte mot politiker. De aktualiserar detta vart fjärde år!” [375].

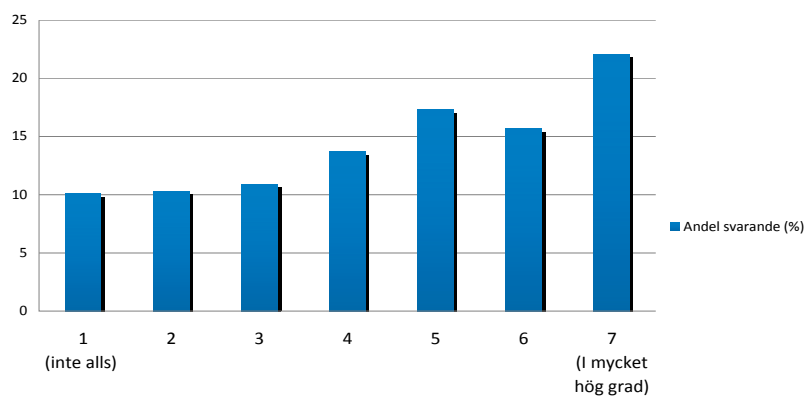
### *Vårdgarantin – läkarens ansvar*

Diagram 8.3 ovan visar att det är en liten grupp läkare som ändå anser att de har ett ansvar för att vårdgarantin uppfylls. En av dessa skriver exempelvis: ”Försöker [att] påverka min arbetssituation så att jag har möjlighet att erbjuda behandling inom tre månader.” [118]. Ett ytterligare citat illustrerar denna inställning: ”Jag är en vital kugge i verksamheten” [219]. Eller: ”Jag ska naturligtvis söka påverka de faktorer jag kan, resursutnyttjande, planering, effektivisering etc. Däremot har jag ju sämre möjligheter påverka de totala resursramarna.” [179].

### 8.3 Läkarnas agerande för att förverkliga vårdgarantins intentioner

Frågan ovan undersökte hur ortopederna, ur ett teoretiskt perspektiv, såg på sin egen roll när det gäller att uppfylla vårdgarantin. Intressant är även att undersöka vad läkarna i praktiken gör för att hjälpa patienterna att nyttja vårdgarantin, dvs. i vilken mån lyckas den politiska styrningen av läkarnas handlande få genomslag i den dagliga verksamheten? I detta avseende är läkarens informationsförmedling kring reformen central. På frågan "Anser Du att det ingår i Din roll som läkare att informera Dina patienter om vårdgarantin?" svarar drygt en femtedel att de "inte alls eller i mycket låg grad" anser det. Drygt 37 procent, å andra sidan, anser att de i "hög eller mycket hög grad" har ett ansvar som läkare att informera patienterna om vårdgarantin, se diagram 8.4. Den största gruppen anser dock att det till viss del borde ingå i deras roll att informera om vårdgarantin. Trots en stor spridning i svaren är det ändå en relativt stor grupp som anser att det ingår i den egna rollen att informera patienterna om vårdgarantin. Flertalet av läkarna verkar alltså instämma i resonemanget i inledningen av rapporten om att läkarna borde ha en roll att spela när det gäller just information till patienterna gällande vårdgarantin.

**Diagram 8.4** Andel av ortopederna som anser att det ingår i deras roll att informera om vårdgarantin



De skriftliga kommentarerna i anslutning till enkätsvaren återspeglar på ett intressant sätt läkarnas åsikter. Ett fåtal kommentarer kommer från läkare som ser det som självklart att informera om vårdgarantin: "ingår i mina åligganden" [471] eller "ingår i god omvårdnad..." [595]. De flesta kommentarerna härrör dock från läkare som menar att detta snarare är en administrativ uppgift som inte har något att göra med själva "vårdandet". Ett exempel på detta är en läkare som skriver: "Jag bör fokusera på medicinska bedömningar och kirurgi" [219]. En annan läkare skriver: "Skulle kunna göras lika bra eller bättre av t.ex. sjuksköterska/koordinator" [576] eller: "Det tar tid från det terapeutiska mötet. Denna administrativa uppgift bör därför inte ligga på läkaren" [884]. En annan grupp av läkare är ännu mer bestämda och menar att information om vårdgarantin absolut inte har något att göra med deras yrkesverksamhet, "Det är egentligen inte mitt ansvar eller problem. Patienterna borde dessutom vara informerade redan" [527].

En annan grupp läkare beskriver att de inte informerar om vårdgarantin regelmässigt utan bara när de tycker att det föreligger ett behov eller när patienten själv efterfrågar informationen. En av läkarna gör exempelvis följande kommentar: "Frågan blir i min situation irrelevant. För kollegor med längre väntetider är det en självklar skyldighet" [53]. Här tycks det alltså som att läkarna endast finner det motiverat att informera patienten om vårdgarantin i situationer då väntetiderna på den egna kliniken är långa eller då patienten själv tar initiativ och efterfrågar information.

Sammanfattningsvis tycks alltså en majoritet av ortopederna anse att det ligger i deras ansvar att informera om vårdgarantin. Här finns dock en del intressanta skillnader mellan olika grupper av läkare. Läkare med längre yrkeserfarenhet anser i mycket högre grad att de har ett ansvar för att informera om vårdgarantin.<sup>4</sup> Även läkare verksamma i Norra regionen samt i Stockholmsregionen tycker i högre utsträckning än övriga landet att de har ett ansvar för att informera patienterna om vårdgarantin.<sup>5</sup> Intressant att notera är att läkarna i dessa regioner också i högre grad än övriga ansåg att vårdgarantin lett till kortare väntetider.

---

<sup>4</sup>  $p < 0,01$ .

<sup>5</sup>  $p < 0,05$ .

*Information om vårdgarantin*

Frågan ovan undersöker läkarnas *generella* inställning till att informera patienterna om vårdgarantin. En ytterligare fråga i enkätundersökningen granskar läkarnas roll mer i detalj och frågar hur läkarna i *praktiken* informerar sina patienter om vårdgarantin. Frågan lyder: "I vilka situationer brukar Du informera Dina patienter om vårdgarantin?" Diagram 8.5 visar att nästan en tredjedel av de svarande läkarna uppger att de i princip alltid informerar patienterna om vårdgarantin. En femtedel anger att de informerar när patienterna efterfrågar detta och en fjärdedel av de svarande anger att de informerar när det finns en risk att vårdgarantin inte kommer att hållas. Enbart tio procent uppger att de aldrig informerar om vårdgarantin.

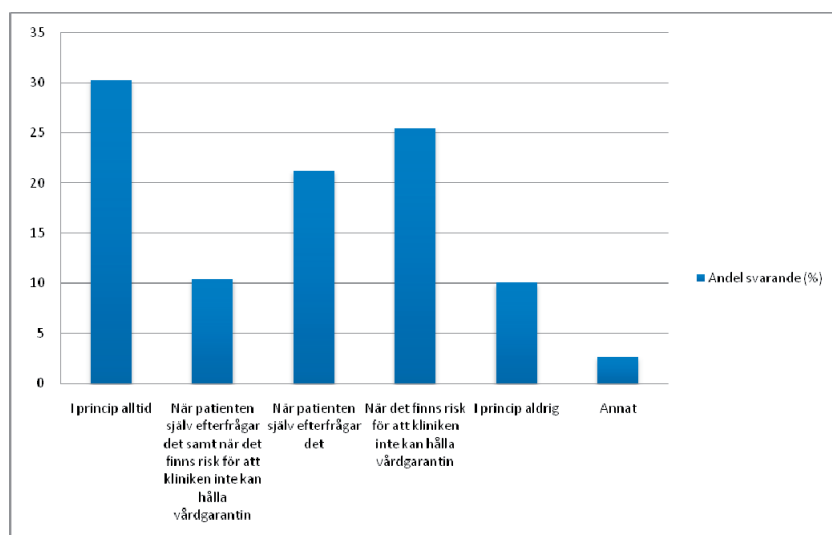
Svaren visar således att det för ca hälften av läkarna inte tycks som om information om vårdgarantin ingår rutinmässigt i deras arbetsuppgifter, utan främst aktiveras när patienterna själva efterfrågar informationen eller när det finns risk att vårdgarantin inte hålls. Samtidigt ska vi hålla i åtanke att svaren ändå visar att ca en tredjedel av läkarna alltid informerar om vårdgarantin. En regressionsanalys visar att läkare med längre yrkeserfarenhet i högre utsträckning informerar om garantin,<sup>6</sup> och att läkare i Stockholms-, Uppsala-Örebro-, och Västra regionen gör det i högre utsträckning än i övriga regioner<sup>7</sup>. Studiens resultat ger tyvärr inget slutgiltigt svar kring varför detta är fallet. Vi ser dock, i svaren på en annan fråga att läkare i Uppsala-Örebro- och Västra regionen i högre grad än i andra landsting uppger att man fått ta del av erbjudande om utbildning och information gällande vårdgarantins regelverk. Detta gäller emellertid inte läkarna i Stockholm.

---

<sup>6</sup>  $p < 0,05$ .

<sup>7</sup>  $p < 0,05$ .

**Diagram 8.5** Andel av ortopederna som anger i vilka situationer de brukar informera sina patienter om vårdgarantin



De flesta kommentarerna på denna fråga kommer från läkare som *inte* informerar om vårdgarantin. Flera av dessa skriver att den egna kliniken håller vårdgarantin och att de därför inte informerar. Exempel på detta är kommentarer i stil med: "Då vi för det mesta klarar vårdgarantin är det inget jag diskuterar med patienten" [411]. Några läkare skriver att de bara tar emot vårdgarantipatienter från andra vårdgivare och att det därmed aldrig blir aktuellt att remittera, vilket också innebär att de inte heller känner sig nödgade att informera. Ytterligare några tar upp att patienterna aldrig efterfrågar denna typ av information.

### *Information om väntetider*

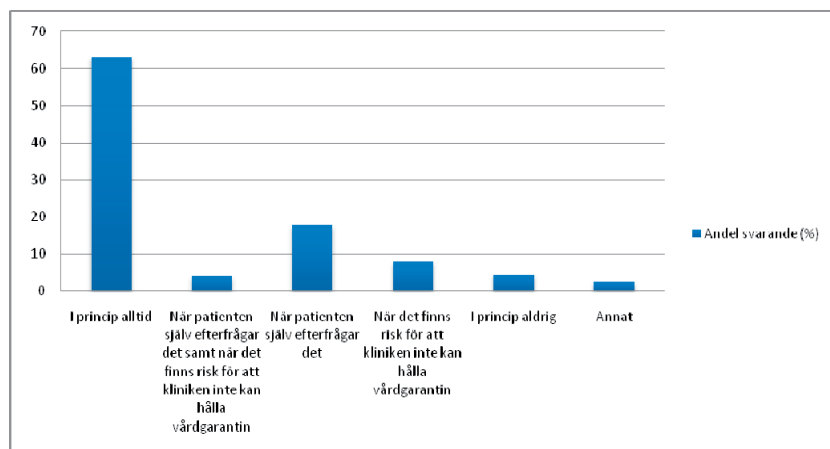
Frågan om väntetiden till behandling är central när det gäller vårdgarantin. En viktig aspekt i förverkligandet av vårdgarantin är därför läkarens och patientens diskussion om de faktiska väntetiderna. En av frågorna undersöker närmare hur läkaren uppger att han eller hon agerar i denna situation. Frågan lyder: "När Du fattat beslut om behandling/åtgärd, brukar Du då informera patienten om hur lång väntetiden är?" Drygt 60 procent anger att de i princip alltid informerar om detta, se diagram 8.6.

Cirka 18 procent gör det bara när patienten efterfrågar informationen och åtta procent om det finns risk att kliniken inte kan hålla vårdgarantin. En liten grupp, ca fem procent, uppger att den aldrig informerar om väntetiderna.

I kommentarerna till frågan, vittnar flera av läkarna om svårigheten att ge patienterna relevant information eftersom man som läkare inte alltid själv känner till väntetiderna för när patienten kan få sin operation. En läkare skriver: "Jag arbetar på en stor klinik. Hur väntelistan ser ut och väntetiden förändras dagligen, bl.a. genom att akutflödet påverkar elektiv verksamhet. Det går därför inte att ge patienten säker information" [237] eller: "Vet någon hur lång väntetiden är?" [285]. En annan kategori av läkare skriver att de informerar om väntetiderna enbart när vårdgarantin inte kan hållas av den egna kliniken. En sista grupp kommenterar går ut på att denna uppgift delegerats till annan personalgrupp. En läkare skriver: "Patienten får alltid information. Då väntetider till olika operationer varierar har vi en överenskommelse på kliniken att all information går via operations-koordinator. Då får patienten rätt information på en gång" [935].

Sammanfattningsvis tycks över hälften av ortopederna informera regelmässigt om väntetiderna. Samtidigt är det en ganska stor grupp som på olika sätt villkorat sin information om väntetider, antingen för att de inte känner till den, inte anser det vara relevant eller för att de anser att patienten själv bör väcka frågan.

**Diagram 8.6** Andel av ortopederna som anger i vilka situationer de brukar informera sina patienter om väntetiden

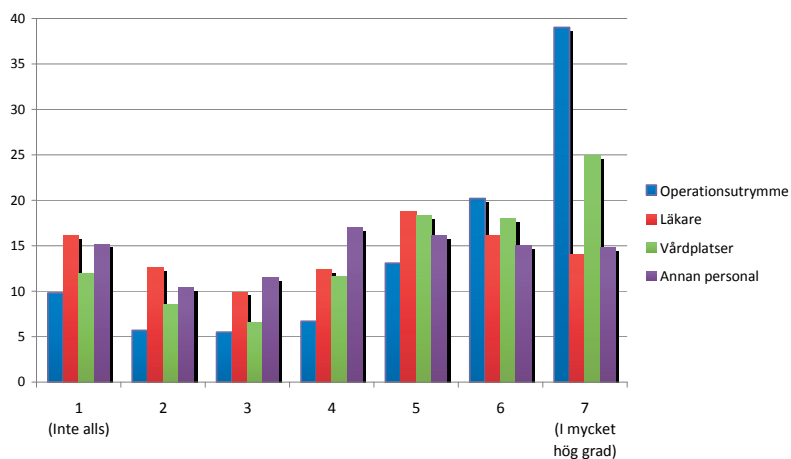


Sammanfattningsvis ger resultaten hittills en tämligen splittrad bild av hur läkarna ser på vårdgarantin, den egna rollen för att förverkliga den samt hur de agerar i praktiken för att hjälpa patienterna att nyttja garantin. Läkargruppen är splittrad i synen på vårdgarantins effektivitet, dvs. om den leder till kortade väntetider eller inte. Cirka hälften av ortopederna menar att reformen lett till vissa förbättringar medan en grupp ser mycket stora förbättringar och en ungefär lika stor grupp inte alls uppfattar att reformen lett till några förbättringar med avseende på köerna. Ytterligare ett intressant resultat är att en majoritet av ortopederna inte anser att de som läkare har ett direkt ansvar för att förverkliga reformen. Samtidigt finns det en liten grupp läkare, som anser att de i sin yrkesroll har ett tydligt ansvar för att förverkliga patientens vårdgaranti, t.ex. genom att vara patientens "guide" i systemet. På de frågor som undersöker hur läkarna i praktiken *agerar* för att hjälpa patienterna att utnyttja garantin ser vi ett något annorlunda svarsmönster. En distinkt grupp läkare uppger att de alltid informerar om vårdgarantin. Majoriteten av läkarna informerar däremot inte regelmässigt om vårdgarantin utan främst när patienten själv efterfrågar informationen eller när väntetiderna är långa. Intressant att notera är att de flesta läkare är betydligt mer aktiva när det gäller att informera patienterna om själva kösituationen vid kliniken. Detta tycks på ett annat sätt vara inkluderat i det dagliga mötet med patienterna.

## 8.4 Kan läkarna arbeta i enlighet med vårdgarantins intentioner?

Nedan undersöks delfråga ett närmare, dvs. om de organisatoriska förutsättningarna i landstinget är tillräckligt goda för att läkarna ska kunna genomföra reformen. Detta handlar om att vårdens organisation måste tillhandahålla adekvata verktyg och vara utformad på ett sådant sätt att den möjliggör för läkaren att verkställa reformen, exempelvis genom att informera och remittera patienter i enlighet med vårdgarantins intentioner. Viktiga faktorer för ett lyckat implementeringsutfall är enligt detta synsätt en tydlig politisk styrning där de organisatoriska förutsättningarna i landstinget är tillräckligt goda för att läkarna ska kunna hjälpa patienterna att utnyttja vårdgarantin, exempelvis med avseende på ekonomiska resurser, tydlig förmedling av regelverket och positiva incitament till att remittera vårdgarantipatienter.

**Diagram 8.7** Andel av ortopederna som anser att det föreligger resursbrist inom följande områden



Ett antal frågor i enkäten belyser om läkarna anser att det föreligger resursbrist inom vissa områden (operationsutrymme, läkare, vårdplatser, annan personal) som försvårar möjligheten att uppfylla vårdgarantin. En ungefär lika stor andel av de svarande anser att det "inte alls" föreligger någon resursbrist gällande läkare och annan personal medan en ungefär lika stor andel menar att det "i mycket

hög grad” föreligger brist på dessa grupper, se diagram 8.7. Kategorin som utmärker sig i sammanhanget är operationsutrymme där nästan 60 procent av läkarna anser att det i ”hög eller mycket hög grad” saknas operationsutrymme för att kunna uppfylla vårdgarantin. En stor grupp av läkarna (ca 43 procent) anser att det också saknas vårdplatser, för att kunna ta hand om opererade patienter. Denna uppgift stämmer väl överens med en fallstudie från ett landsting där ett antal ortopedier intervjuats om vårdgarantin och som visade att det som främst saknades i termer av resurser var operationsutrymme (Hammer 2010).

Gällande bristen på operationsutrymme finns det vissa signifikanta skillnader mellan regionerna. Det är framför allt ortopedier i Uppsala-Örebroregionen och Norra regionen som upplever en brist på operationsutrymme.<sup>8</sup>

Ett annat potentiellt hinder för läkarna att verka i enlighet med vårdgarantins intentioner är exempelvis om den egna kliniken infört (informella eller formella) restriktioner gällande remittering av vårdgarantipatienter till andra vårdgivare. I landstingen varierar det i dag stort om det är kliniken, sjukhuset eller landstinget centralt som ersätter vårdgarantipatienters vård hos andra vårdgivare. Om det är kliniken eller sjukhuset som blir ersättnings-skyldigt finns det tydliga incitament för klinikledningen/-sjukhusledningen att införa formella eller informella hinder för denna typ av remittering.

Restriktioner för remittering tycks dock inte uppfattas som något stort problem av de svarande läkarna. Nästan två tredjedelar av respondenterna anger att de inte känner av några formella eller informella hinder för att remittera vårdgarantipatienter. En liten andel, ca elva procent har dock upplevt hinder vid den egna kliniken. I de fall där det fanns restriktioner uppger man exempelvis att det endast är klinikchefen som får skicka patienten till annat län och att man bara skickar vårdgarantipatienter till de kliniker man har avtal med. Flera kommentarer tar upp att vissa samarbetspartners gynnas, dvs. att alla remisser skickas dit. Oftast handlar det om närliggande sjukhus eller att man som läkare uppmanas att skicka vårdgarantipatienter till sjukhus i det egna länet. En läkare skriver: ”Förbud att remittera till andra landsting än [de som landstinget valt ut] vilket innebär sämre vård för de

---

<sup>8</sup>  $p < 0,05$ .

patienter som jag medicinskt spetskompetent [läkare] bedömer bör komma till en specifik klinik/kollega" [884].

I andras kommentarer framkommer det att man på sina kliniker har svårt att hålla vårdgarantin men att man ändå i princip *aldrig* remitterar iväg vårdgarantipatienter till andra behandlande sjukhus eftersom den egna kliniken blir ersättningsskyldig för dessa patienter. I stället återsänds remisserna till inremitterande läkare i primärvården eftersom detta innebär att man då inte behöver åtgärda patientens behov. Flera respondenter tar upp att remisser till privata vårdgivare ska gå via en "kontrollfunktion" för att hålla ned antalet eller att de inte alls får remittera patienter till privata vårdgivare. Detta är naturligtvis inte förenligt med vårdgarantins intentioner men kan vara ett sätt för sjukhus-/klinikledningen att försöka hålla budgeten.

Även om en liten andel anger att det finns restriktioner för att remittera vårdgarantipatienter visar kommentarerna ändå att det på flera håll i landet förekommer olika former av hinder för att remittera vårdgarantipatienter. Sammantaget leder dessa restriktioner troligen till att patientens utnyttjande av vårdgarantin försvåras och att patienter riskerar att remitteras till vårdgivare som inte har de kortaste väntetiderna.

I de nyare styrdokumentet för vårdgarantin står det att vårdpersonalen, däribland läkarna, har en viktig roll vad gäller att informera patienten om vårdgarantin och om väntetider. En viktig förutsättning för detta är naturligtvis att landstingets/vårdgivarens informationsförmedling kring reformen till läkarna har fungerat. En intressant fråga är därför vilka konkreta erbjudanden om utbildning eller informationsinsatser kring vårdgarantins bestämmelser som läkarna har erbjudits av landstinget centralt eller klinikledningen. Svaren visar att hela tre fjärdedelar inte fått något erbjudande om att delta i någon utbildning och att endast nio procent av respondenterna deltagit i en aktivitet av denna typ, se tabell 8.1. Drygt två procent av läkarna har fått ett erbjudande men har inte deltagit. Det tycks alltså inte, utifrån läkarnas svar, ha förekommit några påtagliga informationsinsatser gällande vårdgarantin – åtminstone inte i någon utbredd skala. Här finns inga signifikanta skillnader med avseende på kön, yrkeserfarenhet eller region.

**Tabell 8.1** Andel av ortopederna som anger att de erbjudits att delta i någon utbildning eller något informationstillfälle gällande vårdgarantins regelverk

	Frekvens	Andel (%)
Ja, och jag har deltagit	43	8,4
Ja, jag har fått erbjudande men inte deltagit	12	2,4
Nej, jag har inte fått erbjudande	382	75,2
Vet ej/Kommer inte ihåg	71	14,0
<b>Totalt</b>	<b>508</b>	<b>100,0</b>

Sammanfattningsvis visar resultaten från frågorna under "kan" att det saknas ett antal strukturella förutsättningar för att läkarna ska kunna implementera reformen fullt ut. En liten del av läkarna uppger att de erbjudits informationsinsatser från landstinget och sjukhusledningens/klinikledningens sida om vårdgarantins regelverk. En övervägande majoritet av ortopederna anser dessutom att bristen på operationsutrymme och vårdplatser är ett centralt hinder för att uppfylla vårdgarantin. Däremot anser en majoritet att det inte funnits några yttre hinder, exempelvis i form av begränsade möjligheter att remittera patienter till annan vårdgivare. Delfråga ett, dvs. om det finns goda organisatoriska förutsättningar för läkarna att implementera reformen, kan alltså bara delvis besvaras jakande.

## 8.5 Förstår läkarna vårdgarantins regelverk?

En lika viktig förutsättning som de organisatoriska faktorerna utgör läkarens egna *förståelse* av reformens intentioner och faktiska regelverk. I vårt fall är det rimligt att anta att läkarnas förståelse av vårdgarantireformens intentioner och regelverk spelar stor roll för deras benägenhet att implementera reformintentionerna. I detta avsnitt undersöks delfråga två, dvs. om läkarna har tillräckligt god kunskap kring vårdgarantins regelverk för att kunna förmedla information om vårdgarantin till patienterna och i övrigt verka för dess genomförande?

I avsnittet ovan visade vi att få läkare deltagit i informationsaktiviteter kring vårdgarantins regelverk. Frågan att gå vidare med är om de bristande informationsinsatserna fått några konsekvenser gällande läkarnas faktiska kunskaper om regelverket? Intressant

nog tycker det absoluta flertalet av respondenterna att de har de kunskaper om vårdgarantin som behövs i deras arbete. Nästan 65 procent svarar jakande på frågan: "Anser Du dig ha den kunskap om vårdgarantins regelverk som behövs i Ditt dagliga arbete?"

Samtidigt svarar ca en femtedel av ortopederna att de saknar tillräckliga kunskaper kring vårdgarantin för sitt dagliga arbete, se tabell 8.2. En ungefär lika stor del av läkarna svarar "vet inte" vilket kan vara en indikation på att de inte riktigt vet vilka regler de ska känna till.

**Tabell 8.2 Andel av ortopederna som anser sig ha den kunskap om vårdgarantins regelverk som behövs i det dagliga arbetet**

	Frekvens	Procent
Ja	328	64,2
Nej	92	18,0
Vet ej	91	17,8
<b>Totalt</b>	<b>511</b>	<b>100,0</b>

I den grupp som uppger att de har bristande kunskap anger flera att de inte riktigt vet vad patienten ska göra för att utnyttja vårdgarantin och vad det betyder för kliniken om patienten väljer vård någon annanstans. Läkare med längre yrkeserfarenhet uppger i högre grad att de har tillräckliga kunskaper kring vårdgarantin.<sup>9</sup>

Hur väl den egna uppfattningen stämmer överens med den faktiska kunskapen kring reformens design och regelverk undersöktes genom en rad kunskapsfrågor. På den mest basala frågan "Inom vilken tidsram ska patienten få en operation utförd enligt vårdgarantin?" svarade hela 94 procent av respondenterna rätt. Här tycks alltså den egna uppfattningen kring kunskapsnivån stämma väl överens med de faktiska kunskapsfrågorna i enkäten. När det gäller frågor som går in mer ingående på detaljer i reformen är dock kunskapen betydligt sämre. På frågan: "Vem ska betala för de merkostnader som uppstår när patienten väljer att få behandling i ett annat landsting, t ex resor eller hotell?" svarar drygt 40 procent av läkarna fel eller uppger att de inte känner till detta. Frågan aktualiseras förmodligen ofta i samtalen med patienten och kan vara avgörande för patientens val att välja annan vårdgivare. Därför är det anmärkningsvärt att så många svarar fel på frågan och inte

<sup>9</sup>  $p < 0,01$ .

känner till att det är patientens hemlandsting som betalar för eventuella merkostnader för patienten. Vissa kommentarer visar att läkarna anser att detta är en fråga som annan vårdpersonal eller eventuella kökanslier får hantera.

En ytterligare fråga, av mer medicinsk karaktär, är om pre-operativa röntgenundersökningar räknas in i den maximala väntetiden enligt vårdgarantin. Även på denna fråga svarar många fel och uppger att väntetiden för röntgen ingår i den ordinarie vårdgarantitiden på 90 dagar, vilket den inte gör enligt regelverket vid studiens genomförande. Varken erfarenhet eller kön påverkade i vilken grad läkarna svarade rätt på någon av dessa frågor.

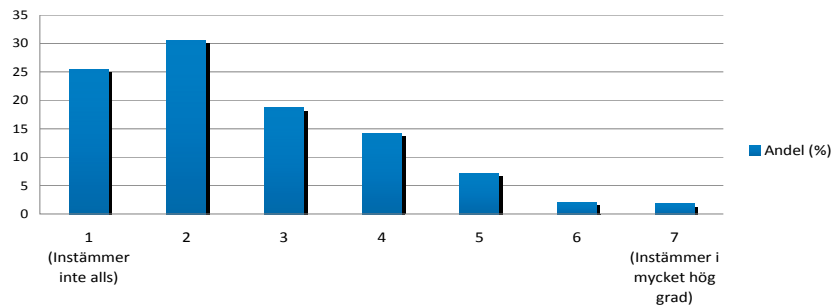
Läkarna behöver inte enbart kunskap kring vårdgarantins regelverk. Lika viktig är kunskapen kring väntetider. Denna behövs på två sätt: För det första för att avgöra om patienten bör åberopa vårdgarantin och för det andra för att diskutera med patienten om vilka vårdgivare som kan vara aktuella att remittera patienten till. Naturligtvis skulle även andra yrkesgrupper i vården kunna ge den typen av information. Men eftersom patientens frågor kring vårdgarantin och möjligheten att välja annan vårdgivare kan antas komma upp i mötet med just läkarna, bör även läkarna ha vissa grundläggande kunskaper om kösituationen.

Knappt hälften (46 procent) instämmer i "hög eller i mycket hög grad" att de har en god uppfattning om hur långa väntetiderna är för olika åtgärder på den egna kliniken. En lika stor andel uppger att de i viss grad har god kunskap medan drygt 10 procent av respondenterna "inte alls eller i låg grad" instämmer i att de har kunskap om sin kliniks väntelistor. Här verkar alltså de flesta av läkarna känna till den egna klinikens väntetider vilket är en förutsättning för att kunna meddela patienten om han eller hon behöver nyttja vårdgarantin eller inte. Detta stärker resultatet tidigare i studien att respondenterna var mer benägna att informera om väntetider än om vårdgarantin i sig.

Av intresse är även om läkarna känner till väntetiderna vid andra sjukhuskliniker. Sedan början av 2000-talet presenterar Sveriges Kommuner och Landsting information om väntetider till mottagning och behandlingar vid nästan alla kliniker i landet. Kunskap om väntetider är central för att patientbehandlande läkare ska kunna diskutera eventuella remitteringsalternativ med patienten om den egna kliniken inte kan hålla vårdgarantigränsen. Här visar resultaten att kunskapen är väsentligt sämre. Hela 56 procent anger att de "inte alls eller i låg grad" instämmer i att de har

denna kunskap, se diagram 8.8. Endast fyra procent instämmer i "hög eller mycket hög grad" i påståendet att de har kunskap om väntetider vid andra kliniker. Tydligt är att läkarna är informerade om väntetider vid den egna kliniken men att de har bristande kunskap om väntetider på andra kliniker.

**Diagram 8.8** Andel av ortopederna som anser att de har en god uppfattning om hur långa väntetiderna är för olika åtgärder på andra kliniker



Sammanfattningsvis visar svaren att kunskapen om vårdgarantins grundprinciper är välkända bland de svarande läkarna. Likaså känner man till den egna kliniken väntetider. Däremot är detaljkunskapen kring reformen och kunskapen om väntetider på andra kliniker mindre goda. Om detta verkligen är ett hinder för att hjälpa patienterna att nyttja vårdgarantin är svårt att svara på utifrån svaren. Det är dock troligt att bristande information försvårar diskussionen kring vilken alternativ vårdgivare patienten ska välja. Delfråga två, om läkarna har tillräckligt god kunskap kring vårdgarantins regelverk för att kunna förmedla information om vårdgarantin och i övrigt verka för dess genomförande kan därmed, liksom delfråga ett, endas delvis besvaras jakande.

## 8.6 Vill läkarna uppfylla vårdgarantins intentioner?

En tredje central förutsättning för att läkarna ska verka enligt reformens intentioner är att själva målsättningarna och metoderna för att uppnå dessa stämmer överens med läkarnas professionella uppfattning om hur verksamheten ska bedrivas. Vårdgarantin kan innebära en rad konkreta förändringar i hur läkarkåren måste bedriva sitt arbete för att reformen ska uppfyllas. I detta avsnitt

besvaras således delfråga tre, dvs. i vilken utsträckning läkarna uppger att deras arbetssätt och kliniska autonomi inskränkts genom vårdgarantin.

### 8.6.1 Påverkas läkarnas arbetsförhållanden av vårdgarantin?

Vårdgarantin kan påverka läkarnas möjligheter att själva styra över sina arbetsförhållanden. Om klinikerna ska klara vårdgarantins tidsgränser måste bl.a. vårdvolymen öka. Detta kan innebära att läkarnas arbetstid i större utsträckning schemaläggs för att få till fler behandlingar än tidigare och att de därmed får mindre utrymme att påverka sin arbetssituation. Det finns också skäl att tro att de nya krav som ställs på läkarrollen som en följd av vårdgaranti-reformen kan innebära mer tidskrävande arbetsuppgifter för läkarna, exempelvis ökad information, administration och ännu mer serviceinriktat arbete – något som enligt teorin kan tänkas inverka negativt på deras vilja att vidta åtgärder för att genomföra reformen.

För att undersöka detta antagande fick läkarna bl.a. ta ställning till påståendet att arbetet med att informera om vårdgarantin tar tid från andra uppgifter och att vårdgarantin innebar ökad administration. Många läkare vittnar redan i dag om fullteknade dagar och vad man uppfattar som onödig administration. Det finns således anledning att anta att de uppfattar det som negativt att arbeta i enlighet med vårdgarantins intentioner om reformen innebär ännu mer administration och tar tid från andra arbetsuppgifter.

När det gäller det sistnämnda påståendet, dvs. att vårdgarantin tar tid från andra arbetsuppgifter, råder det inte enighet inom läkarkåren. Mer än en tredjedel (37,6 %) anser att den "inte alls eller i låg grad" tar tid från andra arbetsuppgifter medan en dryg fjärdedel anser att den "i mycket hög eller i hög grad" gör det, se tabell 8.3. Här ser vi, än en gång, ett svarsmönster med stor spridning. Det tycks alltså inte råda konsensus i läkargruppen kring detta påstående. Frågan är också om svaren hänger ihop med deras faktiska agerande för att implementera vårdgarantin, dvs. tycker man att reformen tar mer tid i anspråk därför att man i större utsträckning verkar för att genomföra den eller tvärtom?

**Tabell 8.3** Andel av ortopederna som instämmer i följande påståenden om förändrade arbetsförhållanden

	Ingen/mycket liten grad (1-2)	I viss grad (3-5)	Hög/mycket hög grad (6-7)
Att informera patienterna om vårdgarantin tar tid från andra uppgifter	37,6	33,8	28,5
Vårdgarantin innebär ökad administration för min klinik	12,0	36,7	51,2
Vårdgarantin har minskat mina möjligheter att styra över mina arbetsuppgifter	39,6	31,3	29,1

Trots att det råder delade meningar om vårdgarantin tar tid från andra uppgifter, råder det större konsensus kring att vårdgarantin innebär ökad administration för den egna kliniken. Hälften av läkarna (51 procent) instämmer i att reformen i "hög eller i mycket hög grad" leder till ökad administration. Om detta innebär ökad administration för den enskilda läkaren eller enbart för övrig personal på kliniken går tyvärr inte att utläsa från frågan. Flera av de fria kommentarerna tyder dock på att man menar att administrationen för läkargruppen ökat genom reformen, se nedan. Endast en dryg tiondel av läkarna (12 procent) anger att reformerna "inte alls eller i låg grad" leder till ökad administration. Framför allt menar läkare med kortare yrkeserfarenhet att vårdgarantin leder till ökad administration. Däremot finns inga skillnader mellan vårdregioner eller kön.

En av de läkare som anser att vårdgarantin inneburit mindre administration skriver att vårdgarantin lett till att ledningen lagt in extra mottagnings- och operationsdagar och dragit ned på kurser och konferenser. Detta gör att läkarna kan användas mer i produktionen och behöver ägna sig mindre åt administration. En annan läkare, som uppger att han opererar mer nu än tidigare är av motsatt åsikt: "Opererar nu alltid 3 dagar i veckan, genererar oerhört med administration som jag inte har tid till" [260]. Detta är en intressant uppfattning eftersom den tyder på att läkaren anser att fler operationer i sig leder till en ökad administration i form av mer utredningsarbete. En annan läkare skriver att vårdgarantin lett till ökad administration p.g.a. det ökade tillflödet av patienter från primärvården. Läkaren skriver: "När köerna kortas kommer det bara fler remisser. Om vårdgarantin ska fungera måste man strama upp vad och när primärvården remitterar. Just nu handlägger vi

massor av patienter som egentligen skulle ha utretts och handlagts i primärvården" [137].

För att undersöka om läkarnas arbetsförhållanden förändrats i och med införandet av vårdgarantin ställdes även påståendet: "Vårdgarantin har minskat mina möjligheter att styra över mina arbetsuppgifter". Här varierar uppfattningarna markant. Cirka 40 procent av respondenterna instämmer "inte alls eller i låg grad" i detta påstående samtidigt som ca en tredjedel instämmer "i hög eller mycket hög grad", se tabell 8.3. Även gällande detta påstående tycks således ortopedernas uppfattningar vara starkt polariserade.

En intressant iakttagelse är att på alla tre frågor som rör läkarnas arbetsförhållanden anser läkare med längre yrkeserfarenhet i signifikant lägre utsträckning att reformen har påverkat arbetsförhållandena negativt.<sup>10</sup> De är alltså mindre negativt berörda av reformen. Det finns dock inga signifikanta skillnader med avseende på regional tillhörighet eller kön.

Sammanfattningsvis visar svaren att det råder delade meningar kring huruvida vårdgarantin tar tid från andra uppgifter. Däremot är de flesta överens om att garantin ökat administrationen för kliniken. Reformen tycks alltså på vissa sätt ha inkräktat på läkarnas möjligheter att fritt styra sina arbetsvillkor. Den fråga man kan ställa sig är hur vissa läkare kan anse att reformen ökar administrationen samtidigt som de inte anser att den tar tid från andra arbetsuppgifter? Om den grupp läkare som inte anser att reformen tar tid från andra uppgifter beror på att de är mer effektiva i sitt arbete, eller om de helt enkelt inte har några köproblemer vid sina kliniker går tyvärr inte att utläsa från svaren. Vi ser dock att läkare med längre yrkeserfarenhet i lägre utsträckning anser att vårdgarantin tar tid från andra yrkesuppgifter. Kanske leder ökad erfarenhet till att denna grupp inlemmar arbetet med att genomföra vårdgarantin i den ordinarie verksamheten på ett annat sätt än yngre läkare och därför inte uppfattar det som en ytterligare pålaga? En alternativ, mindre smickrande tolkning, är naturligtvis att läkarna med längre yrkeserfarenhet i praktiken inte gjort några förändringar i sitt arbetssätt och därmed inte upplever att reformen inneburit några inskränkningar.

---

<sup>10</sup> Signifikant för alla tre frågor i tabell 8.3 då  $p < 0,01$ .

### 8.6.2 Påverkas läkarnas kliniska autonomi av vårdgarantin?

Inte bara läkarnas arbetsförhållanden kan påverkas av vårdgarantin. Också den kliniska autonomin, t.ex. läkarens frihet att själv utforma patientens behandlingsplan, kan upplevas som negativt påverkad eftersom vårdgarantin stipulerar exakt inom vilken tidsgräns som patienten ska behandlas. Det finns inget exempel på någon annan statlig reform som på ett så tydligt sätt reglerat de faktiska tidsgränserna i vården. Det är därför möjligt att vårdgarantin kan skapa en konflikt mellan vad läkaren anser vara det rätta för patientens behandling och vad de politiska bestämmelserna stipulerar kring patienternas rätt till behandling inom en viss tidsgräns. I enlighet med teorier kring läkarprofessionen och dess yrkesroll kan vårdgarantin därmed uppfattas som en inskränkning av den medicinska professionens autonomi och deras stora handlingsfrihet att utforma både patientens behandlingsplan och sin egen arbetssituation.

Vad tycker egentligen läkarna om de specifika tidsgränser som vårdgarantin stipulerar? I den norska modellen sätter läkarna individuella vårdgarantigränser för varje patient. Anser svenska läkare att 3-månadersgränsen är för oflexibel? Intressant nog verkar en ganska stor grupp (44 procent) anse att tidsgränserna "i hög eller mycket hög grad" är oflexibla, se tabell 8.4. Detta kan kanske tas som indikation på att de hellre ser individuellt satta tidsgränser såsom i Norge. Vissa kommentarer belyser tydligt att reformens fasta tidsgränser inkräktar på det medicinska handlandet. Ett citat illustrerar detta: "Gillar ej reformen. Eget landsting borde klara det hela. Ibland också ej så bråttom att patienten måste opereras inom 3 månader" [775], eller: "Det är ju rent medicinska överväganden som avgör hur snabbt patienten ska lotsas fram i vårdkön oavsett hur många "garantier" eller lagar politikerna hittar på" [881].

**Tabell 8.4** Andel av ortopederna som instämmer i följande påståenden om förändringar i kliniska autonomi (%)

	Ingen/mycket liten grad (1-2)	I viss grad (3-5)	Hög/mycket hög grad (6-7)
Vårdgarantins tidsgränser är för oflexibla	18,8	37,9	43,4
Fel patientgrupper prioriteras som ett resultat av vårdgarantin	23,4	39,2	37,5
Vårdgarantin innebär att patienter med mindre allvarliga sjukdomar prioriteras framför allvarligt sjuka/kroniskt sjuka patienter som väntat kortare tid	25,8	30,7	43,6

Även andra påståenden i enkäten undersöker hur det kliniska arbetet påverkas av vårdgarantin. Innebär exempelvis vårdgarantin att de medicinska prioriteringarna förändras? I dag reglerar hälso- och sjukvårdslagen att behovsprincipen ska vara rådande i vården, dvs. den svårast sjuka patienten ska få vård först. Ändrar vårdgarantin detta förhållande på något sätt? I ett påstående får läkarna ta ställning till om fel patientgrupper prioriteras som ett resultat av vårdgarantin. Cirka 38 procent instämmer i "hög eller mycket hög grad" i detta påstående, en ungefär lika stor andel håller i "viss mån" med, medan en knapp fjärdedel inte alls håller med. Det tycks alltså som om många läkare anser att fel patientgrupper gynnas samtidigt som det finns en viss grupp läkare som inte alls håller med om detta.

Vad är det då för felprioriteringar som görs? Enkätens längsta påstående lyder: "Vårdgarantin innebär att patienter med mindre allvarliga sjukdomar som passerat vårdgarantins tidsgräns prioriteras framför allvarligt sjuka/kroniskt sjuka patienter som väntat kortare tid". Påståendet implicerar att klinikerna prioriterar patienter som inte är lika sjuka – men som väntat länge – framför sjukare patienter för att på så sätt kunna visa upp kortade köer. Över 43 procent instämde i "hög grad eller i mycket hög grad" i detta påstående. Samtidigt var det en fjärdedel som inte alls höll med om detta. Svarsfördelningen ser med andra ord ut på samma sätt som på den förra frågan som också undersökte felprioriteringar.

Manliga läkare och läkare som varit yrkesverksamma längre anser i mindre utsträckning att vårdgarantin påverkat den kliniska

friheten negativt.<sup>11</sup> Regional tillhörighet tycks dock inte heller här spela roll för resultatet.

Frågan om felprioriteringar inom vårdgarantin genererade många fria kommentarer. En första typ av kommentarer handlar om att vårdgarantin gör att klinikerna prioriterar bort annan typ av verksamhet. Ett citat illustrerar detta: "Vårdgarantin är första prioritet och dominerar över verksamhetsutveckling och hög-specialiserad verksamhet" [699]. En annan läkare skriver "Vårdgarantipatienter går hela tiden före övriga patienter" [232]. Flera av respondenterna menar att återbesök, som inte ingår i vårdgarantin, missgynnas stort av garantin.

De flesta av kommentarerna, många ganska upprörda, handlar emellertid om att vårdgarantin leder till att "starka, mindre sjuka patientgrupper" tar sig fram i kön före sjukare, men inte lika krävande, patientgrupper. Ett citat illustrerar denna uppfattning väldigt väl: "Vårdgarantin är ett politiskt påfund som saknar adekvat medicinsk förankring. Påstridiga patienter med banalare åkommor propsar på vårdgarantin och kan därför komma före patienter med allvarligare diagnoser. Är detta medicinskt korrekt?" [434]. Eller "Vårdgarantin utnyttjas framför allt av relativt unga 40- och 50-talister med 'banalare' sjukdomar" [545]. Ett annat citat visar samma sak: "Det verkar som om yngre patienter åberopar vårdgarantin mer än svårt sjuka äldre" [984]. Eller ett sista exempel: "Arbetar privat med mycket vårdgarantipatienter. Dessa går före [andra] patienter, ofta gamla och sjuka, som inte åberopar vårdgarantin, varvid de som behöver vård mest väntar längst. Det är de mest aktiva och inte de mest sjuka patienterna som prioriteras p.g.a. vårdgarantin" [166]. Uttalanden som dessa visar att respondenterna gör två implicita antaganden, nämligen 1) att patienten själv måste åberopa vårdgarantin för att den ska triggas igång och 2) att starka patientgrupper har fått ett nytt makt-instrument till sitt förfogande, nämligen att de kan åberopa vårdgarantin för att få igenom sin operation snabbare. Citaten illustrerar också att läkarna inte anser att de har någon tydlig egen roll för att hjälpa de patienter som kanske har sämre möjligheter att kunna nyttja vårdgarantin.

Att enskilda läkare inte vill följa vårdgarantin eller har invändningar mot reformen behöver inte bara handla om att reformen tar tid från andra uppgifter eller utgör ett ifrågasättande

---

<sup>11</sup>  $p < 0,05$ .

av de medicinska prioriteringarna. En alternativ förklaring kan vara att läkarna ser på väntetiderna på ett annat sätt än vad politikerna gör. Vårdgarantin ställer krav på vårdgivaren att minska köerna och effektivisera vårdprocesserna. Det är emellertid inte självklart att läkarna, till skillnad från politikerna, uppfattar köerna som ett primärt problem för vårdens kvalitet. Studier har bl.a. visat att väntelistorna använts som ett slags prioriteringsinstrument av läkarna där patienter satts på kö i förebyggande syfte (Hanning 2006). En tanke är att patienterna, när de sätts upp på väntelistan egentligen inte är i behov av akut vård men att de, när de väl kommit fram i kön efter en tid, har utvecklat ett reellt vårdbehov (ibid).

Läkarnas syn på köer undersöktes främst genom två påståenden i enkäten. Det första påståendet lydde "Det är angeläget att min klinik har korta köer". Två tredjedelar instämde i "hög eller mycket hög grad" i detta. Några få procent av de svarande instämde "i låg grad eller inte alls". Mer intressant är att nästan 30 procent av de svarande bara instämde i "viss grad". Detta kan tyda på att vissa av läkarna åtminstone delvis verkar instämma i att det kan finnas vissa förtjänster med köer även om majoriteten av de svarande ansåg att korta köer var mycket viktigt.

Ett ytterligare påstående undersökte om läkarna ansåg att kliniken behövde ha väntetider som en buffert för att kunna utnyttja klinikens resurser på bästa sätt. I detta antagande ligger att kliniken måste ha en viss mängd patienter på kö för att ha en "reserv" av patienter att "stoppa in" om det uppstår oförutsedda luckor i operationsschemat. Nästan 40 procent av läkarna instämde "i låg grad eller inte alls" i detta. En lika stor andel instämde i viss grad och knappt en femtedel instämde "i hög eller mycket hög" grad. Slutsatsen blir således att läkarnas kösyn visar på en stor variation i uppfattningarna. Även om det förra påståendet visar att de flesta tycker att det är angeläget med korta köer menar dock många att det ändå kan finnas en praktiskt poäng med viss kö, exempelvis för att man på kliniken ska hinna planera ingreppet eller för att patienten ska få tid att ställa in sig på vad som ska hända. En läkare illustrerar detta tydligt genom följande kommentar: "En viss väntetid är tveklöst bra ur administrativ synvinkel, i vårt fall med öppenvårdskirurgi omkring 3-4 veckor" [53]. Samma sak uttrycks enligt följande: "Väntetider på några veckor måste finnas för att vi ska hinna planera arbetet" [984]. Även om flera kommentarer

vittnar om att det behövs en viss väntetid tycks dock de flesta tycka att några veckor räcker, dvs. man hamnar inom vårdgarantins gräns.

För att summera resultaten ovan tycker ett stort antal läkare att vårdgarantin bl.a. leder till felprioriteringar av patienterna vilket uppfattas som ett tydligt problem med reformen. De instämmer i hög grad i påståendet att de tvingas prioritera fel patientgrupper. Framför allt menar de att yngre, välutbildade och mindre sjuka patienter prioriteras framför äldre patienter och kroniskt sjuka. Man lyfter även in att återbesök missgynnas. Detta kan betraktas som en tydlig inskränkning av den kliniska autonomin eftersom det innebär att de p.g.a. vårdgarantin tvingas frånga den viktiga etiska och lagstiftade principen om vård efter behov. Avslutningsvis framkommer av resultaten att det finns en stor variation i läkarnas syn på köer. En stor andel anser att det inte behövs någon större buffert av väntande patienter för att planera verksamheten och antalet behandlingar. En lika stor andel anger dock att det finns en viss poäng med att ha en kö och en femtedel tycker tom. ”i hög utsträckning” att det är viktigt. Detta för att på ett lättare sätt kunna planera patienternas vård.

Sammanfattningsvis visar resultaten att läkarens kliniska autonomi och arbetsförhållanden tycks påverkas negativt av vårdgarantireformen. Svaret på delfråga tre, dvs. i vilken utsträckning läkarna uppger att deras arbetssätt och kliniska autonomi inskränkts genom vårdgarantin, är således något som bekräftas av resultaten.

### **8.6.3 Kömiljarden – ett styrmedel för att öka följsamheten till vårdgarantin**

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, beslutade i december 2008 om kömiljarden – en ekonomisk bonus till de landsting som uppfyller vårdgarantins mål. Bonusen är ett politiskt styrinstrument som ska få klinikerna att hålla de utsatta tidsgränserna i garantin. Konkret delas resurser ut till de kliniker som håller vårdgarantigränsen för minst 80 procent av sina patienter. Även de nästkommande åren kommer ytterligare resurser att delas ut.

Kömiljarden ställer frågan om styrning från ledningshåll på sin spets. I enkäten ställdes frågan om kraven från klinikledningen ökat sedan kömiljarden introducerades 2009. Nästan varannan läkare

(48,3 %) svarade att kraven ökat ”i hög eller mycket hög grad” samtidigt som en fjärdedel (24,8 %) svarade ”inte alls eller i mycket låg grad”. Den intressanta slutsatsen är att det tycks finnas en stor variation i hur landets ortopedier uppfattar styrningen kring kömiljarden. En rimlig förklaring skulle kunna vara att respektive klinikledning lagt olika stor vikt vid att föra ut budskapet om kömiljarden till sina läkare. Den interna styrningen har helt enkelt sett olika ut. En läkare vittnar om ett tydligt budskap från sin klinikledning: ”Under tiden fram till 30/11-09 var allt fokus på detta” [961]. En annan läkare skriver att man definitivt ställt krav från ledningshåll, detta har exempelvis yttrat sig genom indragna ledigheter, extra mottagningar och extra operationer på helger. Flera av kommentarerna till frågan tar upp att de inte märkt av *uttalade* krav utan att det mer varit fråga om en s.k. mjuk styrning där det handlat om att ledningen försökt påverka läkares och vårdpersonalens inställning till köerna.

I dagspress och i den senaste uppföljningen från Socialstyrelsen (2010) har det framkommit att klinikerna på olika sätt anpassar sin väntetidsstatistik till systemet för att på så sätt nå upp till de krav som ställs från SKL för att få ta del av kömiljarden. Klinikerna har, genom kömiljarden, ett tydligt incitament att hålla nere sina väntetider och den fråga som ställdes var därför om bilden av kortare köer alltid överensstämmer med verkligheten. I enkäten löd därför frågan: ”Anser Du att klinikens väntetider som inrapporterats till väntetidsdatabasen överensstämmer med den verkliga väntetiden för patienter vid Er klinik?” Tabell 8.5 visar ortopedernas svar. Tydligt är att nästan hälften av läkarna uppger att de inte vet, antagligen beroende på att de inte är involverade i själva körapporteringen till SKL som oftast sker centralt vid klinikerna. Intressant data är ändå att 15 procent uppfattar att de faktiska tidsgränserna är längre än de inrapporterade, dvs. det finns en risk att man anpassat statistiken från klinikernas sida för att erhålla medel från kömiljarden. En liten andel, 5,3 procent, menar att de verkliga väntetiderna är kortare än de inrapporterade. Detta kan innebära att man exempelvis tror sig ha patienter i den officiella köstatistiken som kanske redan har blivit opererade eller inte längre behöver en operation och på så sätt påverkar väntetidsstatistiken negativt.

Sammanfattningsvis tycks en liten grupp av läkarna uppfatta att de inrapporterade väntetiderna inte ger en rättvis bild av hur verkligheten ser ut samtidigt som en stor andel av respondenterna

uppges att de inte har tillräcklig kunskap för att kunna uttala sig i denna fråga. För att få ett korrekt svar skulle frågan egentligen behöva ställas till de personer vid klinikerna som är ansvariga för att rapportera in köstatistiken till SKL. Vilka dessa är har vi tyvärr ingen kännedom om i studien.

I flera av kommentarerna till frågan uppges läkarna att det egna landstinget/regionen "medvetet bluffar" med väntetiderna, en läkare skriver: "De rapporterade tiderna är ett rent bedrägeri" [805]. Samtidigt tar andra upp att de felaktigt inrapporterade väntetiderna inte behöver innebära att kliniken bluffar, det är inte helt lätt att mäta väntetiderna och fel kan lätt uppstå.

**Tabell 8.5** Ortopedernas uppfattningar om de väntetider som inrapporterats till väntetidsdatabasen

	Frekvens	Procent
De verkliga väntetiderna stämmer med de inrapporterade	171	33,7
De verkliga väntetiderna är längre	76	15,0
De verkliga väntetiderna är kortare	27	5,3
Vet ej/Ingen åsikt	234	46,1
<b>Totalt</b>	<b>508</b>	<b>100,0</b>

Flera läkare kommenterar också det som i debatten kommit att kallas "självald väntan" och som kommit att ses som ett sätt för klinikerna att manipulera väntelistorna, dvs. att exkludera patienter som själva väljer att stanna vid hemkliniken från väntelistan trots att väntetiden överstiger 3 månader. En ortoped skriver: "Vi säger: Vill du ha mig som operatör innebär det en väntetid >3 månader. Operation om <3 månader måste ske inom annat landsting (högspecialiserad vård). Vill ni ej bli skickade till annat landsting avsäger ni er vårdgarantin. Så gott som alla gör det" [34]. Den fråga man kan ställa sig till kommentaren är om patienten i denna situation verkligen upplever att den kan välja en annan vårdgivare. Teoretiskt sett skulle i alla fall patienten kunna uppleva det som känsligt att tacka nej till den läkare som utfört den medicinska bedömningen för att i stället välja någon annan vårdgivare till att utföra själva behandlingen. Vidare kan patienterna uppleva en osäkerhet kring vad det innebär att få en annan behandlande läkare och vem som i så fall skulle kunna genomföra den behandling som föreslås.

Ett annat potentiellt sätt att förbättra klinikens köstatistik är att avvakta med det formella beslutet att sätta upp patienter på väntelistan, för att på så sätt klara vårdgarantins tidsgränser. Hela 88,7 procent menade att detta påstående "inte alls eller i låg grad" stämmer, vilket måste tas som indikation på att detta förfaringssätt är väldigt ovanligt. Resten hade ingen åsikt eller menade att påståendet "i viss mån" stämde. Även om resultaten från bägge dessa frågor tyder på att läkarna inte uppfattar att man "fuskar" för att uppfylla vårdgarantin är det ändå en grupp på 15 procent som anser att det händer i vissa fall.



## 9 Slutsatser och diskussion

Rapportens syfte var att undersöka om det är möjligt att styra läkares agerande genom politiskt fattade beslut. Detta gjordes konkret genom att undersöka hur läkarna agerat i samband med implementeringen av den nationella vårdgarantin från 2005 som innebär att patienterna ska erbjudas en beslutad behandling inom 90 dagar. I ett första steg undersöks vilken roll den politiska styrningen förutsätter att läkarna ska ha i implementeringen av reformen och om de i praktiken intar den rollen. I ett andra steg undersöks vad som kan förklara läkarnas hållning i samband med implementeringen av vårdgarantin och varför de agerar eller inte agerar i enlighet med de politiska intentionerna. I studien berörs således frågor om relationen mellan stat och läkarkår, läkarnas syn på styrning samt vad som påverkar utfallet av politiska reformer i vården. Valet att studera just vårdgarantin är lämpligt då reformen på ett tydligt sätt utmanar läkarkårens traditionella ansvarsområden. Aldrig tidigare har man från statens sida dikterat inom vilka tidsramar patienter ska behandlas. Detta har traditionellt betraktats som läkarnas egen domän. Hur enskilda läkare förhåller sig till reformen i sitt dagliga arbete har därmed getts särskild vikt i undersökningen.

### **Vaga formuleringar i politiska styrdokument gör läkarnas roll oklar**

Rapportens första frågeställning tog upp vad centrala och regionala, dvs. statens och landstingens, politiska styrdokument säger om läkarnas roll för att implementera vårdgarantin. Vid en närmare granskning av gällande dokument framkom att vårdgarantiöverenskommelsen från 2005 mellan staten och dåvarande Landstingförbundet inte är särskilt explicit när det gäller att uttala vilka aktörer i vården som i praktiken ska arbeta för reformens

genomförande och vad som ska göras för att förverkliga den. I dokumentet betonas bl.a. vikten av att i samband med beslutstillfället ge patienten tydliga besked, vilket antyder att vårdpersonalen, och däribland läkarna, har ett ansvar för att informera patienterna gällande vårdgarantin. Utöver den vaga formuleringen om informationsansvaret är det dock oklart om och i så fall vilken roll vårdpersonalen eller specifikt läkarna ska ha i reformarbetet.

Att man på nationell nivå inte i någon större utsträckning specificerat vilken roll läkarna ska ha vid implementeringen kan möjligen tolkas som en medveten strategi. Det är de enskilda landstingen som genom det kommunala självstyret ytterst ansvarar för att organisera vården, varför staten och SKL delvis måste ha en tillbakadragen roll. Senare dokument som formulerats efter den ursprungliga vårdgarantiöverenskommelsen, exempelvis SKL:s handlingsplan för vårdgarantin från 2009 och regeringens proposition (prop. 2009/10:67) om en lagstadgad vårdgaranti, är dock mer explicita när det gäller att påtala vårdpersonalens, och därigenom läkarnas, ansvar för att ge individualiserad information om vårdgarantin till patienten. Det är dock fortfarande inte formulerat exakt vilken personalgrupp som har ansvar för vad och vad de bör göra för att genomföra reformen.

Eftersom genomförandet av vårdgarantin främst åläggs landstingen är det rimligt att förvänta sig att landstingen i större utsträckning än den nationella nivån skulle ha utformat utförliga riktlinjer om vem som ska ansvara för vad vid själva implementeringen av reformen. Vår granskning av landstingens styrdokument visar emellertid att man, med något undantag, inte heller här explicit har uttryckt vilka yrkesgrupper som ska utföra delar av implementeringen längst ut i vårdens organisation. I stället är det mer vanligt med övergripande policydokument som understryker att all vårdpersonal har ett allmänt informationsansvar när det gäller patienternas rättigheter i vården, exempelvis med avseende på rätten att nyttja vårdgarantin och att välja vårdgivare.

Mot bakgrund av den otydlighet som finns i styrdokumentet kring läkarens roll vid genomförandet av vårdgarantin finns det anledning att väcka frågan om hur implementeringsprocessen strukturerats, både på nationell och på lokal nivå. Det är tydligt att varken staten eller landstingen, när reformen lanserades, explicit uttryckt att läkarna ska inta den centrala roll som vi anser att de bör ha för att vårdgarantins intentioner ska kunna uppfyllas. Det

tycks som om få initiativ har tagits från landstingshåll för att exempelvis informera läkarna om regelverket och vad som förväntas av dem i arbetet för att uppfylla garantin. En viktig slutsats i rapporten är därför att den politiska styrningen, både på nationell och på regional nivå, brister i detta avseende vilket kan få konsekvenser för patienternas nyttjande av reformen.

Varför är det då centralt att läkarna ges en nyckelroll i genomförandet av vårdgarantin? Vi hävdar att en viktig del för att kunna uppfylla reformen, bl.a. är att informera patienterna om rättigheten att åberopa vårdgarantin och hur han eller hon ska kunna nyttja den i praktiken. I samtalet med patienten blir det exempelvis aktuellt att diskutera frågor som rör den egna klinikens väntetider, samt andra alternativa vårdgivare. Formella s.k. kökanslier och andra yrkeskategorier än läkare kan vara och fungerar redan i dag som informatörer, men vi menar att läkaren som primär behandlare av patienten borde inta en central roll när det gäller att upplysa patienten om dess rättigheter och möjligheter att nyttja vårdgarantin. Detta eftersom kunskaper om väntetider och andra vårdgivers förutsättningar att kunna ge en viss behandling till syvende och sist är en integrerad del av den medicinska professionella kompetensen. Det faller sig också mest naturligt att patientens frågor om *när*, *var* och *hur* en eventuell behandling ska ske uppstår i mötet mellan läkare och patient i den situation där läkaren fattat det medicinska beslutet om att sätta upp patienten på väntelista, dvs. besluta om medicinsk åtgärd. Att exempelvis diskutera vilka medicinska konsekvenser det får för en patient att välja att vänta vid den egna kliniken eller att välja vård hos annan vårdgivare i enlighet med vårdgarantin är en fråga som i de flesta fall lämpar sig bäst att diskutera med sin läkare.

### **En majoritet av läkarna anser inte att de har ett ansvar för att uppfylla vårdgarantin**

I rapportens andra frågeställning undersöktes dels om ortopederna över huvud taget anser att de har en roll att fylla när det gäller vårdgarantins implementering, dels om de intar den roll som vi argumenterat för att de borde ha för att garantin ska kunna uppfyllas, exempelvis genom att informera och hjälpa patienten att nyttja garantin.

Resultaten visar att de tillfrågade ortopederna ser väldigt olika på vilket ansvar de har för att förverkliga vårdgarantin och att de också agerar olika i praktiken för att hjälpa patienterna att nyttja garantin. Faktum är att vi i analysen av enkätsvaren ser tydliga U-formade svarssamband på många av frågorna, vilket tyder på att ortopederna är starkt polariserade i sin uppfattning kring vårdgarantin. Många, men inte alla, är positivt inställda till reformen i sig men anser ändå *inte* att de själva har ett ansvar för att verkställa reformen. Detta, att många ortopeder inte anser sig ha ett ansvar för implementeringen, motiverar en grupp av respondenterna med att de själva inte upplever att de kan påverka faktorer som avgör vårdgarantins utfall, t.ex. tillgången på resurser. En ytterligare typ av kommentar ger uttryck för att detta är en fråga för politikerna och inget som den enskilde läkaren varken kan eller bör lägga sig i. Reformen beskrivs mer som ett politikerjippo än ett medel för att stärka patienternas rättigheter. Det finns dock en liten distinkt grupp läkare, som anser att de i sin yrkesroll har ett tydligt ansvar för att förverkliga patientens vårdgaranti, t.ex. genom att vara patientens "guide" i systemet.

En möjlig förklaring till varför en majoritet av läkarna i studien inte generellt anser att de har ett ansvar för att uppfylla vårdgarantin kan vara vagheten i den politiska styrningen rörande garantin. Det är inte självklart att enskilda läkare självmant tar på sig nya arbetsuppgifter om ingen i ledningsposition för verksamheten uttalar att läkarna bör ha detta ansvar. En alternativ förklaring kan vara att en del läkare helt enkelt inte vill ta ansvar för reformer som de i grunden tycker motverkar för dem viktiga principer i vården.

När det gäller läkarnas faktiska handlande för att ge individuellt utformad information till patienterna om vårdgarantin, visar resultaten en delvis splittrad bild. Vissa läkare informerar regelbundet om reformen. Oftast ges dock informationen till patienterna framför allt när patienten själv efterfrågar detta och/eller när väntetiderna är långa. Detta resultat tyder alltså på att läkarnas medverkan är "villkorad", dvs. att speciella omständigheter måste vara uppfyllda för att de aktivt ska informera patienten om vårdgarantin.

Samtidigt är det givetvis rimligt att läkare vid kliniker som i stort sett inte har några köer avstår från att informera om vårdgarantin i mötet med patienten. Däremot vore det rimligt att

informera i situationer då det är oklart om vårdgarantin kommer att kunna hållas eller inte.

Intressant att notera är dock att de flesta läkare är betydligt mer aktiva när det gäller att informera patienterna om själva kösituationen vid kliniken. Detta tycks på ett annat sätt vara inkluderat i det dagliga mötet med patienterna.

### **Bristen på operationssalar och vårdplatser – centrala hinder för att uppfylla vårdgarantin**

I rapportens tredje frågeställning undersöktes tre teoretiska förutsättningar, "kan", "förstår" och "vill" som kan tänkas påverka läkarnas möjligheter att genomföra vårdgarantin.

Förutsättningen "kan" handlar om organisatoriska faktorer som antingen kan främja eller hindra läkarna från att genomföra reformen. Frågorna som ställdes i enkätundersökningen berörde således om läkarna ansåg att det föreligger brister eller hinder i organisationen som gör att de inte kan verka i enlighet med vårdgarantins intentioner, exempelvis begränsade resurser i form av pengar, lokaler, utrustning eller personal. Resultaten visar att en övervägande majoritet av ortopederna i studien anser att bristen på operationsutrymme är ett centralt hinder för att uppfylla vårdgarantin. Dessutom utgör bristen på vårdplatser ett centralt problem. Däremot anser en majoritet av ortopederna att det inte finns några yttre hinder för att förverkliga vårdgarantin, exempelvis i form av begränsade möjligheter att remittera patienter till annan vårdgivare.

### **Läkarnas begränsade kunskaper om vårdgarantins regelverk kan försämra patientinformationen**

Resultaten visar vidare att många läkare uppfattar att landsting, sjukhus- och klinikledningarna inte erbjudit dem att delta i någon utbildning eller något riktat informationstillfälle gällande vårdgarantins regelverk. Detta kan vara en indikation på att sjukhusledningarna inte har strukturerat implementeringsprocessen i den utsträckning som vore önskvärt. Ett mer kritiskt förhållningssätt till resultaten kan dock vara att landstingen/sjukhusledningarna i själva verket har utfört informationsinsatser om vårdgarantin

gentemot läkarna, men att de inte medverkat vid informations-tillfällena eller inte tagit till sig av befintlig information.

Trots att flera läkare i studien uppger att de inte fått erbjudande om att delta i någon utbildning eller något riktat informations-tillfälle om vårdgarantins regelverk menar ändå de flesta att deras kunskap om vårdgarantins grundprinciper är goda. Detta stärks också delvis av specifika kunskapsfrågor i enkäten, vilka testar läkarnas kunskaper om regelverket. Däremot är detaljkunskapen kring reformen och kunskapen om väntetider på andra kliniker mindre goda. Liknande resultat visades även i Socialstyrelsens senaste uppföljning om vårdgarantin, som utifrån en enkätstudie av SKL kom fram till att vårdpersonalen hade goda kunskaper om tidsgränsen på 90 dagar för ett första besök till specialistvården, men sämre kunskaper gällande tidsgränser i primärvården och vem som ska betala patientens eventuella merkostnader för vård hos annan vårdgivare. Vidare visade sig andelen läkare som upplevde att de fått utbildning alternativt information om vårdgarantins regelverk vara tämligen låg (Socialstyrelsen 2010). Förutsättningen "förstår", dvs. om läkarna verkligen förstår och känner till reformens regelverk är alltså enbart till viss grad uppfyllt. Huruvida läkarkårens begränsade kunskaper kring reformen verkligen är ett hinder för att hjälpa patienterna att nyttja vårdgarantin är emellertid oklart utifrån svaren i enkäten. Möjligen innebär det att diskussionen kring vilken alternativ vårdgivare patienten ska välja försvåras då läkaren inte kan ge någon information om vilka andra vårdgivare som är möjliga att få vård hos inom tidsgränsen.

### **Läkarnas arbetsförhållanden och kliniska autonomi påverkas av vårdgarantin**

Den tredje förutsättningen "vill" handlar om läkarnas faktiska vilja att tillämpa reformen. Ett teoretiskt antagande är att läkarna kan vara mindre villiga att genomföra reformer om de tydligt inskränker på deras arbetsförhållanden och kliniska autonomi, dvs. läkarnas möjligheter att fritt styra över sina arbetsvillkor och den behandlingsplan som de utformar i mötet med patienten.

Resultaten visar att merparten av ortopederna i studien är överens om att vårdgarantin ökat det administrativa arbetet. Samtidigt råder det delade meningar kring huruvida vårdgarantin

tar tid från andra arbetsuppgifter eller inte. Om den grupp läkare som inte anser att reformen tar tid från andra arbetsuppgifter är mer effektiv i sitt arbete eller om det beror på att de helt enkelt inte har några längre väntetider vid sin klinik går tyvärr inte att utläsa från svaren. En mer kritisk tolkning kan naturligtvis vara att denna grupp inte har inlemmat vårdgarantiarbetet i sin dagliga verksamhet och att de därför inte uppfattar att reformen tar någon tid i anspråk. Det faktum att många läkare ändå uppger att vårdgarantin ökat det administrativa arbetet tyder på att deras arbetsförhållanden i viss grad inskränkts. En tänkbar konsekvens av detta skulle vidare kunna vara att läkarna är mindre villiga att genomföra reformen, exempelvis informera patienterna om vårdgarantin och gällande väntetider.

Mer intressant är kanske att resultaten indikerar att vårdgarantireformen dessutom inkräktat på läkarnas kliniska autonomi, t.ex. mandatet att själv bestämma över när en patients behandling ska ske. Många av läkarna uttrycker i sina svar att de respekterar den angivna tremånadersgränsen och att den för många patienter är lagom lång. Samtidigt upplever man ibland tidsgränsen som väl oflexibel, vilket tyder på att läkarna i vissa fall hade velat göra andra medicinska bedömningar om när patienten ska behandlas. Förvisso är det möjligt för läkarna att låta en patient vänta längre än 90 dagar med hänvisning till medicinska skäl, exempelvis om man måste vänta ut en stabilisering av blodtrycket innan en operation är aktuell, och ändå klara vårdgarantin. En läkare kan dock inte, enligt regelverket, undanta patienter som fått ett beslut om behandling från vårdgarantin för att det finns mer akuta fall som bör gå före. Om patienter, efter ett beslut om behandling, får vänta längre än 90 dagar (utan att de har accepterat att vänta) så bryts vårdgarantin.

Att läkarnas kliniska autonomi tycks ha inskränkts genom reformen, stärks av många respondenters tydliga uppfattning om att vårdgarantin leder till felprioriteringar i vården. Framför allt menar de att yngre, välutbildade och mindre sjuka patienter prioriteras framför äldre patienter och kroniskt sjuka. Något som skulle kunna tolkas som att vissa ortopedier anser att vårdgarantin tvingar dem att frångå den viktiga etiska och lagstiftade principen om vård efter behov, vilket därmed också är att betrakta som ett tydligt ingrepp i den kliniska autonomin.

På flera av frågorna om den kliniska autonomin fanns det en tydlig korrelation mellan hur länge ortopederna varit yrkes-

verksamhet och hur de svarade. Exempelvis upplevde ortopederna, med längre yrkeserfarenhet, att reformen i lägre grad inskränkte deras kliniska autonomi. En förklaring till detta kan möjligen vara att en läkare med längre erfarenhet känner sig tryggare i sin yrkesroll vilket gör att han eller hon kan ta in andra aspekter än de rent kliniska i mötet med patienten, exempelvis frågan om patientens rätt att nyttja vårdgarantin och att välja vårdgivare. En annan förklaring kan vara att man med ökad erfarenhet blir mer effektiv i sitt arbete och därför har kraft att göra det där "lilla extra". Möjligen kan det också vara så att man på ett annat sätt än yngre kollegor vågar fatta beslut om vårdgarantiremisser till annan vårdgivare trots att de kanske belastar klinikens ekonomi. En ytterligare alternativ förklaring skulle kunna vara att läkare med längre yrkeserfarenhet i större utsträckning har en ledande position vid klinikerna. Därmed har de sannolikt en annan inblick i syftet med reformerna samtidigt som de har ett chefsperspektiv, vilket skulle kunna innebära en annan syn på vad som behöver göras för att uppfylla vårdgarantin.

Resultaten när det gäller studiens tredje frågeställning om läkarnas förutsättningar att genomföra vårdgarantin visar sammanfattningsvis att läkarna uppfattar att det finns vissa organisatoriska hinder för att uppfylla garantin i form av brist på operationssalar och vårdplatser. Vidare uppger en majoritet att de inte erbjudits någon utbildning eller riktad information angående vårdgarantins regelverk. Detta tycks också ha påverkat deras förståelse för reformens regelverk, eftersom flera svarar felaktigt på några av enkätundersökningens kunskapsfrågor om vårdgarantin. En övervägande majoritet av läkarna upplever också att de administrativa uppgifterna har ökat som en följd av vårdgarantin, vilket tyder på att deras arbetsförhållanden i viss grad inskränkts. Dessutom anser många att reformen leder till felprioriteringar i vården p.g.a. allt för oflexibla tidsgränser och att yngre och friskare blir felaktigt prioriterade före äldre, svårare sjuka. Detta måste betraktas som ett inskränkande av läkarnas kliniska autonomi.

### Studiens generaliserbarhet

Frågan är om studiens resultat är generaliserbara till att gälla alla ortopederna och andra medicinska specialiteter? Studiens resultat bygger på en enkät som skickades till samtliga ortopederna i landet.

Trots att knappt 60 procent svarade på enkäten anser vi ändå att studiens resultat kan sägas vara generaliserbara för alla ortopedier i landet då den icke-svarande gruppen inte skiljer sig åt på några väsentliga bakgrundsvariabler. Vidare är frågan om studiens resultat är generaliserbara till andra läkargrupper än ortopedier. Detta är naturligtvis svårare att besvara. Vi har tidigare argumenterat för att ortopedi är en specialitet inom vilken förutsättningarna är goda för en lyckosam implementering av vårdgarantin. Ändå har vi sett i studien att vissa saker inte fungerat i implementeringen, exempelvis informationen till patienterna om reformen. Det finns alltså anledning att tro att verksamheter med mindre gynnsamma förutsättningar kommer att ha svårare att implementera vårdgarantin. Inom psykiatri finns exempelvis inte lika väldefinierade diagnosgrupper vilket ibland gör det svårt att veta om och när vårdgarantin ska appliceras.

Frågeställningar att gå vidare med i kommande studier är om det finns någon koppling mellan resultatet att läkare som upplever att de har goda förutsättningar att genomföra reformen, dvs. känner att de "kan", "förstår" och "vill", också i praktiken är mer benägna att uppfylla reformintentionerna, exempelvis informera eller på andra sätt hjälpa patienterna att nyttja garantin? En tidigare studie av valfriheten i vården visar tydligt att läkare som uppfattar valfriheten som en inskränkning av den egna autonomin är mindre benägna att hjälpa patienterna att välja vårdgivare (Winblad 2008). Huruvida detta även gäller för vårdgarantin är intressanta frågor att gå vidare med i kommande studier.

## Studiens teoretiska bidrag

I en studie om vårdgarantin av Hammer (2010) kommer författaren till slutsatsen att vissa av de tillfrågade läkarna, uppfattar reformen som ett "administrativt utanpåverk" i den bemärkelsen att de inte upplever att de har ett ansvar för att genomföra reformen. Denna slutsats stärks delvis av den här rapporten som visar på att många läkare ser på vårdgarantin som ett politiskt påfund och därmed ytterst ett politiskt ansvar. Något som inte minst intygas av att en majoritet av de tillfrågade läkarna anser att de inte har ett ansvar för att förverkliga vårdgarantin. En tydlig kontrast till detta är i stället de nationella (medicinska) riktlinjerna, vilka de flesta läkarna i studien anser det betydligt viktigare att

följa. Detta stärker också uppfattningen att politiska reformer tycks följa två parallella spår i vården i dag. Ett som rör reformer av medicinsk art, som man i rollen som läkare anser att man bör följa, och ett spår som rör mer administrativa reformer, vilka inte uppfattas som lika viktiga att följa. Denna bild måste dock nyanseras. I studien framkommer att det finns en inte oansenlig grupp ortopedier som ändå anser att de har ett eget ansvar för att vårdreformen uppfylls. Dessa läkare uttrycker att de vill påverka de faktorer som är möjliga för dem att göra någonting åt även om de inser att förutsättningarna att påverka de totala resursramarna är sämre.

Att många läkare ser på reformen som ett politiskt påfund kan kopplas till studien av Brorström och Nilsson (2008) som visar att organisationsförändringar i vården främst leder till förändringar om den stämmer överens med professionens egen idealmodell över hur vården bör organiseras. Vår studie visar att många ortopedier inte är tillfreds med vårdgarantins konstruktion, men samtidigt vittnar enkätsvaren om att de anser att det finns ett stort värde i att hålla väntetiderna korta. Hur läkarna själva anser att man bör arbeta med väntetiderna i vården ger studien dock inga direkta ledtrådar om. Kanske hade läkarnas inställning och agerande sett annorlunda ut om de själva fått bestämma hur patienterna ska få snabbare vård, t.ex. bestämma de faktiska tidsgränserna.

I teoridelen redovisade vi Lipskys syn på professionernas roll i implementeringsprocessen. Enligt honom kan professionerna ses som en homogen grupp som förhåller sig på ett likartat sätt till politisk styrning. I motsats till Lipsky argumenterade vi för att antagandet om en homogen professionell grupp inte stämmer fullt ut. Olika professioner har speciella särdrag som på olika sätt kan påverka politikens utfall, genom att de delvis intar olika förhållningssätt till den politiska styrningen. Exempelvis borde den biomedicinska kunskapsmodellen spela stor roll när det gäller just läkarkårens reaktioner på den statliga styrningen. Medicinsk praxis skiljer sig från politisk praxis, exempelvis genom dess fokus på den enskilda patienten varför det är tänkbart att läkare, i och med sin starka ställning i vården, kan gå på tvären mot politiskt fattade beslut som ofta fokuserar på hela befolkningen.

Våra resultat visar dessutom att Lipskys teoretiska modell bör nyanseras ytterligare. Läkarnas uppfattningar kring vårdgarantin är starkt polariserade. Som nämnts tidigare har många av frågorna gett U-formade svarssamband, exempelvis visar resultatet att en stor

andel av läkarna är väldigt positiva till reformen samtidigt som en lika stor andel är negativt inställd till densamma. Studien visar således att det inom en och samma profession – t.o.m. inom samma specialitet – kan finnas olika förhållningssätt till politisk styrning. Fortsatta studier måste därför ställa frågan vad som kan förklara polariseringen i uppfattningar *inom* läkarprofessionen.

En fråga man kan ställa sig är om läkarnas synpunkter bygger på faktiska erfarenheter av vårdgarantin eller på förhand bestämda uppfattningar? En del läkare kanske reagerar instinktivt negativt på all form av politisk styrning, medan andra ser det som mer naturligt att arbeta i en politiskt styrd organisation, något som rimligen också borde påverka hur de ser på vårdgarantin och hur de agerar i samband med implementeringen av olika reformer i vården. Det faktum att åsikterna skiljer sig så markant inom gruppen får dock konsekvenser för den nationella styrningen. Hur ska man implementera en reform när enskilda individer – inom en och samma yrkeskår – har en så heterogen syn på politisk styrning och sin egen roll i styrningskedjan?

Studiens resultat kan även ses som ett bidrag i debatten kring läkarprofessionens ökade eller minskade maktposition i vården. I den akademiska debatten har det länge pågått en diskussion om huruvida läkarnas makt minskat eller ökat genom de senaste decenniernas förändringar i samhället, exempelvis att patienterna blivit mer krävande eller att den ökade regleringen och standardiseringen i vården lett till en ökad kontroll av läkarkåren. Vissa teoretiker menar att inskränkningar av den kliniska friheten uppfattas som särskilt kännbara av läkarkåren eftersom de inkräktar på den inre kärnan av arbetet. I inledningen till föreliggande rapport argumenterade vi för att vårdgarantin kan inkräkta både på läkarnas arbetsförhållanden och kliniska autonomi, dels för att reformen kan leda till ytterligare arbetsuppgifter för läkarna, dels för att de fastlagda tidsgränserna styr läkarnas prioriteringar. Detta kan i förlängningen leda till att läkarna motverkar reformen. Studiens resultat ger belägg för att professionens ställning har påverkats av vårdgarantireformen, både när det gäller den kliniska autonomin och läkarnas arbetsförhållanden. Bland annat skriver ortopederna i enkäten att vårdgarantin leder till att de tvingas göra felaktiga prioriteringar och att reformen har minskat deras möjligheter att styra över sina arbetsförhållanden. I detta avseende kan man alltså hävda att reformen inneburit att läkarnas inflytande över deras kliniska

verksamhet minskat. Den intressanta frågan att gå vidare med är om detta inverkat negativt på läkarnas benägenhet att aktivt verka för ett genomförande av reformen, exempelvis att informera om vårdgarantin.

Historikern Niklas Stenlås betonar, i en rapport till ESO om lärare, att man från statligt håll bör fråga sig vilka konsekvenser implementeringen av en reform kan leda till och om den försvårar för yrkesgruppen att utöva sitt professionella omdöme i den dagliga verksamheten. Stenlås menar att ett inskränkande av utövandet gör att man tappar hela poängen med en professionsstyrd verksamhet där staten har sanktionerat yrkesgruppens frihet i utbyte mot goda resultat (Stenlås 2009). Kanske är det inte möjligt att erhålla högkvalitativ vård och professionella läkarinsatser om man samtidigt minskar autonomin för yrkesgruppen? I fallet med vårdgarantin tycks det som om reformen försvårar för läkarna att låta den som har störst behov av vård prioriteras. I detta avseende kan reformen anses vara problematisk. Samtidigt kan en allt för autonom läkarkår få negativa konsekvenser när det gäller styrningen av vården. Ytterst är det de förtroendevalda politikerna som fått mandatet att besluta om hälso- och sjukvårdens innehåll - inte enskilda yrkesgrupper i vården. Detta innebär också att de förtroendevalda måste kunna fatta beslut som leder till att den allmänna folkviljan får vad den förväntar sig av vården, men som kanske samtidigt går emot de professionellas åsikter om vilka mål eller reformer som bör vara styrande för verksamheten. Enligt detta synsätt måste därför verkställarna av reformen, i det här fallet den medicinska professionen, agera med viss följsamhet vid själva implementeringsfasen. Om inte, riskerar legitimiteten för den offentligt styrda vården att på lång sikt gå förlorad.

### **Praktiska konsekvenser av studiens resultat**

I studien har vi, med stöd av gällande regelverk och politiska styrdokument för vårdgarantin, argumenterat för att läkarna har en central roll att fylla för att patienterna ska kunna nyttja vårdgarantin, exempelvis genom att informera patienterna om rättigheten i sig och att stödja patienten i sitt beslut att eventuellt välja annan vårdgivare. Reformen tycks dock i hög grad bygga på att det är patienten själv som ska ta ett aktivt ansvar för att aktivera vårdgarantin. I dag förväntas patienterna på många ställen i landet

ringa till s.k. vårdgarantienheter eller till den aktuella kliniken för att kunna nyttja garantin, antingen genom att påverka sin plats i kön eller för att slussas till andra vårdgivare. Frågan är om detta är ett lämpligt förfarande? Borde det inte ingå som en naturlig del i det första mötet med vården att när beslut fattats om behandling ta upp diskussionen om möjligheten att nyttja eventuell vårdgaranti? Våra resultat visar att flera av ortopederna också tar ett ansvar för att informera patienterna om vårdgarantin. En grupp anger emellertid att de inte alls informerar och andra "villkorar" informationen på olika sätt. Konsekvensen om patienterna inte blir informerade blir troligen att vissa mindre krävande patientgrupper blir missgynnade.

Det som var allra tydligast i resultaten var att många av läkarna ansåg att de medicinska prioriteringarna av olika patientgrupper påverkades negativt av vårdgarantireformen. En stor andel av de tillfrågade läkarna anger att vårdgarantin leder till att fel patientgrupper prioriteras. I kommentarerna framkommer det tydligt att många av respondenterna anser att det är principiellt fel att yngre, friskare och mer krävande patienter "ligger på", t.ex. ringer och åberopar vårdgarantin, för att få snabbare vård på bekostnad av andra patientgrupper. Mekanismen är alltså att patientgrupper som man uppfattar som sjukare, och som inte nått fram till 90-dagarsgränsen men som är i behov av en åtgärd, trängs undan av mindre sjuka som riskerar att passera 90-dagarsgränsen. Denna synpunkt är mycket viktig och visar tydligt att läkarkåren strävar efter att verka i enlighet med behovsprincipen som utgör hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf. En fråga man ändå kan ställa sig är varför klinikerna accepterar detta förhållande och varför vissa av läkarna i studien inte ser sin egen roll i att hjälpa de svagare patientgrupperna att åberopa vårdgarantin, exempelvis genom att i varje patientmöte väcka frågan om garantin. Det är befogat att kräva att alla patienter ska ha en rimlig chans att nyttja garantin, även äldre och sjuka som kanske inte i lika hög grad har möjligheter att tillvarata sina rättigheter. Det kan t.ex. inte anses som godtagbart förfarande att bara skicka ut ett brev till samtliga patienter om att de själva får åberopa garantin och där det inte ens alla gånger framgår vad som förväntas av patienten för att få vård inom 90 dagar.

När det gäller statens och landstingens styrning av reformen visar våra resultat att vare sig de centrala eller de lokala styrdokumenten på något tydligt sätt specificerar läkarnas roll vad

gäller implementeringen. Vad beror detta egentligen på? En möjlig tolkning är att det rör sig om en medveten strategi där staten drar sig för att peka ut läkargruppens ansvar eftersom detta skulle innebära en inskränkning av det lokala självbestämmandet. En ytterligare förklaring kan vara att både stat och landsting vill undvika att belasta läkarna med fler arbetsuppgifter eftersom många redan i dag anser att de tvingas lägga mer tid på andra sysslor än på effektiv behandlingstid.

Om man från politiskt håll menar allvar med reformen bör emellertid de politiska beslutsfattarna också våga tydliggöra vem som ska ansvara för vad i de olika styrningsleden. Som det ser ut i dag tycks politikerna ha riktat reformen direkt mot patienterna – reformen berör främst patienternas rättigheter och föreskriver inte hur vårdpersonalen ska agera för att förverkliga reformens intentioner. Frågan är därför om förtroendevalda på statlig- eller landstingsnivå i tillräckligt hög utsträckning har identifierat de olika vårdprofessionernas roll i vårdgarantiarbetet och diskuterat vad som är politikens ansvar respektive den medicinska domänens ansvar i frågan. Det är t.ex. rimligt att politikerna tar ett ansvar för att visa att frågan är prioriterad genom exempelvis utökade resurser för att vårdgivarna ska klara vårdgarantin. Men vården och dess personal bör också ta ett aktivt ansvar för att dels informera, dels att identifiera var i den medicinska vårdkedjan effektiviseringar kan genomföras för att korta köer.

Viktigt att poängtera är att våra resultat visar att det faktiskt spelar roll hur landstingen och/eller sjukhusledningarna försökt styra vårdgarantiarbetet. I enkätsvaren framgick att vissa läkare upplevt att aktörer högre upp i styrningskedjan ställt tydliga krav när det gällde tillgänglighetsarbetet och att frågan om att korta köer därför kommit att bli en ständigt levande diskussion på kliniken – något som i sig lett till en bättre följsamhet till reformintentionerna.

Syftet med denna rapport har varit att undersöka om det är möjligt att styra läkares agerande genom politiskt fattade beslut. Många har hävdat att det, till skillnad från andra professioner såsom lärare och socionomer, är svårt att styra läkarkåren genom politiska direktiv. En viktig fråga är därför om den här studiens resultat bekräftar det antagandet, eller om de tvärtom tyder på att den medicinska professionens agerande faktiskt går att påverka? Är läkarna mottagliga för politisk styrning eller är politisk styrning av läkare som att hålla vatten på en gås? Vårdgarantin är en nationell

reform som på många sätt utmanar läkarkårens traditionella autonomi. Av den anledningen finns det skäl att tro att vårdgarantin är särskilt svår att implementera i vården. Våra resultat visar förvisso att vissa av läkarna redan i dag arbetar i linje med vårdgarantireformens intentioner. Exempelvis informerar en liten, men distinkt grupp, av ortopederna patienterna om vårdgarantin och hur patienterna ska gå till väga för att nyttja vårdgarantin. Samtidigt är det en stor grupp av ortopederna som inte regelmässigt intar denna roll och som heller inte uppfattar att de har ett ansvar för att genomföra garantin. Här har man alltså inte från politiskt håll lyckats styra läkarnas beteende fullt ut.

Å andra sidan, visar studiens resultat att många läkare uppfattar att de känner sig påverkade av vårdgarantin och att den inkräktar på deras gängse sätt att arbeta – i detta avseende kan alltså reformen ha haft en styrande verkan. Många av de svarande anger exempelvis att reformen innebär en tydlig bortträngning av mer behövande patienter till förmån för vad man uppfattar som yngre, resursstarka och mindre sjuka patienter. I detta avseende görs alltså prioriteringar enligt vårdgarantin som läkarna inte anser vara förenliga med portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen om vård efter behov.

En fråga man kan ställa sig är om denna styrning var avsiktlig? Från statligt håll har man sedan länge sanktionerat läkarkåren en hög grad av klinisk autonomi. Att läkarkåren så tydligt lyfter fram att fel patientgrupper prioriteras gör att man från statligt håll bör fråga sig vilka konsekvenser implementeringen av reformen leder till och om det är lämpligt att den försvårar för yrkesgruppen att utöva sitt professionella omdöme i den dagliga verksamheten. Studien illustrerar således den mållkonflikt som kan uppstå när staten väljer att lagstifta eller reglera områden i sjukvården samtidigt som man i förhållandevis stor utsträckning vill ha en autonom medicinsk profession med expertkunskap och förmåga att fatta självständiga beslut.

Ytterligare en viktig slutsats när det gäller diskussionen om reformens styrande verkan är att vissa läkare i studien betraktar vårdgarantin som ett politiskt påfund, och därmed mindre viktig att följa jämfört med exempelvis de nationella riktlinjerna som är utformade av professionen själv. Vad detta beror på är svårare att säga. Möjligen handlar det om att förtroendevalda och profession utvärderas utifrån olika saker, och att det därmed påverkar vilka mål som de anser bör vara mest styrande i vården. Ofta utvärderas

politikerna, å ena sidan, av befolkningen (väljarna) på områden i sjukvården som handlar om tillgänglighet, bemötande och god service, därför läggs också stora delar av den politiska kraften på de frågorna. Den medicinska professionen, å andra sidan, utvärderas framför allt på områden som handlar om medicinsk kvalitet, patientsäkerhet och förmåga att göra de rätta medicinska prioriteringarna (Andersson 2007). Här tycks det därför som särskilt viktigt att föra en diskussion mellan beslutsfattare och läkare om vad det innebär att arbeta i en politiskt styrd organisation, och hur man ska organisera vården på ett sätt som gör att dessa olika värden och mått på kvaliteten kan kombineras. Till syvende och sist arbetar man åt samma uppdragsgivare, dvs. medborgarna.

## Rekommendationer

Nyligen fattade riksdagen beslut om en lagstadgad vårdgaranti. Baserat på studiens resultat följer nedan ett antal råd och rekommendationer som beslutsfattare på nationell och regional nivå samt läkare på olika nivåer i vårdsystemet kan ha i åtanke i den fortsatta utformningen och implementeringen av vårdgarantin.

### *Läkaren som patientens guide*

Studiens resultat visar att det varierar om läkaren informerar patienten om vårdgarantin och aktuella väntetider. Ska vårdgarantin fungera som en reell patienträttighet kan inte hela ansvaret att åberopa kortare väntetider åläggas patienten. I de fall patienterna inte informeras personligen kan konsekvensen bli att de inte åberopar vårdgarantin, dvs. inte väljer andra vårdgivare när den egna kliniken har svårt att hålla garantin. Vi menar att det borde ingå som en naturlig del i det första mötet med läkaren (när beslut fattats om behandling och i de fall kliniken inte bedöms hålla väntetiden) att dels stödja patienten i att fatta beslut om att välja annan vårdgivare eller att stanna kvar vid mottagningskliniken, dels visa på möjligheterna med andra vårdgivaralternativ och hur kortare väntetid kan påverka själva sjukdomsförloppet. En ökad benägenhet hos patienter att välja kliniker med kortare väntetider kan göra att efterfrågan och utbud på landets kliniker får en

jämnare fördelning och i förlängningen bidra till ökad tillgänglighet i sjukvården i stort. Att patienter inte rör sig mellan vårdgivare eller över landstingsgränserna gör att de samhällsekonomiska vinsterna uteblir och att patienten får vänta i onödan.

### *Tydliggör vem i styrningskedjan som ska göra vad*

Studien visar att en majoritet av läkarna inte upplever att de har ett ansvar för att genomföra vårdgarantin. Detta kan kopplas till en otydlighet i de politiskt beslutade styrdokumenterna om vilka aktörer i vården som ska ansvara för vad. Det är exempelvis inte klart uttalat i vårdgarantins styrdokument hur och på vilket sätt läkarna ska ha en roll för att informera patienterna om garantin eller att arbeta för effektiviseringar av vårdkedjan. Här har politiska beslutsfattare ett ansvar att tydliggöra läkarnas och annan vårdpersonals roll. I dag tycks det som om förtroendevalda riktar s.k. patienträttighetsreformer direkt mot patienterna utan att beakta att vårdpersonalen har en central roll för att stödja patienten i att förverkliga vårdgarantin och andra patienträttigheter i vården. Här menar vi att man från politiskt och administrativt håll måste våga tydliggöra och diskutera vilken roll läkarna ska ha i förhållande till vårdgivaren, men också gentemot andra personalgrupper när det gäller att vidta åtgärder för att implementera reformen, om den här och liknande reformer i vården ska falla väl ut.

### *Vikten av att förstå reformens syfte och design*

En tredje viktig rekommendation är att reformer i vården generellt måste förankras tydligare i läkarkåren, framför allt genom riktad information och genom en pågående diskussion om reformers innehåll och syfte. Studiens resultat visar att ortopederna har generell kunskap om vårdgarantins regelverk men saknar detaljkunskap om dess innehåll och vilken roll man som enskild läkare bör ha vid dess genomförande. Redan tidigt i policyprocessen bör därför resurser avsättas för att läkarna ska kunna diskutera reformens innebörd och betydelse samt vad som förväntas av dem vid implementeringen av reformen. Det bör även finnas formaliserade arenor för att återföra kritik på redan genom-

förda reformer när de väl sjösatts. I dag saknas det på många håll i landet arenor för reflekterande samtal mellan verkställarna av sjukvårdspolitiken, i detta fall läkarna, och beslutfattare inom vården.

## Referenser

- Andersson, C. 2007. Kan politiken styra vården? – Om hinder för implementering av en nationell vårdgaranti i sjukvården. C-uppsats, Statsvetenskapliga institutionen, Uppsala universitet.
- Bejerot, E., Hasselbladh, H. 2003. Nya kontroll och maktrelationer i sjukvården. *Arbetsmarknad och arbetsliv* 2:107-127.
- Blomgren, M., Sahlin-Andersson, K. 2003. Ledning på distans: Att skapa kunskap för politisk styrning av sjukvård, editors, Stockholm: Landstingsförbundet.
- Blomqvist, P., (red). 2007. Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. Stockholm: SNS-förlag.
- Brante, T. 1987. Sociologiska föreställningar om professioner, I: Bergryd, U. (red.), Den sociologiska visionen. Stockholm: Rabén & Sjögren.
- Brante, T. 2009. Vad är en profession? – Teoretiska ansatser och definitioner. I: Lindh, M (red), Profession och vetenskap – idéer och strategier för ett professionslärosäte. Rapportserie: Vetenskap för profession. Rapport nr 8. Högskolan i Borås.
- Brorström, B., Nilsson, V. 2008. Does organization matter? A study of Physicians' ideal organization. *Financial Accountability & Management*, 24(2):193-206.
- Carder, M., Klingeberg, B. 1980. Towards a salaried medical profession: How "Swedish" was the Seven Crowns Reform? I: Heidenheimer, A.J., Elvander, N. 1980. (red.), The Shaping of the Swedish Health System. London: Croom Helm.
- De Fine Licht, J. 2007. Läkaren som politisk aktör – En undersökning av rolluppfattningar bland sexton primärvårdsläkare ur ett politiskt perspektiv. C/D-uppsats, Göteborgs universitet.
- Erichsen, V. 1995. State traditions and medical professionalization in Scandinavia. I: Johnson, T., Larkin, G., Saks, M. 1995. Health Professions and the State in Europe. New York: Routledge.

- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H., Wängnerud, L. 2007. Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad. 3., [rev.] uppl. Stockholm: Norstedts juridik.
- Freidson, E. 1970. Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care. New York: Atherton.
- Freidson, E. 1994. Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy. Oxford: Blackwell Publishers.
- Freidson, E. 2001. Professionalism: the Third Logic. Chicago: University of Chicago Press.
- Gabe, J. 2004. Consumerism. In Gabe, J., Bury, M., Elston, M.A. (eds) *Key Concepts in Medical Sociology*. London: Sage.
- Garpenby, P. 1989. The State and the Medical Profession - a cross-national comparison of the health policy arena in the United Kingdom and Sweden 1945-1985. Linköping Studies in Arts and Science, avh.
- Hallin, B., Siverbo, S. 2003. Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hammer, A. 2010. Vårdgarantin – genomgripande reform eller administrativt utanpåverk? – Om hur den nationella vårdgarantin uppfattas av dem som arbetar inom hälso- och sjukvården. Projektarbete, läkarprogrammet Uppsala universitet. Ht 2009.
- Hanning, M. 2005. Maximum Waiting-Time Guarantee – A Remedy to Long Waiting Lists? – Assessment of the Swedish Waiting-Time Guarantee Policy 1992-1996. Avhandling, Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Hanning, M. 2006. Väntetider i teori och praktik. *Socialmedicinsk tidskrift*. Årgång 83, häfte 5-6:274-282.
- Hasenfeld, Y. 1981. Book Review of Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services, *Social Service Review*, 55(1):155-6.
- Haug, M.R. 1973. Deprofessionalization: an alternate hypothesis for the future. *The Sociological Review Monograph*. 20:195-211.
- Haug, M.R. 1988. A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization. *The Milbank Quarterly*, 66(Supplement 2):48-56.
- Haug, M.R., Lavin, B. 1979. Public Challenge of Physician Authority. *Medical Care*, 1979;XV11(8):844-58.
- Haug, M.R., Lavin, B. 1981. Practitioner or Patient – Who's in Charge? *Journal of Health and Social Behavior*, 22(Sept.):211-29.

- Haug, M.R., Lavin, B. 1983. *Consumerism in Medicine: Challenging Physician Authority*. Beverly Hills: Sage Publication.
- Hill, M. 1997. *The Policy Process in the Modern State*. London: Prentice Hall.
- Hill, M. Hupe, P. 2002. *Implementing Public Policy: Governance in Theory and in Practice*. London: Sage Publications.
- Immergut, E.M. 1992. *Health politics, interests and institutions in Western Europe*. Cambridge/New York/Melbourne: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Jespersen, P.K., Wrede S. 2009. The changing autonomy of the Nordic Medical Professions. I: Magnusson, J., Vrangbaeck, K., Saltman, B.R. (eds.) 2009. *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Maidenhead: Open University Press.
- Kuhlmann, E., Burau, V. 2009. Managerial regimes meet the 'healthcare state': Introduction and outlook. *Journal of Health Organization and Management*, 23(3):275-88.
- Landstingsförbundet. 2005. Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om införande av en nationell vårdgaranti och en fortsatt satsning på förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.
- Larson, M.L. 1979. The rise of professionalism, *Pediatric*, 63(3):490.
- Levay, C., Waks. C. (red) 2006. *Strävan efter transparens: Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. Stockholm: SNS-förlag.
- Lindbeck, A., Molander, P., Persson, T., Petersson, O., Swedenborg, B. 2000. *Politisk makt med oklart ansvar*. Ekonomirådets rapport 2000.
- Lipsky, M. 1980. *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lundqvist, L.1987. *Implementation Steering. An Actor-Structure Approach*. Lund: Studentlitteratur.
- Läkarfakta 2009. Sveriges Läkarförbund.
- Mazmanian, D.A., Sabatier, P.A. (red.). 1981. *Effective Policy Implementation*. Lexington: Lexington Books.
- Mazmanian, D.A., Sabatier, P.A. 1983. *Implementation and Public Policy*. Glenview, Ill.: Scott, Foresman and Company.

- McKinlay, J.B., Arches, J. 1986. Historical Changes in Doctoring: A Reply to Milton Roemer. *International Journal of Health Services*, 16(3):473-77.
- McKinlay, J.B., Marceau, L. 2002. The end of the golden age of doctoring. *International Journal of Health Services*, 32(2):379-416
- Middlehurst, R., Kennie, T. 1997. Leading professionals: Towards new concepts of professionalism. I: Broadbent J., Dietrich M., Roberts J., eds. "The end of the Professions? The Restructuring of Professional Work. Routledge, London and New York, 50-68.
- Moore, S. T. 1987. The theory of Street Level Bureaucracy. A Positive Critique. *Administration & Society*, 19(1):74-94.
- Parsons, T. 1954. Essays in sociological theory. Revised Version. Illinois: The Free Press.
- Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.
- Qvarsell, R. 2007. Den svenska sjukvårdens organisation i ett historiskt perspektiv. I: Blomqvist, P (red), 2007. Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. Stockholm: SNS-förlag.
- Rothstein, B. 2001. Demokrati, förvaltning och demokrati., I: Rothstein, B (red), 2001. Politik som organisation. Stockholm: SNS-förlag.
- Sabatier, P.A. 1986. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(I):21-48.
- Sannerstedt, A. 2001. Implementering . Hur politiska beslut genomförs i praktiken. I: Rothstein, B (red), 2001. Politik som organisation. Stockholm: SNS-förlag.
- SFS 1982:763, Hälso- och sjukvårdslag.
- SFS 1998:531, Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
- Siverbo, S. 2007. Drivkraften bakom nya organisationsmodeller inom sjukvården. I: Blomqvist, Paula (red) Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. Stockholm: SNS-förlag.
- SKL. 2008. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti.

- SKL. 2009. Handlingsplan 2009 – för stöd till det nationella vårdgaranti- och tillgänglighetsarbetet.
- Socialstyrelsen. 1999. En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården – förutsättningar och konsekvenser. Stockholm: Socialstyrelsen 1999-00-021.
- Socialstyrelsen. 2008. Uppföljning av den nationella vårdgarantin. Artikelnummer: 2008-103-1.
- Socialstyrelsen. 2010. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden”. Årsrapport. Artikelnummer: 2010-3-12.
- Stenlås, N. 2009. En kår i kläm – Läraryrket mellan professionella ideal och statliga reformer. En rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO) 2009:6.
- Winblad Spångberg, U. 2003. Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården. Avhandling, Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Winblad, U. 2007. Valfriheten – en misslyckad sjukvårdsreform? I: Blomqvist, P (red). Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård. Stockholm: SNS-förlag.
- Winblad, U. 2008. Do Physicians care about patient choice? *Social Science & Medicine* 67(10):1502-11.
- Winblad, U., Vrangbaeck, K., Östergren, K. 2010. Do the waiting-time guarantees in the Scandinavian countries empower patients? *International Journal of Public Sector Management* 23(4):353-63.



# Förteckning över tidigare rapporter till ESO

## 2010

- En kår på rätt kurs? En ESO-rapport om försvarets framtida kompetensförsörjning.
- Beskattning av privat pensionssparande.
- Polisens prestationer – En ESO-rapport om resultatstyrning och effektivitet.
- Swedish Tax Policy: Recent Trends and Future Challenges.
- Statliga bidrag till kommunerna – i princip och praktik.
- Revisionen reviderad – en rapport om en kommunal angelägenhet.
- Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården.
- Enkel och effektiv – en ESO-rapport om grundtrygghet i välfärdssystemen.

## 2009

- Den långsiktiga finansieringen – välfärdspolitikens klimatfråga?
- Regelverk och praxis i offentlig upphandling.
- Invandringen och de offentliga finanserna.
- Fyra dyra fonder? Om effektiv förvaltning och styrning av AP-fonderna.
- Lika skola med olika resurser? En ESO-rapport om likvärdighet och resursfördelning.
- En kår i kläm – Läraryrket mellan professionella ideal och statliga reform ideologier.

## 2003

- Skolmisslyckande - hur gick det sen?
- Politik på prov - en ESO-rapport om experimentell ekonomi.
- Precooking in the European Union - the World of Expert Groups.
- Förtjänst och skicklighet - om utnämningar och ansvarsutkrävande av generaldirektörer.
- Bostadsbyggandets hinderbana - en ESO-rapport om utvecklingen 1995 - 2001.
- Axel Oxenstierna - Furstespegel för 2000-talet.

## 2002

- "Huru skall statsverket granskas?" - Riksdagen som arena för genomlysning och kontroll.
- What Price Enlargement? implications of an expanded EU.
- Den svenska sjukan - sjukfrånvaron i åtta länder.
- Att bekämpa mul- och klövsjuka - en ESO-rapport om ett brännbart ämne.
- Lärobok för regelnissar - en ESO-rapport om regelhantering vid avregleringar.
- Att hålla balansen - en ESO-rapport om kommuner och budgetdisciplin.
- The School's Need for Resources - A Report on the Importance of Small Classes.
- Klassfrågan - en ESO-rapport om lärartätheten i skolan.
- Staten fick Svarte Petter - en ESO-rapport om bostadsfinansieringen 1985-1993.
- Hoten mot kommunerna - en ESO-rapport om ansvarsfördelning och finansiering i framtiden.

## 2001

- Mycket väsen för lite ull - en ESO-rapport om partnerskapen i de regionala tillväxtavtalen.
- I rikets tjänst - en ESO-rapport om statliga kårer.
- Rättvisa och effektivitet - en ESO-rapport om idéanalys.
- Nya bud - en ESO-rapport om auktioner och upphandling.
- Betyg på skolan - en ESO-rapport om gymnasieskolorna.

- Konkurrens bildar skola - en ESO-rapport om friskolornas betydelse för de kommunala skolorna.
- Priset för ett större EU - en ESO-rapport om EU:s utvidgning.

## 2000

- Att granska sig själv - en ESO-rapport om den kommunala miljötillsynen.
- Bra träffbild, fast utanför tavlan - en ESO-rapport om EU:s strukturpolitik.
- Utbildningens omvägar - en ESO-rapport om kvalitet och effektivitet i svensk utbildning.
- En svartvit arbetsmarknad? - en ESO-rapport om vägen från skola till arbete.
- Privilegium eller rättighet? - en ESO-rapport om antagningen till högskolan
- Med många mått mätt - en ESO-rapport om internationell benchmarking av Sverige.
- Kroppen eller knoppen? - en ESO-rapport om idrotts-gymnasierna.
- Studiebidraget i det långa loppet.
- 40-talisternas uttag - en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.

## 1999

- Dagis och drivkrafter - en ESO-rapport om 2000-talets demografiska utmaningar.
- Återvinning utan vinning - en ESO-rapport om sopor.
- En akademisk fråga - en ESO-rapport om rankning av C-uppsatser.
- Hederlighetens pris - en ESO-rapport om korruption.
- Samhällets stöd till de äldre i Europa - en ESO-rapport om fördelningspolitik och offentliga tjänster.
- Regionalpolitiken - en ESO-rapport om tro och vetande.
- Att snubbla in i framtiden - en ESO-rapport om statlig omvandling och avveckling.
- Att reda sig själv - en ESO-rapport om rederier och subventioner.

- Bostad sökes - en ESO-rapport om de hemlösa i folkhemmet.
- Med backspegeln som kompass - om svensk musikexport 1974 – 1999.
- Med backspegeln som kompass - om stabiliseringspolitiken som läroprocess.

#### 1998

- Staten och bolagskapitalet - om aktiv styrning av statliga bolag.
- Kommittéerna och bofinken - kan en kommitté se ut hur som helst?
- Regeringskansliet inför 2000-talet - rapport från ett ESO-seminarium.
- Att se till eller titta på - om tillsynen inom miljöområdet.
- Arbetsförmedlingarna - mål och drivkrafter.
- Kommuner Kan! Kanske! - om kommunal välfärd i framtiden.
- Vad kostar en ren? - en ekonomisk och politisk analys.

#### 1997

- Fisk och Fusk - Mål, medel och makt i fiskeripolitiken.
- Ramar, regler, resultat - vem bestämmer över statens budget?
- Lönar sig arbete?
- Egenföretagande och manna från himlen.
- Jordbruksstödet - efter Sveriges EU-inträde.

#### 1996

- Kommunerna och decentraliseringen - Tre fallstudier.
- Novemberrevolutionen - om rationalitet och makt i beslutet att avreglera kreditmarknaden 1985.
- Kan myndigheter utvärdera sig själva?
- Nästa steg i telepolitiken.
- Reglering som spel - Universiteten som förebild för offentliga sektorn?
- Hur effektivt är EU:s stöd till forskning och utveckling? - En principdiskussion.

#### 1995

- Kapitalets rörlighet Den svenska skatte- och utgiftsstrukturen i ett integrerat Europa.
- Generationsräkenskaper.
- Invandring, sysselsättning och ekonomiska effekter.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet sportfiske.
- Kostnader, produktivitet och måluppfyllelse för Sveriges Television AB.
- Vad blev det av de enskilda alternativen? En kartläggning av verksamheten inom skolan, vården och omsorgen.
- Hushållning med knappa naturresurser Exemplet allemansrätten, fjällen och skotertrafik i naturen.
- Företagsstödet Vad kostar det egentligen?
- Försvarets kostnader och produktivitet.

#### 1994

- En effektiv försvarspolitik? Fredsvinst, beredskap och återtagning.
- Skatter och socialförsäkringar över livscykeln En simuleringsmodell.
- Nettokostnader för transfereringar i Sverige och några andra länder.
- Fördelningseffekter av offentliga tjänster.
- En Social Försäkring.
- Valfrihet inom skolan Konsekvenser för kostnader, resultat och segregation.
- Skolans kostnader, effektivitet och resultat En branschstudie.
- Bensinskatteförändringens effekter.
- Budgetunderskott och statsskuld Hur farliga är de?
- Den svenska insolvensrätten Några förslag till förbättringar inom konkurshanteringen m.m.
- Det offentliga stödet till partierna Inriktning och omfattning.
- Den offentliga sektorns produktivitetsutveckling 1980 – 1992.
- Kvalitet och produktivitet - Teori och metod för kvalitetsjusterande produktivitetsmått.
- Kvalitets- och produktivitetsutvecklingen i sjukvården 1960 – 1992.
- Varför kulturstöd? Ekonomisk teori och svensk verklighet.

- Att rädda liv Kostnader och effekter.

### 1993

- Idrott åt alla? Kartläggning och analys av idrottsstödet.
- Social Security in Sweden and Other European Countries Three Essays.
- Lönar sig förebyggande åtgärder? Exempel från hälso- och sjukvården och trafiken.
- Hur välja rätt investeringar i transportinfrastrukturen?
- Prestödets effekter en utvärdering.

### 1992

- Statsskulden och budgetprocessen.
- Press och ekonomisk politik tre fallstudier.
- Kommunerna som företagsägare - aktiv koncernledning i kommunal regi.
- Slutbudsmetoden ett sätt att lösa tvister på arbetsmarknaden utan konflikter.
- Hur bra är vi? Den svenska arbetskraftens kompetens i internationell belysning.
- Statliga bidrag motiv, kostnader, effekter?
- Vad vill vi med socialförsäkringarna?
- Fattigdomsfällor.
- Växthuseffekten slutsatser för jordbruks-, energi- och skattepolitiken.
- Frihandeln ett hot mot miljöpolitiken eller tvärtom?
- Skatteförmåner och särregler i inkomst- och mervärdesskatten.

### 1991

- SJ, Televerket och Posten bättre som bolag?
- Marginaleffekter och tröskeleffekter barnfamiljerna och barnomsorgen.
- Ostyriga projekt att styra stora kommunala satsningar.
- Prestationsbaserad ersättning i hälso- och sjukvården vad blir effekterna?
- Skogspolitik för ett nytt sekel.

- Det framtida pensionssystemet två alternativ.
- Vad kostar det? Prislista för statliga tjänster.
- Metoder i forskning om produktivitet och effektivitet med tillämpningar på offentlig sektor.
- Målstyrning och resultatuppföljning i offentlig förvaltning.

#### 1990

- Läkemedelsförmånen.
- Sjukvårdskostnader i framtiden vad betyder åldersfaktorn?
- Statens dolda kapital. Aktivt ägande: exemplet Vattenfall.
- Skola? Förskola? Barnskola?
- Bostadskarriären som en förmögenhetsmaskin.

#### 1989

- Arbetsmarknadsförsäkringar.
- Hur ska vi få råd att bli gamla?
- Kommunal förmögenhetsförvaltning i förändring – city-kommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö.
- Bostadsstödet - alternativ och konsekvenser.
- Produktivitetsmätning av folkbibliotekens utlåningsverksamhet.
- Statsbidrag till kommuner: allt på en check eller lite av varje? En jämförelse mellan Norge och Sverige.
- Vad ska staten äga? De statliga företagen inför 90-talet.
- Beställare-utförare - ett alternativ till entreprenad i kommuner.
- Lönestrukturen och den "dubbla obalansen" - en empirisk studie av löneskillnader mellan privat och offentlig sektor.
- Hur man mäter sjukvård - exempel på kvalitet- och effektivitetsmätning.

#### 1988

- Vad kan vi lära av grannen? Det svenska pensionssystemet i nordisk belysning.
- Kvalitet och kostnader i offentlig tjänsteproduktion.
- Alternativ i jordbrukspolitiken.
- Effektiv realkapitalanvändning i kommuner och landsting.

- Hur stor blev tvåprocentaren? Erfarenheten från en besparings-teknik.
- Subventioner i kritisk belysning.
- Prestationer och belöningar i offentlig sektor.
- Produktivitetsutveckling i kommunal barnomsorg.
- Från patriark till part - spelregler och lönepolitik för staten som arbetsgivare.
- Kvalitetsutveckling inom den kommunala barnomsorgen.

#### 1987

- Integrering av sjukvård och sjukförsäkring.
- Produktkostnader för offentliga tjänster - med tillämpningar på kulturområdet.
- Kvalitetsutvecklingen inom den kommunala äldreomsorgen 1970-1980.
- Vägar ut ur jordbruksregleringen - några idéskisser.
- Att leva på avgifter - vad innebär en övergång till avgiftsfinansiering?

#### 1986

- Offentliga utgifter och sysselsättning.
- Produktions-, kostnads-, och produktivitetsutveckling inom den offentliga finansierade utbildningssektorn 1960-1980.
- Socialbidrag. Bidragsmottagarna: antal och inkomster. Socialbidragen i bidragssystemet.
- Regler och teknisk utveckling.
- Kostnader och resultat i grundskolan - en jämförelse av kommuner.
- Offentliga tjänster - sökarljus mot produktivitet och användare.
- Svensk inkomstfördelning i internationell jämförelse.
- Byråkratiseringstendenser i Sverige.
- Effekter av statsbidrag till kommuner.
- Effektivare sjukvård genom bättre ekonomistyrning.
- Samhällsekonomiskt beslutsunderlag - en hjälp att fatta bättre beslut.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom armén och flygvapnet 1972-1982.

### 1985

- Egen regi eller entreprenad i kommunal verksamhet - möjligheter, problem och erfarenheter.
- Sociala avgifter - problem och möjligheter inom färdtjänst och hemtjänst.
- Skatter och arbetsutbud.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom vägsektorn.
- Organisationer på gränsen mellan privat och offentlig sektor – förstudie.
- Frivilligorganisationer alternativ till den offentliga sektorn?
- Transfereringar mellan den förvärvsarbetande och den äldre generationen.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom den sociala sektorn 1970-1980.
- Produktions-, kostnads- och produktivitetsutveckling inom offentligt bedriven hälso- och sjukvård 1960-1980.
- Statsskuldräntorna och ekonomin effekter på den samlade efterfrågan i samhället.

### 1984

- Återkommande kostnads- och prestationsjämförelser - en metod att främja effektivitet i offentlig tjänsteproduktion.
- Parlamentet och statsutgifterna hur finansmakten utövas i nio länder.
- Transfereringar och inkomstskatt samt hushållens materiella standard.
- Marginella expansionsstöd ekonomiska och administrativa effekter.
- Är subventioner effektiva?
- Konstitutionella begränsningar i riksdagens finansmakt - behov och tänkbara utformningar.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 4. Budgetunderskott, utlandsupplåning och framtida konsumtionsmöjligheter. Budgetunderskott, efterfrågan och inflation.
- Vem utnyttjar den offentliga sektorns tjänster.

*1983*

- Administrationskostnader för våra skatter.
- Fördelningseffekter av kommunal barnomsorg.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 3. Budgetunderskott, portföljeval och tillgångsmarknader. Modellsimuleringar av offentliga besparingar m.m.
- Produktivitet i privat och offentliga tandvård.
- Generellt statsbidrag till kommuner – modellskisser.
- Administrationskostnader för några transfereringar.
- Driver subventioner upp kostnader - prisbildningseffekter av statligt stöd.
- Minskad produktivitet i offentlig sektor - en studie av patent- och registreringsverket.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 2. Fördelningseffekter av budgetunderskott. Hushållsekonomi och budgetunderskott.
- Enhetligt barnstöd? några variationer på statligt ekonomiskt stöd till barnfamiljer.
- Staten och kommunernas expansion några olika styrmedel.

*1982*

- Ökad produktivitet i offentlig sektor - en studie av de allmänna domstolarna.
- Offentliga tjänster på fritids-, idrotts- och kulturområdena.
- Perspektiv på budgetunderskottet, del 1. Budgetunderskottens teori och politik. Statens budgetfinansiering och penningpolitiken.
- Inkomstomfördelningseffekter av livsmedelssubventioner.
- Perspektiv på besparingspolitiken.

## Bakgrundsfrågor

1. Kön: ☐ Kvinna ☐ Man
2. Hur länge har Du varit yrkesverksam inom Din nuvarande specialitet? .....
3. Inom vilken specialitet är Du verksam?  
☐ Ortopedi  
☐ Annan: .....
4. Inom vilket landsting är Du verksam? .....
5. Vilken befattning har Du? (Flera alternativ är möjliga)  
☐ Överläkare ☐ Divisionschef ☐ ST-läkare/Underläkare  
☐ Avdelningsläkare ☐ Verksamhets-/klinikkchef  
☐ Annat: .....

## Frågor om Din roll i vårdgarantiarbetet

6. I vilka situationer brukar Du informera Dina patienter om vårdgarantin? (flera svarsalternativ är möjliga)  
☐ I princip alltid  
☐ När patienten själv efterfrågar det  
☐ När det finns risk för att kliniken inte kan hålla vårdgarantin  
☐ I princip aldrig  
☐ Annat: .....

Eventuella kommentarer: .....

7. Anser Du att det ingår i Din roll som läkare att informera Dina patienter om vårdgarantin? (ringa in ditt alternativ)

Inte alls

I mycket  
hög grad

Ingen  
åsikt

1

2

3

4

5

6

7

☐

Eventuella kommentarer: .....

.....

8. När Du fattat beslut om behandling/åtgärd, brukar Du då informera patienten om hur lång väntetiden är? (flera svarsalternativ är möjliga)

- ☐ I princip alltid
- ☐ När patienten själv efterfrågar det
- ☐ När det finns risk för att kliniken inte kan hålla vårdgarantin
- ☐ I princip aldrig
- ☐ Annat .....

Eventuella kommentarer: .....

.....

.....

9. Har Du som läkare ett ansvar för att vårdgarantin uppfylls? (ringa in ditt alternativ)

Inte alls						I mycket hög grad	Ingen åsikt
1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>

Eventuella kommentarer: .....

.....

.....

### Frågor om Dina åsikter om vårdgarantin

10. Anser Du att vårdgarantin i praktiken medfört minskade väntetider för patienterna? (ringa in ditt alternativ)

Inte alls						I mycket hög grad	Ingen åsikt
1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>

Eventuella kommentarer: .....

11. Hur viktigt anser Du att det är att följande styrsystem efterlevs?

	Inte alls viktigt						Mycket viktigt	Ingen åsikt
	1	2	3	4	5	6	7	
Vårdgarantin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nationella riktlinjer (medicinska)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikens budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuella kommentarer: .....

Frågor om förutsättningar för att uppfylla vårdgarantin

12. Har Din klinik erbjudit Dig att delta i någon utbildning/något informationstillfälle gällande vårdgarantins regelverk?

- ☐ Ja, och jag har deltagit
- ☐ Ja, jag har fått erbjudande om utbildning/informationstillfälle, men har inte deltagit
- ☐ Nej, jag har inte fått något erbjudande om utbildning/informationstillfälle
- ☐ Vet ej/Kommer inte ihåg

Eventuella kommentarer: .....

13. I vilken grad anser Du att det inom följande områden föreligger resursbrist som försvårar möjligheterna att uppfylla vårdgarantin vid Din klinik?

	Inte alls						I mycket hög grad	Ingen åsikt
	1	2	3	4	5	6	7	
Operationsut- rymme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vårdplatser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuella kommentarer: .....

14. a) Har Din klinik/mottagning infört någon form av restriktioner (formella eller informella) gällande remittering av vårdgarantipatienter till andra vårdgivare?

☐ |a

☐ Nej

☐ Vet ej

b) Om ja, vilka?

.....

.....

.....

Eventuella kommentarer: .....

15. Anser Du dig ha den kunskap om vårdgarantins regelverk som behövs i Ditt dagliga arbete?

 |a

☐ Nej

☐ Vet ej

Om nej, vilken kunskap saknar du? .....

Eventuella kommentarer: .....

## Frågor om vårdgarantins effekter

16. I vilken utsträckning instämmer Du i följande påståenden:

[illegible]

	Instämmer inte alls							Instämmer i mycket hög grad	Ingen åsikt
	1	2	3	4	5	6	7		
Min klinik får minskade resurser när vi kortar köer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Min klinik får ökade resurser när vi kortar köer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgarantin innebär ökad administration för min klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgarantin innebär att patienter med mindre allvarliga sjukdomar som passerat vårdgarantins tidsgräns prioriteras framför allvarligt sjuka/kroniskt sjuka patienter som väntat kortare tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgarantin har ökat mina möjligheter att styra över mina arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vårdgarantin har minskat mina möjligheter att styra över mina arbetsuppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eventuella kommentarer: .....									
.....									
.....									

## Frågor om väntetider och väntelistor

17. I vilken utsträckning instämmer Du i följande påstående:

	Instämmer inte alls						Instämmer i mycket hög grad	Ingen åsikt
	1	2	3	4	5	6	7	
Min kliniks anseende stärks som en följd av att vi uppfyller vårdgarantin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är angeläget att min klinik har korta köer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har en god uppfattning om hur långa väntetiderna är för olika åtgärder på min klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har en god uppfattning om hur långa väntetiderna är för olika åtgärder på andra ortopedkliniker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min klinik behöver ha väntetider som en buffert för att kunna utnyttja klinikens resurser på bästa sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fel patientgrupper prioriteras som ett resultat av vårdgarantin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuella kommentarer: .....

18. Anser Du att kliniken väntetider som inrapporterats till väntetidsdatabasen överensstämmer med den verkliga väntetiden för patienter vid Er klinik?

- ☐ De verkliga väntetiderna stämmer med de inrapporterade
- ☐ De verkliga väntetiderna är längre
- ☐ De verkliga väntetiderna är kortare
- ☐ Vet ej/Ingen åsikt

Eventuella kommentarer: .....

19. Händer det att Du avvaktar med det formella beslutet att sätta upp patienter på väntelistan, för att på så sätt klara vårdgarantins tidsgränser? (ringa in ditt alternativ)

Inte alls

I mycket  
hög grad

Ingen  
åsikt

1

2

3

4

5

6

7



Eventuella kommentarer: .....

20. Ställer Din klinik krav på Dig att hålla vårdgarantin? (ringa in ditt alternativ)

Inte alls

I mycket  
hög grad

Ingen  
åsikt

1

2

3

4

5

6

7



Eventuella kommentarer: .....

21. Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, beslutade i december 2008 om Kömiljarden - en ekonomisk bonus till de landsting som uppfyller vårdgarantins mål. Anser Du att kraven från klinikledningen, på att hålla vårdgarantin, har ökat sedan Kömiljarden introducerades 2009? (ringa in ditt alternativ)

Inte alls

I mycket  
hög grad

Ingen  
åsikt

1

2

3

4

5

6

7



Eventuella kommentarer: .....

### Frågor om vårdgarantins regler

Slutligen kommer några frågor som är tänkta att ge en bild av Din och Dina kollegors kunskaper om vårdgarantin. Vi är medvetna om att sättet att informera om vårdgarantin har varierat stort mellan olika landsting. Vi är därför angelägna om att kartlägga hur kunskapsläget i landet ser ut bland läkarna inom Din specialitet.

22. Du har fattat beslut om att en av Dina patienter skall genomgå en höftledsoperation. Före operationen skickas patienten på en preoperativ röntgenundersökning. Väntetiden till röntgen är tre veckor för patienten. Räknas dessa dagar in i den maximala väntetiden enligt vårdgarantin?



Ja



Nej



Vet ej

Eventuella kommentarer: .....

23. En av Dina patienter erbjuds operation i ett annat landsting/region genom vårdgarantin. Patienten beslutar sig för att ta erbjudandet eftersom han/hon vill ha vård så snabbt som möjligt. **Vem ska betala för de merkostnader som uppstår när patienten väljer att få behandling i ett annat landsting, t.ex. resor eller hotell?**

- ☐ Patienten får själv stå för merkostnaderna
- ☐ Patientens hemlandsting får betala
- ☐ Det mottagande landstinget får betala
- ☐ Vet ej

Eventuella kommentarer: .....

24. En av Dina patienter har fått reda på att hon har artros i ett knä. Du beslutar att man ska operera in en knäledsprotos. **Inom vilken tidsram ska patienten få en operation utförd enligt vårdgarantin?**

- ☐ 7 dagar
- ☐ 30 dagar
- ☐ 90 dagar
- ☐ 180 dagar
- ☐ Vet ej

Eventuella kommentarer: .....



UPPSALA  
UNIVERSITET

Enkät till ortopedier

---

## Vårdgarantireformen - genomförande och effekter

---

### Instruktion

Merparten av frågorna i enkäten kan besvaras genom att ringa in lämpligt alternativ eller sätta ett kryss i lämplig ruta. Vissa av frågorna är allmänt formulerade. Om Du vill komplettera Dina svar får Du gärna utnyttja utrymmet under frågorna och i slutet av enkäten.

Vid frågor och synpunkter kring enkäten, kontakta gärna någon av nedanstående personer.

**Ulrika Winblad**  
Med.dr, projektledare  
ulrika.winblad@pubcare.uu.se  
018-471 65 63

**David Isaksson**  
Forskningsassistent  
david.isaksson@pubcare.uu.se  
018-471 65 61

**Caroline Andersson**  
Forskningsassistent  
caroline.andersson@pubcare.uu.se  
018-471 65 61

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap,  
Hälso- och sjukvårdsforskning  
Uppsala universitet

---



Har Du fler synpunkter om vårdgarantin eller på den här enkäten är vi väldigt tacksamma för dessa.

Övriga synpunkter:

[illegible]

Stort tack för din hjälp!

---

Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap  
Box 564, 751 22 Uppsala  
Telefon: 018-471 65 61

Uppsala universitet 2010











