

---

Eva Bejerot & Hans Hasselbladh

# Nya kontroll- och maktrelationer inom sjukvården

Under 1990-talet inleddes en institutionell transformation av sjukvården – en förändring med både djup och bredd. Förändringen har drivits fram genom en kraftsamling som involverar många aktörer, men som orkestreras av staten. Genom nya lagar, aktörer, informationstekniska lösningar och kunskapsområden har en plattform för en ny form av styrning av sjukvården etablerats, som baseras på idéer och tekniker hämtade från Total Quality Management (TQM). Läkarprofessionens traditionella sätt att organisera utvecklingen av den medicinska kunskapsbildningen och det kliniska arbetet utmanas. I artikeln diskuteras hur de nya formerna av styrning kan påverka såväl den enskilde läkarens kliniska autonomi som professionens kollektiva autonomi.<sup>1</sup>

Sedan 1980-talets slut har svensk sjukvård varit föremål för omfattande reformer och förändringar. En del av dem har varit betingade av den medicinska utvecklingen, kanske mest dramatiskt inom kirurgin. Där har antalet vårdplatser minskat högst betydligt till följd av nya tekniker som titthälskirurgi, en övergång till medicinering av t ex magsår liksom en allmän förkortning av antalet vård dagar efter operation. Andra förändringar har varit inspirerade av mer

tidsbundna idéer och prioriteringar, som den ökade betoningen på patientinflytande, beställar-utförarmodellen, inslag av entreprenader, internprissättning mellan kliniker och nya belöningsystem. Många av dessa förändringar är inte unika för sjukvården, utan har i hög grad även innefattat statlig verksamhet och kommuner. Minskningen av sjukvårdens totala ekonomiska resurser får också betraktas som en tidsbunden prioritering inom det politiska systemet. Förändrade ekonomiska ramar och nya styrformer återfinns också i varierande utsträck-

**Eva Bejerot** är forskarassistent vid Arbetsvetenskap vid Karlstads universitet och Arbetslivsinstitutet i Stockholm. **Hans Hasselbladh** är docent i företagsekonomi vid Handelshögskolan i Göteborg.  
eva.bejerot@arbetslivsinstitutet.se

---

1. Studien ingår i forskningsprojektet "Tredje vägen av New Public Management: Kvalitetsstyrning och professionell autonomi" som bedrivs vid Arbetslivsinstitutet. Projektet finansieras av Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) dnr 2001-0239.

ning i andra i-länder, men mest uttalat i de anglosaxiska länderna samt Sverige och Danmark (Clarke & Newman 1997, Hood 1995, Olson m fl 1998, Schwarz 1994). De forskare som gjort denna förändring till föremål för kritisk analys brukar sammanfatta dessa förändringar i begreppet "New Public Management".

Det finns skäl som går utöver den dagspolitiska debatten till att intressera sig för vissa av de förändringar som vi menar att det nu är möjligt att se konturerna av (se t ex Meyer 1998). Det handlar om en *institutionell transformation* av sjukvården som organisation, dvs en förändring med både djup och bredd.<sup>2</sup> I förändringsagenternas fokus står nämligen några av sjukvårdens särdrag, som gjort sjukvård över hela västvärlden till en i många avseenden mycket likartad typ av organisation. Läkarprofessionen har kontrollerat den kliniska praxisen och kunskapsutvecklingen men inom ramen för stora formella organisationer. Det har funnits horisontella, nationella och internationella, relationer och lojaliteter inom professionen men en mycket begränsad identifikation med huvudmannen. Där emot har patienten haft en speciell ställning visavi läkarprofessionen. Patienten har varit den närvarande motparten i det dagliga värvet, men också en generaliserad mottagare av professionens tjänster. Åtagandet mot den generaliserade patienten har varit läkarprofessionens samhällsnyttiga credo, kanske starkare än för någon annan profession. Därmed blev sjukvårdens arbetsprocesser inte föremål för analyser av kostnadseffektivitet i fråga om enskilda behandlingar eller avvägningar mellan insatser och hälsoeffekter på aggregerad nivå.<sup>3</sup> Har kunskap om lindrande eller botande behandling funnits, har det ansetts vara oetiskt att inte behandla patienter. Huvudmannen, och

hans representanter i form av tjänstemän på olika nivåer, har framför allt ägnat sig åt att planera och tillhandahålla resurser för den kliniska verksamheten, så som tjänster, byggnader, investeringar i utrustning osv. Den kliniska verksamhetens resultat blev där emot inte föremål för deras intresse förrän i början av 1990-talet (Garpenby 1999, s 412).

De förändringar som vi kommer att diskutera i denna artikel har flera rötter. Professioner, och i synnerhet läkarprofessionen, har en historisk bakgrund och ställning i dagens hierarkiskt styrda arbetsorganisationer som gör dem till logiska måltavlor för reformambitioner. Dagens förändringar bör förstås mot bakgrund av läkarprofessionens speciella sätt att organisera kunskapsbildning och kliniskt arbete i huvudsakligen *individuella eller kollegiala former*. Dessa för läkarprofessionen typiska utvecklingsdrag skisseras i en kort bakgrund. Sedan

---

2. Med bredd menas förändring som inte är begränsad till lokala kontexter. Djup innefattar att många centrala aspekter förändras samtidigt. Verksamhetens inriktning, styrning, struktur, tilldelade innebörd och aktörers identiteter förändras samtidigt. Framväxten av välfärdsstaten och storföretaget är två framträdande exempel på sådan förändring.

3. Under 1960-talet uppstod en strävan efter skal fördelar i sjukvårdens organisering genom taylorisering av arbetsuppgifter (städning, daglig hygien etc). Målet var att söka optimera kostnaderna genom att systematiskt fördela uppgifter mellan personal med olika utbildningsnivåer (och därmed lönenivåer). Se Gardell m fl (1979) för en detaljerad analys av detta, särskilt kapitel III. Där emot gjordes aldrig någon mer avancerad kostnadsanalys av sjukvårdens "produkter" eller nyttoanalyser i form av beräkningar av kronor per vunnen hälsoenhet, vilket blivit en alltmer vanlig, och arbiträr, ambition bland hälsoekonomerna från 1980-talet och framåt.

följer en genomgång av några typiska utgångspunkter i omregleringen av läkarnas arbetsprocess. Därefter presenteras vår empiriska studie, som avslutas med en diskussion om hur hälso- och sjukvårdens styrning kan påverka villkoren för såväl den enskilde läkarens kliniska autonomi som professionens kollektiva autonomi (jfr Allsop 1999, Doolin 2002, Friedson 2001). Förändringarna är dels något som kan ses som en del av en längre och bredare process i moderna samhällen. De tar sig främst uttryck i nya krav på kontroll och uppföljning av resultat genom system och praktiker som är formella, likformande och ansedda som lika relevanta oavsett typ av verksamhet (Jepperson & Meyer 1991, Kallinikos 1996, Townley 1995, Wilkinson & Willmott 1995). Men det handlar också om en mer speciell form av detta, en tidsbunden managementdoktrin som ofta benämns kundorienterad verksamhetsstyrning (Hasselbladh & Bejerot 2002).

Artikeln i sin helhet beskriver två på varandra följande processer som i grunden förändrar läkarens ställning. Den kvalificerade sjukvårdens lokalisering till sjukhusen under 1800-talets andra hälft signalerade början till läkarprofessionens inkorporering i ett komplex av *techno-science* (Latour 1987, Mumford 1984). Det medicinska arbetet har blivit alltmer kollektivt, teknifierat och beroende av medel och kunskap som inte är förlängningar av den enskilde läkarens kropp, skicklighet och kunskap. Läkaren är inte längre en tapper och allvetande individ, som under hög diskretion möter, diagnostiserar och behandlar patienter. Men vi skisserar också en utveckling där läkarprofessionens kollektiva, teknik- och forskningsberoende arbete regleras efter en logik som alltmer liknar den som dominerat i arbetsorganisationer sedan industrialismens början. I den utvecklingen har staten utövat

en ny och mer indirekt form av förvaltningspolitik.

### Professionernas arbete och kunskapens organisering

Under 1800-talet uppstod inom arbetslivet ett nytt fenomen, nämligen *den professionelle*. Läkare, jurister och arkitekter, för att nämna några av de mest "typiska" och äldsta professionerna, hade funnits mycket länge vid den tiden. De hade ofta, men inte alltid, en längre formell utbildning och det fanns ofta vissa former av restriktioner kring deras yrkesutövning. Men från denna tid blir de professionella definierade som *speciella* i en rad avseenden. Professionernas särdrag framträder till följd av de förändringar som skedde för andra yrkesgrupper i arbetets organisering under 1800-talet och det tidiga 1900-talet. Den medicinska professionens kunskap kontrollerades exklusivt av yrkesutövarna, yrkesutövarna arbetade under en hög grad av autonomi och styrdes av allmännyttiga målsättningar som utgjorde professionens åtagande mot samhället.

Akademiseringen av medicinen under 1800-talet förvandlade ett hantverk till en form av tillämpad vetenskap, vilket också skedde med militärers, ingenjörers och revisorers arbete (Rossides 1998). I denna utveckling utgör läkarprofessionen ett särskilt intressant exempel (se Turner 1989). Dess arbete har förvetenskapligats till den grad att en läkare idag troligen skulle uppfatta hantverkarepitetet som nedsättande. Läkarna i alla länder har också i hög utsträckning blivit inkorporerade i organisationer. Oavsett finansieringsform arbetar en stor del av alla läkare i någon form av sjukvårdsorganisation. Läkarprofessionen har dock förblivit den dominerande yrkesgruppen inom sjukvården, den har behållit kontrollen över

sin arbetsprocess och gjort sin professionella specialisering till grunden för hur sjukvården organiseras över hela världen.<sup>4</sup> Därmed kommer sjukvård att framstå som en anomaly i ett senmodernt industrisamhälle, där allt fler aktiviteter förläggs inom formella organisationer under kontroll av huvudmän och ledningar. Läkarna framstår som en särskilt ”problematisk” grupp då de inte bara behållit kontrollen över sin kunskapsproduktion utan också över sin arbetsprocess.

Långt in på 1900-talet var läkaryrket en *individuell och kollektiv tillämpning av explicit kunskap*, med professionell senioritet som grund för organisationens hierarki. Den medicinska revolutionen under 1800-talet innebar en dramatisk expansion av den medicinska kunskapen och handlingsförmågan. Handlandet var fortfarande individuellt, läkaren kände, klämde, tog enkla prover, föreskrev mediciner eller opererade. Men på 1900-talet uppträder ett nytt språng i läkaryrkets utveckling som förändrar detta. Medicinen *teknologiseras* – såväl diagnoser som behandling utförs genom elektronisk apparatur, kunskap om hur kroppens processer kan påverkas ”paketeras” i mediciner. Provtagningar analyseras med allt mer sofistikerade tekniker och patienter röntgas, skannas och hålls vid liv under operation genom hela komplex av utrustning som både mäter och ersätter kroppsfunktioner.

I ett större perspektiv är detta inget anmärkningsvärt. Man kan se en liknande utveckling i både industri och hantverk (jämför dagens bilmekaniker med ”Roy och Rogers mack!). Det speciella är att också denna utveckling kontrollerades av professionen. Sjukvården teknologiserades inte till följd huvudmannens rationaliseringsambitioner utan som ett resultat av professionens egen kunskapsutveckling, vars tillämpningar huvudmannen finansierade oavsett

om det var ett privat amerikanskt sjukhus eller ett sjukhus i ett svenskt landsting. Teknologiseringen av sjukvårdens praktiker – att mer gjordes med hjälp av instrument, maskiner och laboratorier som inte bara var ”förlängningar” av läkarens kropp – började dock att ändra kunskapens organisering på ett mer fundamentalt sätt. Den enskilde läkaren kom i allt högre grad att stå på en pyramid av forskning på sjukhus och i läkemedelsindustri, av laboratorier och maskiner och inte minst en allt längre driven specialisering inom den medicinska professionen (jfr Latour 1987). Kunskapsspridningen skedde inte längre endast genom vetenskapliga artiklar som adderade till läkarens personligt burna kunskap.

Läkaren möter än idag sin patient öga mot öga, men så fort det gäller en allvarigare åkomma mobiliseras vanligen andra specialiteter. Läkarens kunskap är inte längre individuellt buret. Samarbete är legio för att ställa diagnos (provtagningar, röntgen och andra teknologier för att nå kroppens insida) för att söva (anestesiologer), andra specialiteter konsulteras för att bedöma vilken behandling som erfordras eller för att bedöma multipla diagnoser. Konstellationen medicinsk techno-science och långt driven professionell specialisering har skapat

---

4. Den enda motsvarigheten är det moderna universitetet, som också utvecklas från 1800-talets mitt. Det är dock mindre anmärkningsvärt eftersom universitetets uppgift var att producera specialiserad kunskap. Sjukhusets uppgift har varit att bota och lindra sjukdomar vilkas symptom såväl som biologiska grunder, inte alltid följer den vetenskapliga specialiseringen. *Varför* den medicinska specialiseringen kommit att få den specialisering och subspecialisering den fått, är en intressant fråga som inte kan besvaras med hänvisning till kunskapens utveckling i sig. Den ligger dock utanför artikelns ramar.

den moderna sjukvården, vars logik mest tydligt framträder i det stora sjukhuset. Kunskapen har *materialiserats* i former av maskiner, analysinstrument och piller och hanteras kollektivt av läkare, ofta i samarbete mellan specialiteter. Sjukvården kommer därmed att framstå som ett *system av sjukvårdsproduktion*, snarare än enskilda läkares utövande av *läkekonst*. Därmed blir steget inte långt att börja problematisera och föreskriva lösningar för denna verksamhet efter en mål-medel logik som finns i andra verksamheter.

### Sjukhuset som professionell byråkrati

Verksamheten på ett modernt sjukhus är uppenbarligen organiserad, men det finns en viktig skillnad i förhållande till andra områden i samhället (se bl a Perrow 1965). Rationaliseringen och kunskapsutvecklingen i sjukvården har inte präglats av samma typ av målrationalitet som dominerat i andra arbetsorganisationer under 1900-talet.<sup>5</sup> Låt oss återvända till en tidpunkt när de stora sjukhusen hade etablerats, men inte ännu blivit föremål för reformer som syftande till att göra dem mer lika andra organisationer. I Erik Rhenmans studie *Centrallasarettet* som publicerades 1969 (studien genomfördes några år tidigare) finns en utförlig bild tecknad av detta skede. Rhenmans analysmodell kan i dag te sig lätt föråldrad, med sitt emfatiska systemperspektiv. Det ödet röner dock merparten av forskning över tiden och boken innehåller detaljerad och mångfacetterad empiri, som ofta överglänsar nutidens efterföljare i systematik och akribi. En annan fördel är att Rhenman inte var intresserad av, eller kände till digniteten av, frågan om professioner. Hans data om läkarna är där-

med ovanligt ”rena” från professionsteoretiska aspekter.

Centrallasarettet var ett mellansvenskt länssjukhus under 1960-talets mitt. Det är redan vid den tiden stort, med över 700 anställda i direkt medicinsk verksamhet (idag har motsvarande typ av sjukhus cirka 3 000 anställda). Verksamheten var uppdelad på 17 kliniker, från att ha varit endast tre under 1930-talet. Vid en första anblick av de formella strukturerna, som Rhenman redovisar detaljerat i bokens första kapitel, framträder bilden av en mycket ”normal” västerländsk byråkratisk organisation.<sup>6</sup> Det fanns politiska huvudmän, anställd direktion, tydlig organisationsstruktur, budgetar av olika slag och detaljerad befattningsnomenklatur. Men efter hand framträder några tydliga drag hos Centrallasarettet, som visar på ett mer generellt drag i dåtidens sjukvård. Till att börja med var sjukhuset bundet till sina intressenter genom lagstiftning, långsiktiga avtal och samhällsliga normer. Därmed blir sjukhusets övergripande inriktning och uppgifter inte föremål för egentlig planering. Sjukhusets *roll* bestäms av en etablerad arbetsdelning i sam-

5. I fråga om sjukvården institutionella utveckling fram till denna period är *Traditionernas ok* (1987) av Rolf Å Gustafsson standardverket på svenska.

6. De aspekter av Rhenmans undersökning som tas upp här är mycket begränsade. Han kartlade ett stort antal olika praktiker så som personalpolitik i vid mening, hur variationer i klinikers verksamhet hanterades, sjukhusets kompletta rapportsystem och mycket annat. Man ska heller inte se Rhenman som en föregångare till 1980- och 1990-talets ”företagiseringsförespråkare”. Han var fullt medveten om sjukvårdens speciella roll, styrpraktiker och politiska laddning. Snarare var han en tidstypisk rationaliserare, som givet olika verksamheters egenheter, systematiskt sökte finna utrymme för systemteoretiskt inspirerade förbättringar.

hället, snarare än genom beslut av styrelse och ledning. Rhenman förväntade sig dock, på grundval av sin förförståelse att ledningen skulle ha, och utnyttja, en handlingsfrihet inom dessa ramar. Han trodde att sjukhuset var en "vanlig" organisation, men med mer begränsad handlingsfrihet. Men han fann något annat.

Våra intervjuer har dock givit en bild av att överläkarna både som individer och kollektiv har verkat som pådrivande krafter i vissa sammanhang och i varje fall varit betydligt mer aktiva när det gällt att få fram beslut än direktionen. Direktionen tycks i sådana fall mest ha fungerat som en granskande instans som till landstinget förmedlat förslag och yrkanden framförda av klinikcheferna (Rhenman 1969, s 160).

En annan viktig skillnad framträder i fråga om styrningen av den löpande verksamheten. Sedan början av 1960-talet fanns en heltäckande driftsbokföring med uppdelning på kostnadsställen och kostnadslag. Rapporterna kom med lång fördröjning och rön te mycket begränsat intresse på alla nivåer (s 234 f). På frågan om vem som hade ansvar för att följa upp verksamhetens effektivitet var svaren mycket divergerande.

Chefsläkaren ansåg att det är sjukhusdirektörens uppgift. Sjukhusdirektören menar att sjukvårdsföreståndaren och klinikföreståndarna är de som i första hand skall ägna sig åt effektivitetskontroll. Inom landstinget pekar man på direktionens ansvar och ett par intervjuade inom direktionen menar att det är överläkarnas ansvar. Överläkarna åter pekar på antingen huvudmannen, sjukhusdirektören eller sjukvårdsföreståndaren (s 239).

Till sist, när den kliniska verksamhetens styrning granskades visade det sig att den

formella styrningen av läkarnas arbete var mycket låg. För sjuksköterskorna fanns dock en så kallad metodhandbok, som innehöll ett antal programmerade arbetsmoment som alla sjuksköterskor skulle behärska. Ett av motiven till detta var underlätta precis ordergivning från läkarna till sjuksköterskorna, så som "sätt dropp!" (s 215). Rutiner för läkarna fanns i varierande utsträckning på klinikerna, men var sällan nedskrivna utan traderades muntligen. Etableringen av dessa var knutna till överläkaren, de ändrades som regel endast när en ny överläkare tillträdde, t ex i form av att vissa provtagningar blev stående rutin. Interaktionen mellan överläkare och underläkare var kanske den viktigaste formen för att reglera diagnos- och behandlingsmetoder (s 221). I övrigt var de procedurer läkarna tillämpade knutna till den individuella läkarens professionella programmering, med andra ord det man mindes av vad man lärt under sin utbildning och vad man kunde finna i sina gamla kursböcker. Rhenman noterar med förvåning att läkarna aldrig explicit diskuterade avvägningar mellan individuellt unika och standardbehandlingar, något som från hans systemteoretiska perspektiv var en viktig fråga (s 217). Utvecklingsfrågor betraktades över lag som en fråga för den medicinska forskningen. Verksamheten på ett länssjukhus skulle *tillämpa* vad man på universitetssjukhus världen över funnit vara god diagnostik och behandling.

Sammantaget illustrerar detta en typisk "professionell byråkrati" (Mintzberg 1979). De professionella tar initiativet i för dem centrala frågor och överlåter vad de finner ointressant till ledningen, den ekonomiska rapporteringen är svagt kopplad till verksamhetens styrning, effektivitet är en "icke-fråga" som ingen intresserar sig för och den dagliga verksamheten formas genom nor-

mering av seniora professionella och av den enskilde yrkesutövaren. Men detta är inte längre så entydiga drag. I Sverige, och många andra länder, har de senaste decennierna olika reformer sökt göra sjukvården mer lik andra organisationer (t ex Bloomfield 1991, Chua 1995, Kitchener & Whipp 1995, Lundin & Söderholm 1997, Öhrming & Sverke 2002). Ledningsstrukturer, ansvarsfrågor och ekonomiska aspekter av verksamheten kan inte längre betraktas som icke-frågor av klinikchefer. Det kliniska arbetet har dock inte varit föremål för samma typ av rationalisering. Det bedrivs fortfarande i stor utsträckning genom en kombination av lokal normering av seniora läkare, den enskildes omdöme och kunskap och inte minst vad den inomprofessionella utvecklingen håller som god och vetenskapligt grundad medicinsk vård.

### Omregleringen av läkarnas arbetsprocess

Man kan nu se konturerna av en omfattande omreglering av läkarnas kliniska arbete. Bakgrunden är dels de reformambitioner som vuxit fram de senaste decennierna, vars logik träffande beskrivits av Michael Power i hans bok *Audit Society* (1997, se även Grey & Garsten 2001). Ingen kan förväntas undgå systematisk granskning i förhållande till ekonomiskt och politiskt sanktionerade målsättningar. Ingen kan förvänta sig tillit per se, vilket varit en del av professionernas historiskt etablerade samhällskontrakt.<sup>7</sup> Transparens och "fakta" anses vara grunden till mer övervägt och effektivt handlande, liksom att ingen kan tilltros att handla så utan mätning och kontroll.

Professionell autonomi vilar på premissen att den enskilde yrkesutövaren är det handlande subjektet. När komplicerade nät

av snävt avgränsade specialiteter, laboratorier, maskiner och mediciner utgör den organiserade medicinen, snarare än en tapper och allvetande individ, blir det möjligen svårare att försvara den enskilde läkarens frihet att tillämpa sin kunskap och fatta beslut. Eller om man följer Powers argumentation, den relativa frihet för läkaren som tidigare accepterades som en nödvändig förutsättning för att få god sjukvård blir möjligt att ifrågasätta. Om sjukvårdens prestationer levereras av något som liknar ett system, snarare än fria professionella yrkesutövare, blir det möjligt att argumentera för vikten av att samordna och kontrollera läkarnas arbetsprocess (jämför Garpenby 1999).

Läkarnas arbetsprocess kan nu sägas stå inför en programmering som liknar den som andra yrkesgrupper genomgått tidigare. Den medicinska professionen lägger en stark vikt vid formell kunskap och att all kunskapsproduktion ska ske efter vetenskapens regler. I så måtto finns en likhet med kunskapsnyen inom management (Grey 1997). Men kunskapsbildningen har främst skett i horisontella, inomprofessionella processer. Den enskilde läkarens tillämpning av denna kunskap har varit reglerad endast i vida former genom lagstiftning. Inte heller har den enskilde läkarens skicklighet eller produktivitet i arbetet mätts. Att systematiskt föreskriva vad som bör göras och mäta utfört kliniskt arbete är nu inte längre något som *kan* ske, frågan är endast *hur* det kommer att ske.

Inom hälso- och sjukvården finns nu starka inslag av en ny ledningsdoktrin som erbjuder ett alternativ till tillit baserad på ett förtroende för läkarprofessionen. Kund-

7. Det finns här en stor diskrepans till den höga grad av tillit till vårdprofessionerna som finns bland allmänheten (Svensson 2002).

orienterad verksamhetsstyrning, eller TQM, är en ledningsdoktrin som tillhandahåller nya idealföreställningar, vetenskaplig legitimitet och praktiska tekniker för att förändra sjukvårdens styrning. "Kvalitet" är i detta sammanhang endast en term för en produkts eller tjänsts specificerbarhet, att man kan ange att den ska ha vissa egenskaper, i enlighet med kundens behov. "Kvalitet" är därmed en term som sammanfattar de normer styrningen orienteras mot. Till att börja med fastläggs verksamhetsidén för alla organisationer – *att tillfredsställa kunden*. Det utgör ett ultimativt relevanskriterium, allt som leder dit definieras som viktigt och allt som inte befrämjar detta är oviktigt. Kvalitetsstyrning är inte en bara en "idé" eller en uppsättning tekniker utan en kombination av detta. Det är ett program för att omdefiniera vad som är verksamhetens ändamål, att skapa acceptans för detta i organisationen samt att konsekvent arbeta med att *genomlys* och *styra* verksamheten med kundtillfredsställelse som ledstjärna. Kvalitetsstyrning ansluter således till en sekellång tradition av styrning i byråkratiska organisationer<sup>8</sup> baserad på dokumentation, kommunikation, order och utvärdering genom det skrivna ordet och numeriska kalkyler (t ex lönsamhetsmått). Till skillnad från klassisk byråkrati presenteras kvalitetsstyrning som att hierarkin endast förmedlar det kunden önskar. I TQM legitimeras och iscensätts ledningsfunktionen genom kundbegreppet som konstrueras, gestaltas och förmedlas via informations- och styrsystem. Kvalitetsstyrning kan således få betydande effekter om den iscensätts genom en systematisk förändring av de informations- och ledningssystem som tillämpas i svensk sjukvård.

TQM, eller kundorienterad verksamhetsstyrning, är en av de centrala inspirationskällorna till den pågående institutionella

transformationen av offentlig sektor (jfr Clarce & Newman 1997). När dessa generaliserade managementdoktriner mobiliseras i sjukvårdens policyprocesser uppstår vissa effekter. Sjukvården framstår som en anomali och en situationsbeskrivning framträder som av alla ansvarskännande manar till snabba åtgärder. När dessa "problem" görs till utgångspunkten för handling möjliggörs ett program för omreglering av medicinskt arbete. Vi börjar med att beskriva hur en ny plattform för reglering av sjukvården skapades och hur den stimulerade och uppfordrade till en utveckling av nya styrpraktiker. De samarbetsföra mellan stat och landsting som vuxit fram för att iscensätta regleringen belyses också. Avslutningsvis förs en preliminär diskussion kring vilka effekter dessa nya styrpraktiker kan ha på läkarnas kliniska och professionella autonomi.

### Plattform för en ny form av styrning

Under 1990-talet har förutsättningarna för att styra hälso- och sjukvården förändrats genom nya lagar och föreskrifter liksom nya aktörer i sektorn (se *tabell 1* och *bilaga 1*). Vi ser linjerna av en förändrad förvaltningspolitik som präglas av resultatstyrning, informations- och koalitionsarbete, skapande av nya aktörer och en förstärkt ledningsroll för regeringen och stabsroll för myndigheterna (Riksrevisionsverket 1996, Hood 1984). Inom hälso- och sjukvården har den förändrade styrningen kommit stegvis och utvecklingen kan delas in i tre faser. Vid mitten av

8. "Byråkratisk" avser här en viss typ av legitim maktutövning i moderna samhällen – en opersonlig ordning som vilar på juridisk legitimitet, hierarki, regler och systematisk styrning med dokumentation och målmedel rationell utvärdering av resultat.



1980-talet påbörjades en *formerande fas* som präglas av ett sökande efter lämpliga metoder för någon form av kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården. Här hade utredare vid Statens rationaliseringsinstitut Spri en viktig roll genom att de introducerade idéer om kundorienterad verksamhetsstyrning (vi använder för enkelhets skull ofta "kvalitetsstyrning" som synonymt begrepp) som ett nytt sätt att styra hälso- och sjukvården, idéer som kom från USA och England (Erlingsdottir 1999, Garpenby 1999, Palmberg 1997). Intresset väcktes bland huvudaktörerna i hälso- och sjukvården, Spri, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Läkaresällskapet som började samverka i ett policynätverk för att driva frågan om kvalitetsstyrning (Nationella Samrådsgruppen för kvalitet

och säkerhet i vården 1990–1995). I mitten av 1990-talet var kvalitetsidéerna förankrade politiskt (se t ex de nya direktiven till HSU 2000) och nästa fas handlade om att lägga en *plattform för kvalitetsstyrning*. 1994 utfärdade Socialstyrelsen den första föreskriften om kvalitetssäkring. Kvalitetstänkandet kom också att prägla direktiven för den statliga utredningen om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisering (HSU 2000). Utredningen presenterar 1997 flera lagändringar med syftet att stärka patientens rättigheter (SOU 1997:154) Vid denna tid sker också andra lagändringar som bidrar till en harmonisering av kraven i de olika lagstiftningarna (se *tabell 1*). Bland annat får Hälso- och sjukvårdslagen en paragraf som stipulerar att "kvaliteten i verksamheten systematiskt

**Tabell 1.** Lagar och föreskrifter som befrämjar kundorienterad kvalitetsstyrning i hälso- och sjukvården.

HSL 1982:783	<i>Hälso- och sjukvårdslagen</i> , en ramlag som fått följande nya paragrafer:
1996:787	§ 27 patientansvarig läkare; § 28 ledning som tillgodoser säkerhet, kvalitet, kostnads-effektivitet; § 31 kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.
1997:142	§ 2 mänskörättsprincipen och behovsprincipen (etisk plattform för prioriteringar).
1998:1659	§ 2a tillgänglighet.
1998:1660	§ 2b individuellt anpassad information; § 2c förebyggande information; § 2d respekt för avliden, hänsyn och omtanke om anhöriga; § 3a val av behandlingsalternativ, "second opinion".
1998:356	§ 3b planering i samverkan.
1998:1654	§ 5 fritt val av primärvård och fast läkarkontakt inom landsting.
1998:533	§ 29 verksamhetschef behöver ej vara läkare.
1996:786	Tillsynslagen: Enhetlig reglering för privat och offentlig vård; Lex Maria skrivs in i lagen samt rutiner för lokal avvikelserapportering som en del av kvalitetssystemet; § 5 Socialstyrelsen får ökade befogenheter i sitt tillsynsarbete; § 10 Alla verksamheter inom hälso- och sjukvårdsektorn ska anmälas till Socialstyrelsen för registrering.
1996: 1157	Lag om Läkemedelskommitteer: kostnadsansvar och mottagarorganisation på landstingsnivå.
1996:933	Verksamhetschefsförordningen: samlat ledningsansvar som bevakar att kravet på säkerhet och god kvalitet tillgodoses, chef behöver ej vara läkare.
1996:32	Informationsöverföring och samordnad vårdplanering.
1998:1656	Lag om patientnämndsverksamhet (tidigare förtroendenämnd).
SOSFS 1996:24	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården (ersätter SOSFS 1993:9).
SOSFS 1996:23	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om lagen om tillsyn av hälso- och sjukvården (Lex Maria) samt lokal avvikelserapportering.

och fortlöpande utvecklas och säkras”. Denna paragraf utvecklas av Socialstyrelsen i en ny föreskrift för kvalitetssystem som nu blir betydligt mer omfattande än den tidigare versionen. 1997 kommer den nya tillsynslagen som tillsammans med en kraftfull utökning och regionalisering av Socialstyrelsens tillsynsverksamhet ger helt nya förutsättningar för tillsyn. Landstingsförbundet lanserar kvalitetssystemet Utmärkelsen Svensk Kvalitet som instrument för kundorienterad verksamhetsstyrning i hälso- och sjukvården (under benämningen QUL, Qvalitet, Utveckling, Ledarskap). Under denna (och nästa) fas skapas också en rad nya aktörer (se *bilaga 1*). År 1997 har så staten tillsammans med Socialstyrelsen och Landstingsförbundet skapat förutsättningar för kvalitetsstyrning i hälso- och sjukvården.

Under den tredje fasen sker en *utveckling och implementering av kvalitetsstyrningens styrpraktiker*. De nya aktörerna finner sina roller, eller snarare, kvalitetsstyrningen har nu fått sina aktörer. I de årliga Dagmaravtalen mellan staten, Landstingsförbund och Kommunförbund speglas hur statens styrambitioner från och med 1997 successivt ökar. Avtalen innehåller alltmer av policyformuleringar och beslut om resurser till öronmärkta områden som vårdgarantier, nationella riktlinjer, kvalitetsregister, nya kompetenscentra för prioriteringar, informationsteknologi m m. Förändringen har karaktäriserats som ”mindre pengar men mer text” (Anell & Svarvar 1999, s 172).<sup>9</sup> Den inriktning som uttrycks i Dagmaravtalen återfinns också i slutbetänkandet från HSU 2000 (SOU 1999:66) liksom i regeringens Nationella handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.<sup>10</sup> Här mobiliseras ytterligare resurser för utveckling av system för verksamhetsstyrning. Många landsting har introducerat Landstingsförbundets system

för kvalitetsstyrning (QUL), en modell som ofta används i kombination med andra verktyg.<sup>11</sup> Att genomföra QUL-modellen innebär stora arbetsinsatser av klinikernas ledning vilket bidrar till att ”kvalitetstänkandet” och dess begreppsvärld etableras i verksamheten. QUL-modellen kan således sägas ha varit framgångsrik även om den senare på många håll ersatts av andra verktyg för verksamhetsstyrning (Bejerot & Erlingsdottir 2002). I den fortsatta utvecklingen av förutsättningar för kvalitetsstyrning har Socialstyrelsen en central roll (se *tabell 2*).

Dessa insatser på övergripande nivå har skapat förutsättningar för en ny styrdoktrin i sjukvården, en styrning som baseras på idéer om kundstyrning från TQM. Verktygen för denna förändring har varit utredningar, lagar och föreskrifter, avtal, finansiella ersättningsströmmar, nya aktörer samt introduktion av modeller för kvalitetsstyrning. Hälso- och sjukvårdslagen har en ramkaraktär med en kortfattad paragraf om

9. Tillkomsten av Nationella rådet för vårdpolitik år 2000 med ledamöter från staten och sjukvårdshuvudmännen bör ses i ljuset av denna förändring av Dagmaravtalets innehåll och funktion.

10. Handlingsplanen är ett utvecklingsavtal mellan staten, Landstingsförbundet och Kommunförbundet. Närmare nio miljarder förs under perioden 2002–04 från försvaret till landstingens och kommunernas verksamhet (70 procent till landsting, 30 procent till kommuner). Fokus i handlingsplanen är utveckling av primärvården och äldreomsorgen, samverkan, mångfald, kunskapsutveckling, informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning.

11. QUL är ett derivat av Utmärkelsen Svensk Kvalitet (USK) som sprids av Institutet för kvalitetsutveckling (SIQ). 2001 besvarades en enkät av 273 slumpmässigt valda klinikchefer i Sverige. 80 procent rapporterade att de använde minst ett kvalitetssystem och 50 procent att de genomfört åtminstone delar av QUL (Bejerot & Hasselbladh 2001a).

kvalitetssystem, vilken vidareutvecklas i Socialstyrelsens föreskrift, som i sin tur ska konkretiseras och tillämpas i mottagarledet genom bland annat användning av systematiska kvalitetssystem. Upplägget gör att lag och föreskrift kan leva länge eftersom justeringar kan göras på lägre nivå.

I *tabell 3* ges en konkretisering och överblick av hur kvalitetsstyrning har materiali-

**Tabell 2.** Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen som har samband med kundorienterad kvalitetsstyrning.

- 1996 Nationella riktlinjer för hälso- och sjukvård
- 1999 Omfattningen av administrativt arbete i vården
- 2000 Kvalitetsindikatorer
- 2000 Beslutsstöd för prioriteringar
- 2000 Finansiering/styrning av kvalitetsregister
- 2001 Projekt om informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning

**Tabell 3.** Styrpraktiker kopplade till kundorienterad kvalitetsstyrning på olika nivåer, initierade av politiker/ tjänstemän respektive läkarprofessionen (modifierad efter modell av Allsop 1999).

	Initierade av politiker/tjänstemän	Inomprofessionella initiativ
Styrpraktiker för nationell nivå	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lagar, föreskrifter, allmänna råd</li> <li>• Samrådsgrupper stat/huvudman</li> <li>• Policyformuleringar i avtal mellan stat/huvudman</li> <li>• Rekommendationer avseende evidensbaserad medicin och läkemedelsanvändning</li> <li>• Nationella riktlinjer</li> <li>• Etisk plattform</li> <li>• Databas för anmälningar, publicering av fall av allmänt intresse</li> <li>• Vårdgarantier</li> <li>• Väntetider i vården publiceras på Internet</li> <li>• Nationell enkät om patientnöjdhet</li> <li>• Nyckeltalssamverkan</li> <li>• Nätverk för terminologier och klassifikationer</li> <li>• Gemensam informationsteknisk plattform</li> <li>• Kompetenscentrum och nätverk för prioriteringar</li> <li>• Nätverk för beställare</li> <li>• Kompetenscentrum för kvalitetsregister</li> <li>• Klinisk utvärderingsforskning</li> <li>• Informationsportaler på internet för olika intressenter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioriteringsgrupper med specialiteter</li> <li>• Förening för administrativ medicin</li> <li>• Institut för att granska kvaliteten i fortbildning för läkare</li> <li>• Ändrad läkarutbildning (team, problembaserat, "medical management", evidensbaserad medicin)</li> </ul>
Styrpraktiker för verksamhetsnivå	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsmaterial om patienters rättigheter</li> <li>• Etisk plattform för personalen</li> <li>• Patientenkäter</li> <li>• Medarbetarenkäter</li> <li>• Projekt för att minska väntetider</li> <li>• Vårdkedjor, processanalyser, flödesmodeller</li> <li>• Ambassadörer sprider rekommendationer</li> <li>• Beställar-/utförarmodell</li> <li>• Avtal som kräver kvalitetssystem, indikatorer och kvalitetsregister av utförarna</li> <li>• Instrument för systematiskt kvalitetsarbete (t ex QUL, Kvalitet till er tjänst, BSC)</li> <li>• System för återföring av patienters klagomål</li> <li>• Tillsyn av kvalitetssystem</li> <li>• Monitorerare, löpande kontroll av all klinisk forskning</li> <li>• Arbetsplatskoder för uppföljning av receptförskrivning</li> <li>• Interaktivt Internetprogram för recept med beslutsstöd</li> <li>• Nyckeltal (t ex Balanced Scorelead)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specialitetsföreningar/ utbildningar/kurser</li> <li>• Medicinska kvalitetsindikatorer</li> <li>• Medicinska kvalitetsregister</li> <li>• Triangelrevisioner (kollegialt erfarenhetsutbyte)</li> <li>• Medicinsk kvalitetsrevision</li> <li>• Kvalitetssystem för vårdcentraler (Kvalitetshuset)</li> <li>• Verktyg för samverkan mellan sektorer (Allmänläkarkonsult)</li> </ul>

serats i hälso- och sjukvården genom initiativ från politiker/tjänstemän respektive läkarprofessionen.

### Socialstyrelsens roll

Styrpraktikerna i tabell 3 kan ses som "svar" på Socialstyrelsens kvalitetsföreskrifter. Här formuleras med närmare 140 krav hur Hälso- och sjukvårdslagens paragraf om systematiskt kvalitetsarbete ska tillämpas i praktiken. Stor vikt läggs vid systematik och mätmetoder.

Kvalitetsföreskrifterna och de allmänna råden ställer krav på att all verksamhet inom hälso- och sjukvården skall omfattas av system för planering, utförande, uppföljning och utveckling av kvaliteten, dvs system för egenkontroll. All personal skall medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen. Det skall ingå som ett naturligt led i allt vård- och behandlingsarbete att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten.

[...]

Verksamhetschefen/motsvarande ansvarar för att de operativa verksamhetsmålen formuleras så att de är mätbara och att de kan nås. Alla medarbetare skall engageras i arbetet med att formulera mål. Mätbara mål, mått och mätmetoder bör fastställas för viktiga processer i verksamheten. Om det finns nationellt utvecklade mål, mått, indikatorer och normer för en verksamhet bör de användas. Genom att delta i olika nationella och internationella register kan jämförelser göras med andra inom samma verksamhet och den egna verksamheten följas upp över tid (Socialstyrelsen 1996, s 2-3).

Kvalitetsstyrningens ideal och styrpraktiker har förändrat Socialstyrelsens roll och arbetsätt. Den övergripande strategin och kopplingen mellan verkets olika enheter illustreras med verkets egen "kvalitetscirkel". Cirkeln inleds med normeringsinsatser (allmänna råd, riktlinjer, rekommendationer, kvalitetsindikatorer m m) som följs av vårdprogram och lokala riktlinjer, vilka i sin tur ska ligga till grund för verkliga förändringar i verksamheten, en verksamhet som följs upp genom Socialstyrelsens tillsyn. Kvalitetscirkeln sluts genom att uppföljningarna används i en omprövning av normerna. Normering och tillsyn ses som "två sidor av samma mynt" eftersom båda verksamheterna handlar om att säkra vårdens kvalitet och de "står i ett viktigt inbördes förhållande till varandra" (Socialstyrelsen 2001a, s 62).

Socialstyrelsens olika avdelningar normerar och utjämnar således skillnader i praxis genom styrpraktiker som nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer, en kunskapsproduktion som även involverar aktörer som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Läkemedelsverket och Läkaresällskapet. De nationella riktlinjerna översätts till ett språk som gör den medicinska praktiken begriplig även för icke-medicinare. På den internetbaserade faktabasen MARS publiceras de nationella riktlinjerna för att möta olika intressenters, personal, beställare och patienters, behov. Dessa riktlinjer har i realiteten ofta kommit att uppfattas som närmast tvingande normer eller standarder genom att patienter, patientföreningar, professioner och massmedia kräver att rekommenderad vård också ska erbjudas (Riksrevisionsverket 2002, s 125). Ett sätt att hantera detta tryck är att få medborgarnas och vårdprofessionernas stöd för öppna och medvetna *prioriteringar* av sjukvårdens åtgärder (Nationella

handlingsplanen, Prioriteringsutredningen, Dagmaravtalen). Avsikten är att prioriteringar ska inlemmas i de nationella riktlinjerna liksom i avtal mellan beställare och utförare av sjukvård.<sup>12</sup>

Socialstyrelsens tillsyn har förändrats radikalt under 1990-talet, då tillsynsverksamheten regionaliserades och fick kraftigt ökade resurser. Genom att lämna detaljreglering och istället utforma en stödjande och indirekt verksamhetstillsyn blev tillsynen en del i Socialstyrelsens strategiska kvalitetscirkel. Syftet med tillsynen blev att säkerställa att tillsynsobjektet har tillfredställande metoder för att själv uppmärksamma fel och brister och korrigera dessa. Socialstyrelsens tillsynsverksamhet ska fungera som en ”ny garanti för medborgaren” och ha en nyckelroll för att ”säkerställa implementering av demokratiskt fattade beslut”. Den nya tillsynen ”ses som en viktig länk i kedjan politiska mål, lagstiftning, föreskrifter, tillstånd, kontroll och sanktioner” (SOU 2002:14, s 134). Socialstyrelsens tillsyn handlar således om *en kontroll av lokala verksamheters ledning och organisation*, något som tidigare var otänkbart om det inte fanns starka indikationer på missförhållanden. Tillsynen är med andra ord på ett nytt sätt närvarande i vårdens vardag. En stor del av personalen som arbetar med Socialstyrelsens tillsyn har deltagit i utbildningar för att lära sig kvalitetsstyrningsinstrument som Utmärkelsen Svensk Kvalitet, modeller vars tankesätt och strategier präglar dagen tillsynsverksamhet.

Läkars praktik har traditionellt enbart bedömts av andra läkare i så kallad ”peer-review”. Vad som är nytt är statens ambition att genom olika aktörer kartlägga och utöva en normering i det kunskapsområde som tidigare varit förbehållet den medicinska professionen. Genom standardisering och avlatinisering<sup>13</sup> görs den medicinska prak-

tiken tillgänglig för icke-medicinare vilket skapar förutsättning för en normering som inte längre är inomprofessionell (Bejerot & Erlingsdottir 2002). Två områden är centrala för denna utveckling, nämligen informationstekniken och mottagarnas beredskap att ta emot den nya formen av normering.

### Informationsteknik och styrning

Det pågår otaliga projekt för att utveckla nya informationssystem för ledning i hälso- och sjukvården. Här finns ett stort intresse från både stat, sjukvårdshuvudmän och mjukvaruproducenter. Den planerade utvecklingen av projektet *Väntetider i vården* är ett exempel. Sedan mitten av 1990-talet har regeringen (via Dagmaravtalen) och sjukvårdshuvudmännen satsat på en nationell databas på Internet där förväntade liksom, så småningom, faktiska väntetider på kliniker publiceras. Enligt planerna ska redovisningen av väntetiderna också kopplas till en registrering av medicinsk prioritet och på längre sikt planerar Landstingsförbundet ett system där tillgängligheten

12. Styrning av *prioriteringar* i hälso- och sjukvården har utretts, formaliserats kortfattat som etiska principer i lagrum, och utvecklats i närmare 130 sidor i Socialstyrelsens allmänna råd (Socialstyrelsen 1999), för att därefter konkretiseras i kompetenscentra och i medicinsk verksamhet. Upplägget är närmast identiskt med kvalitetsstyrning både i form, faser i genomförandet och tidsperiod. Kvalitetsstyrning och prioriteringar har således drivits separat under utredningstiden. De integreras dock under implementeringsfasen i verksamheten under 2000-talet.

13. Avlatinisering kan ske på flera sätt, genom att översätta komplicerade sammanhang till enklare text, genom klassifikationer, kvalitetsindikatorer, nyckeltal, prioriteringsgrupper m m. Även styrkan i bedömningarna, dvs i vilken grad en rekommendation är vetenskapligt belagd, poängsätts av medicinska specialister.

kan följas genom hela vårdprocessen genom att informationssystemen fångar data från ett antal mätpunkter under vårdperioden. Dessa data ska användas för processtyrning (Regeringen 1999b, bilaga 1, s 13). En förutsättning för detta är att det finns effektiva system för IT-baserade patientjournaler. Datajournalerna ska fylla två syften, dels ska patienter kunna följa vårdprocesserna, dels ska journaler och annan registrering kunna användas för verksamhetsuppföljning (se Nationell handlingsplan). Härmed vidgas syftet med journalföring, från att vara en dokumentation av diagnoser och åtgärder avseende den individuella patienten till att bli ett verktyg för ledningens styrning och uppföljning av verksamheten.

Socialstyrelsen arbetar med flera liknande projekt. Syftet är att ta fram metoder för en transparent verksamhetsuppföljning för att "alla intressentgrupper skall kunna ta del av den information de behöver och har rätt till" vilket ses som "en del i den demokratiska processen" (Socialstyrelsen 2001b, s 6). Grundbultar i projektet är att bygga på individdata, att data fångas i *de dagliga rutinerna* och att data görs tillgängliga i mer eller mindre aggregerad form. Socialstyrelsens olika centra för terminologi, klassificering, befolkningsdata, kostnadsdata per patient samt kvalitetsindikatorer medverkar med sina kompetensområden.

I alla dessa informationssystem för ledning måste design och objekt i programmeringen fånga kunskapsområdenas relevanta kategorier. Vi har identifierat tre rötter till dessa kategorier:

- 1) den kundorienterade verksamhetsstyrningens begreppsapparat,
- 2) nationella riktlinjer, rekommendationer och kvalitetsindikatorer samt,
- 3) terminologi och klassificeringar.

Dessa kunskapsområden kan när de kategoriserats kombineras i interaktiva statistikmoduler. Flera statistikprogramleverantörer satsar på sådana applikationer för de Nationella kvalitetsregistren. Dessa från början medicinska forskningsregister som startats av läkare har väckt ett allt starkare intresse i Socialstyrelsen vars inflytande över registren ökar. Utvecklingen av mjukvara möjliggör för dessa register att bli *noder* för kvalitetsstyrning. Regeringen stödjer genom Dagmaravtalet flera kompetenscentra för kvalitetsregister där fokus är på gemensamma protokoll och informationsteknologins potential. Genom kontinuerligt upgraderade webbaserade register, ska den egna klinikers åtgärder och resultat kunna jämföras med riksgenomsnittet, med de nationella riktlinjerna eller inom den egna organisationen över tid. Applikationer och analyser kommer att kunna skraddarsys för användarnas behov. Beroende på om denne är läkare, sköterska, chef, beställare eller patient kan statistiken visa en översikt av klinikers resultat, en bild av patientens symptom över tid eller användas som ett beslutsstöd för läkaren – allt fångat i färggrann grafik som visar på förbättringspotentialer (registerlösningar från SAS Institute och SPSS)

### **"Kunskapsstyrning"**

Styrning genom normering och egenkontroll är avhängig en effektiv informations-spridning och att olika intressenter agerar effektivt och logiskt på dessa "fakta". För statsmakten är det därför viktigt att mottagarnas kompetens utvecklas så att förmågan att ompröva traditionella förhållningssätt ökar och informationen kan bli omsatt i praktiken. Det handlar om att skapa ett visst förhållningssätt till styrning hos mottagarna, såväl bland beställare som

vårdpersonal och patienter. Strategin har analyserats i Garpenbys och Carlssons (1999) arbete om statens styrning av hälso- och sjukvården och benämns *kunskapsstyrning*. Kunskapsstyrning ligger helt inom ramen för vad som förespråkas inom TQM och kvalitetsstyrning (ibid, s 254 f).<sup>14</sup>

Flera nätverk har bildats för att främja informationsspridning och mottagarkompetens på verksamhetsnivå. Under beteckningen "Dagmar-nätverket" samlas sedan 1997 ett 20-tal sjukvårdshuvudmän för att underlätta och påskynda intentionerna i Dagmaröverenskommelsen, en "kunskapsbaserad hälso- och sjukvård". De sjukvårdshuvudmän som arbetar enligt en beställar-/utförarorganisation samverkar i ett *Nationellt beställarnätverk*. Inom detta nätverk pågår en utveckling av terminologi och verktyg för beställarfunktionen och en akademisk utbildning har skräddarsyttts för personer i beställarpositioner. Utbildningen sker i samarbete med det nybildade *Prioriteringscentrum* som även startat nätverket *PrioNet* för kunskapsutbyte mellan landstingen. Alla dessa nätverk och kunskapscentra kopplar statens intentioner till verksamheten.

Även om det tidigare gjorts relevanta kartläggningar, riktlinjer och prioriteringar på myndighetsnivå eller i en region upprepas detta arbete i andra landsting. Hundratals läkare i olika landsting samlas i sektorsråd för att kartlägga vårdprocesser, utforma vårdprogram och prioriteringar inom sina specialiteter – och görs på detta sätt delaktiga i "kunskapsbildningsprocessen". I andra landsting är det beställarorganisationen som är delaktig i dessa aktiviteter. Pedagogiken bidrar till att ge en ny praxis fäste i verksamheten (se Garpenby & Carlsson 1999, Regeringen 1999a). En annan strategi för att förändra den medicinska praktiken

är att utse "ambassadörer" för Läkemedelsverket och SBU på sjukhusen runt om i landet. Enligt Riksrevisionsverkets rapport "Att påverka utan att styra" (Riksrevisionsverket 2002) har detta varit en framgångsrik strategi.

Till sist några ord om strategier för att påverka patienternas kunskapsnivå och inflytande. I de flesta utredningar om hälso- och sjukvården under 1990-talet betonas vikten av att patientperspektivet stärks i hälso- och sjukvården. Denna strävan materialiseras i olika projekt för informations-spridning. När betydelsen av informations-spridning och en stärkt ställning för patienten diskuteras handlar det dels om att det kommer att bidra till att patienterna blir mer delaktiga i sin egenvård, dels att kunniga patienter kommer att förmedla ett förändringstryck in i sjukvårdsorganisationen. Projekten handlar om att öka patienternas/allmänhetens kunskap om sina rättigheter och skapa underlag för informerade val (de kan gälla vårdgarantier, väntetider i vården, patienters nöjdhet, möjlighet till "second opinion" m m). Internetbaserade databaser publicerar information om sjukdomar och behandlingsalternativ för att höja patienternas kunskapsnivå (t ex faktabasen MARS). Patientnämnden är en aktör som fått en viktigare roll. Hit kan missnöjda patienter vända sig för att få hjälp. Alla klagomål behandlas och tas upp till klinikledningen för att diskuteras och bli underlag för verksamhetsförbättringar. Ovan-nämnda strategier riktar sig till patienten som "kund", men det finns också strategier som

14. Kunskapsstyrning innefattar några av TQM/USKs centrala värderingar: Faktabaserade beslut, kompetensutveckling, allas delaktighet, ständiga förbättringar och samverkan.

handlar om att stärka patientföreträdare. Förutom beställarorganisationer återfinns i denna kategori patientorganisationerna som under 1990-talet fått en större legitimitet som representanter för patienter både i nationella och lokala sammanhang.

Det finns både bredd och djup i dessa styrpraktiker för att sprida information, utjämna skillnader och få de olika intressenterna att spela sina roller. Vissa styrpraktiker kan sägas "hetta upp" relationer, som de mellan vårdpersonal och patient genom att lyfta fram bemötande, nöjdhet och klagomål (Bejerot & Hasselblad 2001b), medan andra styrpraktiker "kyler ner" relationer, genom t ex metoder för att skapa avgränsade dialoger mellan vårdpersonal och politiker/tjänstemän och en känsla av delaktighet kring heta områden som ledning, vårdprogram, etik och prioriteringar.

## Diskussion

Viljan att söka styra sjukvårdens inre processer, inklusive läkarnas arbetsprocess, har sina rötter i ett globalt gestaltskifte. Utvecklingen av det moderna sjukhuset med dess specialisering och infrastruktur var länge i väsentliga avseenden styrd av läkarprofessionen och av huvudmännen betraktad som en stödstruktur för den individuella läkaren. Nu har en omreglering av läkarnas arbetsprocess inletts men vars mer exakta effekter ännu inte kan anas.

Som tidigare påpekats är den svenska utvecklingen en del av en internationell trend. De mer specifika tendenser vi sett i Sverige i form av statligt iscensatta initiativ att reglera sjukvård genom nya former av förvaltningspolitik återfinns också i Storbritannien (t ex Morgan & Potter 1995) och Norge (Vabö 2002). I Sverige har statens ökade intresse för styrning av hälso- och sjuk-

vården lett till ett antal nya lagar och föreskrifter som möjliggör en ny typ av styrning som baseras på normering, systemkonstruktion och skapande av nya aktörsformer. Implementeringen av den nya styrdoktrinen har skett på många sätt, genom policy, avtal, finansiering, informationsteknik, kompetenscenter, nätverk, olika typer av verktyg för att leda in patienttryck i organisationen samt lokala "ambassadörer" och projekt som ger "mottagarkompetens" bland professioner och tjänstemän. Att beteckna detta som "kompetens" är en övertalningsdefinition, då förändringen innefattar radikalt nya roller och kriterier för handling för såväl läkare som hälso- och sjukvårdens tjänstemän och chefer. I de nya styrpraktikerna är kartläggning och systematisering av den medicinska praktiken, en kraftfull satsning på informationsteknik samt skapandet av nya aktörer med uppgift att hantera nya kunskapsområden viktiga inslag. Styrpraktikerna är invävda i varandra vilket gör att man utifrån en given punkt, t ex patienttillfredsställelse, lätt kan "haka vidare" och hänvisa till kvalitetsföreskrifter, en etisk plattform, patientens rättigheter, avtal, kvalitetsindikatorer, riktlinjer, rutiner för klagomål, jämförelser med andra och förbättringspotentialer. Den totala normerande effekten kan bli betydande då många olika och till synes disparata inslag förenas av en gemensam logik.

Nya inslag så som riktlinjer, prioriteringar och vårdprogram kommer att påverka läkarnas kliniska och professionella autonomi. De stadfästa prioriteringarna och programmen skapar en närvaro på kliniken av normer, som implicerar olika nya hänsynstaganden. Till exempel måste patientkollektivets samlade behov beaktas vid sidan av behoven hos den enskilde patienten i behandlingsrummet. Det paradoxala är att



samtidigt som det stipuleras att patienternas önskemål och valmöjligheter ska väga tyngre minskar i praktiken utrymmet för den enskilde patientens behov. De ökade dokumentationskraven och uppföljningarna stramar upp efterlevnaden av rekommendationer och riktlinjer och ger samtidigt förutsättningar för jämförelser mellan vårdgivare och ökade prestationskrav. Även om den kliniska autonomi formellt existerar gör en sådan situation att det blir svårt att avvika från föreskrivna riktlinjer för behandlingar. Läkarnas kunskapsmonopol bryts upp i och med att medicinens kunskapsmassa förenklas och översätts till olika intressenters behov. Nu kommer, för första gången, huvudmän och administrativa ledningar att ha ett språk som inte tvingas göra halt vid den kliniska verksamhetens hårda kärna.

Möjligen kan det vara så att den stegvisa utvecklingen av kvalitetsstyrning och dess *ad-hoc* karaktär (Garpenby 1999) försvårar för professionen och dess företrädare att få överblick och möjlighet att agera.<sup>15</sup> När dessutom data fångas i dagliga rutiner, utgår från klassifikationer, förmedlas via statistik och rekommendationer och framstår som ideologiskt neutrala, disparata initiativ blir det också svårt att se sammanhanget mellan kvalitetsstyrningens olika styrpraktiker. Freidson (1994) menar efter studier av amerikanska förhållanden att den utveckling som försvagat läkarnas position i USA till stor del beror på att det uppkommit en delning av professionen, mellan dem som allierar sig med arbetsgivaren/hierarkin och övriga, vilka de förstnämnda hjälper till att styra och kontrollera. I Sverige tycks utmaningen av läkarnas autonomi snarare hänga samman med en gradvis, till synes osynkroniserad och mångfasetterad institutionaliseringsprocess som verkar genom etableringen av lagar, aktörer, kunskapsom-

råden och informationstekniska lösningar. Analysen visar också att utvecklingen drivs framåt genom att många aktörer samarbetar, samordnat och pådrivet av staten och Socialstyrelsen.

Men gör inte, och kommer inte läkare att göra motstånd mot förändringar som hotar deras professionella autonomi? I den brittiska kritiska forskningen om TQM påpekas att forskaren måste vara uppmärksam på olika former av vardagligt motstånd och obstruktion, som kan undergräva kraften i de förändringar som ledningen eftersträvar (t ex Knights & McCabe 1998). Det är särskilt viktigt om man vill förstå hur TQM påverkar identitetsskapande processer, vilket för dessa forskare är en central fråga. Men om intresset snarare är riktat mot hur ramarna för handling förändras, blir motstånd intressant endast när det nått en sådan styrka och bredd att det kommer att påverka hur de nya ramarna utformas. När scientific management infördes i början av seklet påverkade det naturligtvis arbetares identitet, attityder och förhållningssätt till sitt arbete. Men endast i de fall där detta motstånd blev mer officiellt artikulert och organiserat kom det att påverka hur ramarna för industriarbetet utformades (Stråth 1996). Än så länge har vi inte sett några sådana tendenser ifråga om läkarna som kollektiv.

Bilden av läkaren som tronande på en pyramid av medicinsk kunskap, hårt driven specialisering och medicinsk techno-science måste kompletteras med en annan bild. I den står läkaren *under* en pyramid av praktiker för "kunskapsstyrning" och nya former för kontroll och tillsyn. Mellan dessa pyramider, i timglasets midja, sker mötet mellan

15. Att TQM "är en resa mot okänt mål" är en vanlig metafor i dessa sammanhang.

läkaren och den enskilde patienten. Hur det nya sramarna för handling påverkar detta möte är ett område som det finns anledning att studera närmare.

## Referenser

- Allsop J (1999) "Identity Maintenance under Conditions of Change. The Medical Profession in the UK in the Late Twentieth Century" i Hellberg, Saks & Benoit (red) *Professional Identities in Transition: Cross-cultural Dimensions*. Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Anell A & Svarvar P (1999) "Statlig styrning av hälso- och sjukvården genom Dagmaröverenskommelsen" i *God vård på lika villkor? – underlag till slutbetänkande, bilaga 5*, SOU 1999:66. Fritzes, Stockholm.
- Bejerot E & Erlingsdottir G (2002) "Materialisering av kvalitetsstyrning i hälso- och sjukvården" s 59–80 i Bejerot E & Hasselbladh H (red) *Kvalitet utan gränser – en kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Academia Adacta, Lund.
- Bejerot E & Hasselbladh H (2001a) "Systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. Enkätstudie riktad till chefer" stencil, Arbetslivsinstitutet, Solna.
- Bejerot E & Hasselbladh H (2001b) "The Construction of the Dissatisfied Patient" The Second International Conference on Critical Management Studies, University of Manchester, July 11–13, 2001.
- Bloomfield B P (1991) "The Role of Information Systems in the U.K. National Health Service: Action at a Distance and the Fetish of Calculation" *Social Studies of Science*, s 701–734.
- Chua W F (1995) "Experts, Networks and Inscriptions in the Fabrication of Accounting Images: A Story of the Representation of Three Public Hospitals" *Accounting, Organizations and Society*, vol 20, s 111–145.
- Clarke J & Newman J (1997) *The Managerial State*. Sage Publications, London.
- Doolin B (2002) "Enterprise Discourse, Professional identity and the Control of Hospital Clinicians" *Organization Studies*, vol 23, s 369–390.
- Erlingsdottir G (1999) *Förförande idéer – kvalitets-säkring i hälso- och sjukvården*. Akademisk avhandling. Ekonomihögskolan, Lunds universitet.
- Freidson E (1994) *Professional Reborn: Theory, Prophecy, and Policy*. University of Chicago Press, Chicago.
- Freidson E (2001) *Professionalism: The Third Logic. On the Practice of Knowledge*. University of Chicago Press, Chicago.
- Gardell B, Gustafsson R Å, Brandt C, Tillström I & Torbiörn I (1979) *Sjukvård på löpande band*. Prisma, Stockholm.
- Garpenby P (1999) "Resource Dependency, Doctors and the State: Quality Control in Sweden" *Social Science & Medicine*, s 405–424.
- Garpenby P & Carlsson P (1999) "Mot bättre vetande – Statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården" i *God vård på lika villkor? – underlag till slutbetänkande, bilaga 6*, SOU 1999:6. Fritzes, Stockholm.
- Grey C (1997) "Management as a Technical Practice: Professionalization or Responsibilization?" *Systems Practice* vol 10, s 703–725.
- Grey C & Garsten C (2001) "Trust, control and Post-bureaucracy" *Organization Studies*, vol 22, s 229–250.
- Gustafsson R Å (1987) *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i ett historie-sociologiskt perspektiv*. Esselte, Falköping.
- Hasselbladh H & Bejerot E (2002) "Inledning" i Bejerot E & Hasselbladh H (red) *Kvalitet utan gränser – en kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Academia Adacta, Lund.
- Hood C (1984) *The Tools of Government*. MacMillan, London.
- Hood C (1995) "The 'New Public Management' in the 1980s: Variations on a Theme" *Accounting, Organizations and Society*, vol 20, s 93–109.
- Jepperson RL & Meyer JW (1991) "The public Order and the Construction of Formal Organizations" s 204–231 i Powell WW & DiMaggio PJ (red) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Kallinikos J (1996) *Technology and Society: Interdisciplinary Studies in Formal Organization*. Accedo, München.
- Kitchener M & Whipp R (1995) "Quality in the Marketing Change Process: The Case of National Health Service" s 190–211 i Kirkpatrick I & Lucio M M (red) *The Politics of Quality in the Public Sector*. Routledge, London.
- Knights D & McCabe D (1998) "Dreams and Design of Strategy: A Critical Analysis of TQM

- and Management Control" *Work, Employment & Society*, vol 12, s 433–456.
- Latour B (1987) *Science in Action*. Open University Press, Milton Keynes.
- Lundin R & Söderholm A (1997) *Ledning för förnyelse i landsting – strategiska projekt i komplexa organisationer*. Nerenius & Santérus Förlag, Stockholm.
- Mintzberg H (1979) *The Structuring of Organizations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New York.
- Morgan P & Potter C (1995) "Professional Cultures and Paradigms of Quality in Health Care" s 166–189 i Kirkpatrick I & Lucio M M (red) *The Politics of Quality in the Public Sector*. Routledge, London.
- Mumfords L (1984) *Teknik och civilisation*. Vinga Press, Göteborg.
- Olson O, Guthrie J & Humphrey C (1998) *Global Warning! Debating International Developments in New Public Financial Management*. Cappelen, Oslo.
- Palmberg M (1997) "Quality Improvement in Swedish Health Care" *Journal of Quality Improvement*, vol 23, s 47–54.
- Perrow C (1965) "Hospitals: Technology, Structure and Goals" s 910–971 i March J G (red) *The Handbook of Organizations*. Rand McNally, Chicago.
- Power M (1997) *Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford University Press, Oxford.
- Regeringen (1999a) *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*. Proposition 1999/2000:149.
- Regeringen (1999b) "Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningen för hälso- och sjukvården för år 2000" Regeringens skrivelse 1999/2000:21.
- Rhenman E (1969) *Centrallasarettet: systemanalys av ett svenskt sjukhus*. Studentlitteratur, Lund.
- Riksrevisionsverket (1996) *Statlig tillsyn – ett förvaltningspolitiskt styrmedel*. Rapport 1996:10. Riksrevisionsverket, Stockholm.
- Riksrevisionsverket (2002) *Att påverka utan att styra. Statens informativa insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet*. Rapport 2002:4. Riksrevisionsverket, Stockholm.
- Rossides D W (1998) *Professions and Disciplines. Functional and Conflict Perspectives*. Prentice Hall, New Jersey.
- Schwarz H (1994) "Small States in Big Trouble. State Reorganization in Australia, Denmark, New Zealand and Sweden in the 1980s" *World Politics*, vol 46, s 527–555.
- SOU 1997:154 *Patienten har rätt. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000)*. Fritzes, Stockholm.
- SOU 1999:66 *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården. Slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000)*. Fritzes, Stockholm.
- SOU 2002:14 *Statlig tillsyn – granskning på medborgarnas uppdrag. Delbetänkande från Tillsynsutredningen*. Fritzes, Stockholm.
- Socialstyrelsen (1996) "Kvalitetssystem" Folder artikelnr 1996-00-122. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen (1999) *Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning*. Rapport 1999:16. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2001a) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2001*. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2001b) "Regeringsuppdraget om informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning: en första arbetsplan" 2001-06-26. Socialstyrelsen, Stockholm
- Stråth B (1996) *The Organisation of Labour Markets – Modernity, Culture and Governance in Germany, Sweden, Britain and Japan*. Routledge, London.
- Svensson L G (2002) *Professionella villkor och värderingar. En sociologisk studie av akademiker i 1990-talets Sverige*. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Townley B (1995) "Managing by Numbers: Accounting, Personnel Management and the Creation of Mathesis" *Critical Perspectives in Accounting*, vol 6, s 555–575.
- Turner B (1987) *Medical Power and Social Knowledge*. Sage, London.
- Vabö M (2002) *Kvalitetsstyrning og kvalitetsstrev. Nye styrningsambisjoner i hjemmetjensten*. Rapport 18/2002. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.
- Wilkinson A & Willmott H (1995) *Making Quality Critical. New Perspectives on Organizational Change*. Routledge, London.
- Öhrming J & Sverke M (2002) "Andemeningen är bra, men... kvalitetsfrågans betydelse för vården" s 188–208 i Bejerot E & Hasselblad H (red) *Kvalitet utan gränser – en kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Academia Adacta, Lund.

**Bilaga 1.** Aktörer i hälso- och sjukvården, med anknytning till kvalitetsstyrning efter årtal då organisationen skapades, fas i förändringsprocessen (även om dessa kan vara överlappande) samt verksamhetsområde.

Aktör	År	Verksamhetsområde/medlemmar
<i>Formerande fas</i>		
Spri	1968-1999	Statens planerings- och rationaliseringsinstitut Spri arbetade sedan mitten av 1980-talet med utveckling av metoder för kontinuerlig verksamhetsuppföljning. Spris betydelse minskade under 1990-talet då Socialstyrelsen och Landstingsförbund m fl börjar utveckla egen kompetens inom området.
Nationella samrådsgruppen för kvalitet och säkerhet i vården	1990-1995	Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Spri och Läkaresällskapet samverkade kring kvalitet i vården. Drev projekt kring kvalitetsindikatorer, prövade USK i vården m m.
Medicinska kvalitetsrådet (MKR)	1992	Läkaresällskapet och Läkarförbundets organ för kvalitetsutveckling av sjukvården. Samordnar specialitetsföreningar, tar fram kvalitetsindikatorer, utvecklar extern medicinsk revision, stimulerar professionens engagemang i kvalitetsarbetet. (MKR startades på inrådan av Nationella samrådsgruppen.)
Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)	1992	En statlig myndighet som utvärderar medicinska metoder. Tar fram kunskapsöversikter på olika områden så att alla berörda (läkare såväl som politiker, tjänstemän) kan ta till sig den kunskap som vunnits. (Spridningsaktiviteter finansieras via Dagmar.)
<i>Plattformen läggs</i>		
Socialstyrelsen, omorganisering	1990-talet	Normering genom föreskrifter, allmänna råd, riktlinjer samt tillsyn. Flera kompetenscentra (befolkningsdata, hälsoekonomi, klassificeringar, terminologi, faktadatabasen MARS). Regionala tillsynsenheter.
Nyckeltalsamverkan (Nysam)	1994	Tar fram kvalitetssäkrade nyckeltal för jämförelser inom sjukvården. Elva landsting, Socialstyrelsen, Landstingsförbund och konsultföretag ingår. Cirka 200 läkare medverkar i projekt.
Nationella beställarnätverk	1996	Nätverk för politiker och tjänstemän som arbetar med beställarmodellen. Utvecklar metoder, modeller, ordnar utbildning för sina medarbetare, utbyter erfarenheter.
Dagmarnätverket	1997	Företrädare för 20 landsting samverkar för att implementera Dagmaravtalens policy.
Läkemedelsverket	1997	En statlig myndighet som utarbetar riktlinjer för läkemedelsanvändning. Sedan 2002 organiseras obligatorisk löpande monitorering av all klinisk forskning.
Läkemedelskommitteer	1997	Kommittéer av farmaceuter och läkare på landstingsnivå. Sprider Läkemedelsverkets riktlinjer, följer upp förskrivningsmönster.
Patientnämnder	1999	Behandlar patienters klagomål, lokalt i varje landsting. Klagomålen registreras och kontakt tas med verksamhetschef som ser till att klagomålet hanteras även via kvalitetssystemet, dvs ej upprepas. Nämnderna utgörs av förtroendevalda. (Tidigare Förtroendenämnder.)

*Fortsättning nästa sida*

**Bilaga 1.** Fortsättning.

Aktör	År	Verksamhetsområde/medlemmar
Landstingsförbundets kansli för Utmärkelsen Svensk Hälso- och Sjukvård (QUL)	1997	Hantering av utmärkelsen. (Kopplat till utvecklingsavdelning där flera andra kvalitetsverktyg och metoder utvecklas.)
Svenskt medicinskt fönster	1997	Databas för medicinsk dokumentation samt statistik om vårdens innehåll och kvalitet på Internet. Har utvecklats av Socialstyrelsen, Landstingsförbund, Spri, Läkemedelsverket, SBU och Medicinska forskningsrådet.
InfoMedica	1997	IT-baserat informationssystem för patienter och allmänhet. Socialstyrelsen, Apoteket AB samt Landstingsförbundets projekt. Finansieras genom Dagmar.
Centrum för patientklassificering	1998	Utvecklar metoder för patientklassificering samt nätverk som inbegriper regionala samverkansnämnder och Läkaresällskapet. Landstingsförbundet och Socialstyrelsen.
<i>Utveckling av metoder, implementering, kunskapsspridning</i>		
Nationella rådet för vårdpolitik	2000	Staten och sjukvårdshuvudmännen (socialminister ordförande). Initierar, finansierar utvecklingsprojekt i vården, ersätter Spri. (Se regeringsskrivelse 1999/2000:21.)
Carelink	2000	Utveckling av IT i sjukvården. Medlemmar i organisationen är landstingen, kommunerna och IT-leverantörer. (Dagmar/Socialstyrelsen finansierar.)
Prioriteringscentrum	2001	Nationellt kunskapscentrum för prioriteringar och medicinskt programarbete. Organiserar även ett nätverk av beställare och tjänstemän på landstingsnivå. (Dagmar/Socialstyrelsen finansierar.)
Centrum för kvalitetsregister	2002	Tre centra för utveckling av kvalitetsregister. Fokus på informationsteknik, samt stöd till nya register. (Dagmar/Socialstyrelsen finansierar.)
Familjemedicinska institutet (FAMMI)	2002	Utvecklar metoder och genomför kunskapsspridning för "best practice" i primärvården. Finansierat av staten.
Läkemedelsnämnden	2002	Statlig myndighet vars uppgift är prissättning av läkemedel, styrning mot billigaste alternativ, sammanställa läkarnas förskrivning av recept på arbetsplatsnivå.
Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys (CHSA)	2000	Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborgs universitet, Västra Götalandsregionen. Nätverk för att förmedla forskning om styrning, organisation, kvalitet till tillämpad praktik.