Mellan kunskap och politik

Kvalitetssystem och offentlig kunskapsstyrning
i hälso- och sjukvården

Mattias Örnerheim

Linköping Studies in Arts and Science No. 690
Linköpings Universitet, Institutionen för
ekonomisk och industriell utveckling
Linköping 2016

Linköping Studies in Arts and Science • No. 690

Vid filosofiska fakulteten vid Linköpings universitet bedrivs forskning och ges forskarutbildning med utgångspunkt från breda problemområden. Forskningen är organiserad i mångvetenskapliga forskningsmiljöer och forskarutbildningen huvudsakligen i forskarskolor. Gemensamt ger de ut serien Linköping Studies in Arts and Science. Denna avhandling kommer från Statsvetenskap vid Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling.

Distribueras av:

Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling

Linköpings universitet

581 83 Linköping

Mattias Örnerheim

Mellan kunskap och politik

Kvalitetssystem och offentlig kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården

Upplaga 1:1

ISBN 978-91-7685-719-9

ISSN 0282-9800

© Mattias Örnerheim

Institutionen för ekonomisk och industriell utveckling, 2016

Tryckeri: LiU-tryck, Linköping

Sammanfattning

Kvalitetsfrågor i hälso- och sjukvården är ofta föremål för intressekonflikter mellan den medicinska professionen, politiker och förvaltningens tjänstemän. Dessa intressekonflikter sätter fingret på, det ur ett demokratiskt perspektiv, kontroversiella förhållandet mellan kunskap och politik.

Syftet med den här avhandlingen är att beskriva utvecklingen av kvalitetssystem i hälso- och sjukvården ur ett historiskt-institutionellt perspektiv utifrån fallstudier och konceptuella analyser. Särskilt analyseras implikationer av utvecklingen med avseende på relationen mellan den medicinska professionen och det politiskt administrativa systemet samt konsekvenser för den politiska styrningen av sjukvården.

Studien visar att medicinska kvalitetssystem och därmed även den medicinska professionen bäddats in i den politiska styrningen i takt med att ambitionerna mot en offentlig kunskapsstyrning tilltagit. Den visar även att hälso- och sjukvårdens kvalitetsregister i olika faser av sin utveckling har påverkats av politiska ideologier, managementidéer och idéer om transparens. Kvalitetsregister har omvandlats från att vara den medicinska professionens instrument för behandlingsuppföljning till att även bli en del av den politiska styrningen. Trots det har kvalitetsregister som institution lyckats behålla en betydande grad av stabilitet. Dessa register utgör en viktig del av en utveckling mot offentlig kunskapsstyrning som syftar till att förstärka och vitalisera styrningen av sjukvården. Öppna jämförelser som en oavsiktlig konsekvens av kvalitetsregisteranvändningen förstärker dessutom tendensen mot en offentlig kunskapsstyrning.

Av studien framgår att den offentliga kunskapsstyrningen utmanar föreställningen om demokratiidealet om upplyst förståelse. Å ena sidan finns osäkerheten i att politiska beslut kan kontrolleras av den medicinska professionen, vilket gör att politiska beslut riskerar att flyttas från politiska arenor. Å andra sidan är det inte demokratiskt acceptabelt att negligera relevant information och kunskap i beslutsfattande. Om så sker riskerar den förda politiken att stanna vid symbolpolitik. Den ökade fokuseringen på kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården gör det relevant att ställa frågan vem som styr vem i svensk hälso- och sjukvård, vilket i sig är en fråga om demokrati och legitimitet.

Abstract

Quality issues in public healthcare strike a classical conflict of interests between the medical profession and public officials in healthcare. This conflict of interest pinpoints, from a democratic perspective, the controversial relationship between knowledge and politics.

The aim with this thesis is to describe the quality development in Swedish healthcare from an institutional perspective, analyse implications of the development concerning the relationship between the medical profession and the public administrative system and discuss consequences for political direction and welfare organization. The study is based on four case studies and one conceptual analysis.

The main conclusion is that the medical quality systems have been imbedded in the political management alongside the development towards a public knowledge management. The analysis has more specifically uncovered that quality registries in healthcare have been influenced by political ideologies, management ideas and ideas of transparency in different phases over time. Quality registries have been transformed from solely being an instrument for medical monitoring to also becoming an instrument of political governance. Despite the influence of different ideas of management, they have retained a core of stability. These registries constitute a major component in a development towards a public knowledge management that is mainly geared to reinforce and revitalise healthcare-management. It is also clear that open comparisons were an 'unintended consequence' of the quality registry development that has enhanced the development towards a public knowledge management.

The public knowledge management challenges the ideal of democratic enlightened understanding. On the one hand, there is an uncertainty that the medical profession may control political decisions. Such circumstances run the risk of moving political decisions from political arenas. On the other hand, from a democratic perspective, it is not acceptable to neglect relevant information in decision-making. Then, there is a risk that the policies are symbolic rather than real tools for change and management of public healthcare. The development of public knowledge management in the healthcare sector raises the question of who is governing whom in Swedish healthcare.

Förord

Denna avhandling sätter kvalitetssystemutvecklingen i svensk hälso- och sjukvård i ett politiskt sammanhang. Hälso- och sjukvården aktualiserar ett av de mest centrala demokratiproblemen i statsvetenskapen och speciellt i förvaltningsforskningen, närmare bestämt relationen mellan de som styr och blir styrda i ett politiskt system.

Människors förväntningar och behov möter i sjukvården starka professioner och organisationskulturer i ett ständigt flöde som gör hälso- och sjukvården till ett svårstyrt politiskt område. Läkarnas viktiga kunskaper som kan vara skillnaden mellan liv och död, riskerar att göra politiker demokratiskt marginaliserade om de inte har tillräckligt stor kunskap om hälso- och sjukvårdens verksamhet för att få ett reellt inflytande. Samtidigt är risken med en stark profession att systemet blir alltmer teknokratiskt på demokratins bekostnad. Dessutom tillkommer ytterligare en dimension, nämligen den maktposition som tjänstemännen besitter som ”översättare” mellan den medicinska verksamheten och politiken.

Kunskapsstyrning har blivit ett populärt begrepp inom hälso- och sjukvården och beskrivs ofta som en nyckelfråga för att möta kommande utmaningar. Frågan är vad som bör göras för att kunskapsstyrningen ska bli mer effektiv och kunna möta patienters, professionernas och huvudmännens behov? Att detta kommer att kräva kunskap om implementering av nytt vetande och nya metoder är de flesta överens om, men det är inte bara implementering av medicinsk kunskap som är viktig i detta sammanhang.

Vad som ofta framställs som oproblematiskt är behovet av en stärkt kunskapsutveckling om hur offentlig förvaltning faktiskt styrs i allmänhet och hälso- och sjukvården i synnerhet. Expertkunskap som kan erhållas genom kvalitetssystem ses ofta som något neutralt och objektivt. Frågan är om det förblir så om kunskapen används i ett politiskt sammanhang? Det är denna föreställning som utmanas i den här avhandlingen.

Konstateras kan, att hälso- och sjukvården är ett kalejdoskopiskt system med många olika intressenter, beslutsnivåer, logiker, moraliska dilemman, traditioner och hierarkier som gör det svårt att skapa sig en överblick. Detta gör även hälso- och sjukvården till ett stort och svårgripbart empiriskt fält. Att därför ge en fullständigt allsidig, detaljerad och samtidigt nyanserad

bild av svensk hälso- och sjukvård är i det närmaste omöjligt. Avhandlingen ska därför sättas i relation till andra bilder av svensk sjukvård.

Nu över till mina tack. Detta var något att bita i och hade inte kunnat genomföras utan hjälp.

Först och främst tack till Elin Wihlborg, min huvudhandledare under alla år som doktorand, och som var den som tog emot mig vid avdelningen för Statsvetenskap vid Linköpings Universitet (LiU), för positivt engagemang och uppmuntran. Tack även till Bo Persson och Gissur Ó Erlingsson, som under den avslutande delen av mina doktorandstudier varit biträdande handledare och bidragit med synpunkter på mina manusutkast.

Jag vill även framför ett tack till mina tidigare och nuvarande doktorandkollegor vid LiU, Ester Andréasson, Martin Berry, Mariana Gustafsson, P.O. Hansson, Peter Håkansson, Gabriella Jansson, Johan Wennström, Ida Åberg och Richard Öhrvall för stöd och trevliga samtal i upp- och nedgång. Tack även till övriga kollegor på avdelningen för Statsvetenskap vid LiU, som på olika sätt bidragit till avhandlingen och artikelmanus vid seminariediskussioner.

Ett speciellt tack riktas till Peter Triantafillou (Roskilde Universitet, RUC) som lät mig komma som gästdoktorand till RUC och Institut for Samfund och Globalisering. Framförallt Peter, men även doktoranderna i statsvetenskap vid RUC, har bidragit med kreativa och insiktsfulla kommenterar vid forskarseminarier på mina artikelmanus. Jag vill likaledes rikta ett tack till Anna Bendz, Göteborgs Universitet, för en värdefull diskussion vid mitt halvtidsseminarium och David Feltenius, Umeå Universitet, för kreativa idéer vid mitt slutseminarium.

Jag vill också tacka Region Östergötland (RÖ) som låtit mig vara tjänstledig för att genomföra mitt avhandlingsarbete. Särskilt vill jag framhålla Lena Lundgren (hälso- och sjukvårdsdirektör) och Hennings Sand (enhetschef) som var de som en gång anställde mig på Ledningsstaben vid RÖ samt Christina Källgren Pettersson (enhetschef), Peter Wahlberg (sakkunnig), Kerstin Aldstedt (hälso- och sjukvårdsstrateg) och Lizbeth Bellander (allmänläkare och medicinsk rådgivare) som tog mig under sina vingar, delade med sig av sina kunskaper och introducerade mig i den snåriga landstingsvärlden.

Sist men inte minst vill jag framföra ett tack till min familj och vänner (ni vet vilka ni är) för de viktiga och nödvändiga avbrott som inte har med avhandlingsarbetet att göra. Inte minst mina två äldsta söner har varit väldigt framgångsrika på detta område, så därför vill jag rikta ett extra stort tack till dem. Jag är övertygad om att vår nyfödde son har lika väl utvecklade egenskaper i detta avseende. Min sambo har vänligt med bestämt meddelat att hon inte vill bli omnämnd i förordet, så naturligtvis gör jag henne som vanligt till viljes.

Det finns också andra att tacka. De är inbegripna.

Slutsatserna, liksom avhandlingen i dess helhet, är mitt eget ansvar. Eventuella tillkortakommanden angående dessa ska ingen nämnd eller onämnd lastas för.

Mattias Örnerheim
Växjö 2016-05-06

Artikellista

Artiklar som ingår i avhandlingen:

*Artikel I**

Örnerheim, M. & Triantafillou, P. (2016). "Explaining Quality Management in the Danish and Swedish Public Health Sectors: Unintended Learning and Deliberate Co-optation." *International Journal of Public Administration*. (Ahead of print)
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01900692.2015.1064959>

Artikel II

Örnerheim, M. (2011). "What frames Quality Registers in Swedish Healthcare? – an Institutional Approach." I Irené Bernhard, Uddevalla Symposium 2011: *Entrepreneurial knowledge, technology and transformation of regions*, revised papers at the 14th Uddevalla Symposium, 16-18 June 2011, Bergamo, Italy, Dep. of Economics and IT, University West, Trollhättan.
(**Best PhD Candidate Paper Award on:** Entrepreneurial knowledge, technology and transformation of regions, Uddevalla Symposium, 16-18 June 2011, Bergamo, Italy.)

*Artikel III**

Örnerheim, M. & Wihlborg, E. (2014). "Path dependence on New Roads. Institutional Development of Quality Registers." *Scandinavian Journal of Public Administration*, 18(2):3-22.

Artikel IV

Örnerheim, M. (accepterad för publicering). "Policymaking through Healthcare Registries in Sweden." *Health Promotion International*.

Artikel V*

Elg, M., Wihlborg, E. & **Örnerheim, M.** (2015). "Public Quality – for whom and how? Integrating Public Core Values with Quality Management." *Total Quality Management & Business Excellence*. (Ahead of print)
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14783363.2015.1087841>

** I artikel I utfördes materialinsamling i det svenska fallet av Örnerheim och i det danska fallet av Triantafillou, analysarbete genomfördes gemensamt. I artikel III genomfördes materialinsamling av Örnerheim, medan analysarbete gjordes gemensamt med Wihlborg. I artikel V deltog Örnerheim i analysarbetet.*

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
Syfte	2
Avgränsningar	3
Disposition	4
Tidigare forskning och behov av att studera kvalitetssystem	4
Begreppet kunskapsstyrning	6
Vad är kvalitetsregister?	7
Kvalitetsregister i kunskapsstyrning	9
ETT HISTORISKT INSTITUTIONELLT PERSPEKTIV	10
Spårbundenhetsprocesser	11
Självförstärkande krafter	11
Oavsiktliga konsekvenser	12
Mönster i institutionell förändring	14
Inkrementell förändring	14
Idéer och konflikter	15
Institutionell stabilitet och förändring i studier av politisk styrning	17
Ett institutionellt ramverk för studiet av utvecklingen av kvalitetssystem	20
FORSKNINGSMETOD OCH MATERIAL	22
Forskningsstrategi	22
En kvalitativ fallstudieansats och processpåring	23

Innehållsförteckning

Komparativa fallstudier	25
Jämförelse mellan länder och sektorer	25
Jämförelser över tid	26
Källmaterial och datainsamlingsmetoder	28
Dokumentstudierna	28
Intervjuerna	31
Reflektion över forskarens roll och tidigare erfarenheter	34
KVALITETSSYSTEM I FÖRÄNDRING	36
Artikel I: Att överbrygga kvalitetskonflikter: kvalitetsutveckling i två spår	36
Artikel II: Kvalitetsregisterutveckling i tre faser	37
Artikel III: Stabilitet i utvecklingen av kvalitetsregister	38
Artikel IV: Öppna jämförelser – en oavsiktlig konsekvens	39
Artikel V: Konceptuell förståelse av kvalitetssystem i offentlig sektor	41
Sammanfattning av artiklarnas empiriska resultat	42
INSTITUTIONELL UTVECKLING AV KVALITETSSYSTEM: IDÉER, KONFLIKTER, SAMARBETEN OCH KONSEKVENSER	43
Politisering och institutionella förutsättningar för kvalitetssystemutveckling	43
Registerstudier uppstår	45
Managementidéer får genomslag	49
Förstärkta ideal om öppenhet, valfrihet och deltagande	54
En offentlig kunskapsstyrning ger sig tillkänna	58

Innehållsförteckning

AVHANDLINGENS ÖVERGRIPANDE SLUTSATSER	60
Framtida forskning	64
Avslutningsvis	66
REFERENSER	67
Offentligt tryck	76
Bilagor	79
Bilaga A: Intervjupersoner i artikel II, III och IV – funktion och tillhörighet	79
Bilaga B: Övriga dokument	80
ARTIKEL I-V	82

Introduktion

Hälso- och sjukvård ska bedrivas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet för att vården ska hålla en hög kvalitet (se bl. a Förordning 2015:155; Patientlag 2014:821; Patientsäkerhetslag 2010:659; SOU 2007:10; HSL 1982:763). Den offentligt finansierade och organiserade hälso- och sjukvården i Sverige styrs och utvecklas idag i ett komplext samspel mellan medicinsk kunskap och politiska avvägningar. I kontrast till den medicinska professionens kunskap står demokratiska intressen förmedlade av politiker och tjänstemän. Politisk styrning utgår från att politiker ska fatta beslut utifrån sina egna värderingar och relevanta fakta.

För att kvalitetssäkra sjukvården har flera styrnings-, uppföljnings- och utvärderingsinstrument utvecklats, exempelvis nationella riktlinjer, kvalitetsregister och öppna jämförelser. Dessa baseras på den medicinska professionens kunskap och fogas in i den politiska styrningen. De blir en grund för ökad kunskapsstyrning som påverkar relationen mellan politik och medicinsk profession. I fokus för den här analysen står därför relationerna mellan medicinsk kunskap och värderingar i politiska beslutssituationer. Som uttryck för detta studeras medicinska kvalitetssystem, som syftar till att stödja kunskapsstyrningen i den politiskt styrda hälso- och sjukvården och därför påverkar relation mellan kunskap och politik.

Skillnaden mellan politik och vetenskap är således inte helt tydlig och här finns ett demokratiskt dilemma (Molander, 2012). Medicinsk vetenskaplig kunskap är inte isolerad utan påverkas av samhället och politiska idéer. Det krävs därför ett kritiskt förhållningssätt till hur kunskap formas, särskilt då till och med experter är oeniga om innebörden och implikationerna av den evidens som produceras och ligger till grund för kunskapsstyrningen (Bohlin & Sager, 2011, Fernler & Helgesson, 2006). Vetenskaplig kunskap är en del av hälso- och sjukvårdens verksamhet och därmed blir kontrollen över kunskapen en fråga om makt. Eftersom kunskapen inte är neutral och entydig, skapas ett dilemma då makten över denna kunskap är en politisk fråga (Molander, 2012; Bohlin & Sager, 2011).

Systematiserade kunskapssammanställningar används inom vården, men det finns i praktiken stora brister och variationer i detta arbete (Vårdanalys, 2015; Statskontoret, 2014). I vården efterfrågas liksom i andra offent-

liga verksamheter utvärderingar, vilka gör evidensbaserade beslutsunderlag och experternas roll allt större i politiska beslutsprocesser (Hertting & Vedung, 2009).

Kvalitetsutvecklingen i sjukvården började systematiseras på 1970-talet. Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri) började då utveckla metoder för mätning av kvalitet ur olika aspekter (struktur, process, resultat) och ur olika perspektiv (patienten, vårdpersonal) samt själva arbetssättet (kvalitetssäkringsprocessen) (Spri, 1987; Spri, 1980; Spri, 1978; Spri, 1971). På så sätt institutionaliserades kvalitetsarbetet och en grund lades för kunskapsstyrning. I praktiken infann sig en uppdelning där läkare koncentrerade sig på medicinsk resultatkontroll, medan sjukvårdshuvudmännens intresse begränsade sig till organisatoriska frågor (Garpenby, 1996). Under denna period introducerades de första kvalitetsregistren av den medicinska professionen i svensk hälso- och sjukvård. Dessa har idag blivit en del av den politiska styrningen, bland annat som underlag för sjukvårdens öppna jämförelser. Registrens utveckling har präglats såväl av stabilitet som av förändringar när de utvecklats i samspel med den omgivande politiskt institutionellt formade organiseringen av hälso- och sjukvården. Nya kvalitetssystem, styrsystem och regler som förs in i styrningen av hälso- och sjukvården behöver analyseras, kritiseras och förklaras för att kunna omprövas.

Syfte

Syftet med föreliggande avhandling är att (1) beskriva och analysera utvecklingen av kvalitetssystem i hälso- och sjukvården ur ett historiskt-institutionellt perspektiv, för att sedan (2) analysera hur dilemman mellan medicinsk profession och politisk styrning hanterats i denna utveckling, samt (3) diskutera konsekvenser av denna utveckling för politisk styrning av sjukvården och därmed en del av välfärdens organisering.

Den här avhandlingen består av fem artiklar, vars resultat sammanfogas och systematiseras till ett självständigt bidrag för att analysera utvecklingen av kvalitetssystem. Artiklarna analyserar olika aspekter av utvecklingen av kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Den första artikeln undersö-

ker institutionella skillnader i kvalitetssystemutvecklingen i Danmark och Sverige. Den andra artikeln analyserar hur kvalitetsregister i Sverige påverkats av styrningsidéer i hälso- och sjukvården. Den tredje artikeln problematiserar teorin om spårberoende genom att visa hur nya målsättningar lagts till kvalitetsregistren, men att verktyget kvalitetsregister har överlevt. Den fjärde artikeln analyserar hur öppna jämförelser uppstod som en oavsiktlig konsekvens i utvecklingen av kvalitetsregister. Den femte och sista artikeln är en konceptuell analys av kvalitetsstyrning i offentlig sektor.

Avgränsningar

Avhandlingens fokus på utvecklingen av kvalitetssystem i allmänhet och kvalitetsregister i synnerhet lyfter fram kunskapsstyrningen som en del av den politiska styrningen. Därför analyseras inte innehållet i kvalitetssystem och kvalitetsregister. Analyserna av kunskapsstyrningen sätts istället i relation till managementmodeller, men utan använda sådana perspektiv som förklaringar.

Kvalitetsregistren sätts därför inte in i det vidare perspektivet av Total Quality Management (TQM), som innehåller strategier för att upprätta riktlinjer för hur man ska arbeta med ständiga förbättringar samt korrigera felaktigheter (se t.ex. Staines m.fl. 2015; Santos & Eriksson, 2014; Elg m.fl. 2011). Dessa studier problematiserar sällan politikens roll. Inte heller analyseras hur systemen används som en del av styrningen inom New Public Management (NPM), då det leder utanför kvalitetsfrågorna (se t.ex. Agarwal m.fl., 2016; Hansson, 2014, Newman & Lawler, 2009, Almqvist, 2006).

Den här avhandlingen analyserar istället kvalitetssystem och kvalitetsregister i ett kunskapsstyrningsperspektiv som TQM och NPM utgör en del av. Inom ramen för det historisk-institutionella perspektivet inriktas den övergripande analysen, dels på dilemman som framträder som potentiella konflikter mellan normer, dels på spårbundenheten i utvecklingen och oväntade konsekvenser som uppstått i processerna.

Det huvudsakliga skälet till att framväxten av kvalitetsregister valts för undersökningen är att utvecklingen är unik i den meningen att Sverige är det enda land i världen som har sett en sådan kraftig utveckling både i antal

och i användningen av kvalitetsregister (Läkartidningen, 2014d; SKL, 2010). Kvalitetssystem är en del av det institutionella arrangemang som formar management som förvaltningspolitik i ett land. Jämförande analyser visar här stor variation (Pollitt och Bouckaert, 2011). Därför görs i denna studie en jämförande analys (artikel I) med utvecklingsprocessen kring kvalitetssystem i Danmark. Danmark har valt för att hälso- och sjukvårdssystemet liknar det svenska men trots det har man i Danmark valt en helt annan inriktning i utvecklingen av kvalitetssystem. Det visar på att olika lösningar är möjliga trots lika förutsättningar.

Disposition

Fortsättningen på detta kapitel sätter in kvalitetssystem i sjukvården i ett bredare forskningsperspektiv och som en del av styrningen i hälso- och sjukvården. I nästa kapitel beskrivs studiens historisk-institutionella perspektiv, som ger den övergripande analytiska teoretiska inramningen av delstudierna i artiklarna. I det därpå följande kapitlet diskuteras de metodologiska ansatser och analyser som används i artiklarna. Därefter sammanfattas de empiriska resultaten och bidragen från respektive artikel. Slutligen summeras och diskuteras de övergripande slutsatserna utifrån ett historiskt-institutionellt perspektiv.

Tidigare forskning och behov av att studera kvalitetssystem

I tidigare studier har det konstaterats att kvalitetssystem som grund för styrning i offentlig sektor blir allt vanligare inom allt fler sektorer (Pollitt & Bouckaert, 2011; Newman & Clarke, 2009; Røvik, 2008). Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården utgörs av verktyg som beslutstöd, nationella riktlinjer, kvalitetsregister, ackrediteringssystem, patientenkäter, öppna jämförelser samt nationella utvärderingar. Kvalitetsregistren används som huvudsak-

lig datakälla för hälso- och sjukvårdens öppna jämförelser tillsammans med Socialstyrelsens hälsodataregister, Vårdbarometern och SKL:s ekonomidatabaser. De används även för kunskapsutveckling inom de medicinska områdena och för politisk styrning av hälso- och sjukvården.

Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården har varit, och är fortfarande, främst föremål för studier om hur man bäst utvecklar kvalitetssystem i sig eller utvärderingar av kvalitetssystem och dess effekter (se t. ex. Peterson, m.fl., 2015; Dixon, 2013; Øvretveit, m.fl. 2013; Dahlgaard m.fl., 2011; Rejler m.fl., 2007). Flera liknande artiklar hittas i internationella journaler som *Quality Management in Health Care*, *International Journal of Health Care Quality Assurance* och *Total Quality Management and Business Excellence*. Däremot efterfrågar Elg m.fl. (2007), i en studie om hur kvalitetsinnovationer utvecklas i svensk sjukvård, hur denna utveckling påverkas av den politiska styrningen och det institutionella sammanhanget. Eldh m.fl. (2015) har t.ex. slagit fast att länkarna mellan olika nivåer i sjukvården måste förstärkas, inklusive den regionala politiska beslutsnivån, för att kvalitetsregister på allvar ska kunna bidra till en ökad kvalitet i hälso- och sjukvården.

Kvalitetssystem blir på så sätt en del av förvaltningspolitik och ledning inom offentliga verksamheter. Utifrån en internationell jämförande studie över förvaltningsreformer framhåller Pollitt och Bouckaert (2011) att institutionaliserade utvärderings och uppföljningsmetoder är viktiga både för att skapa stabilitet och förankrad förändring. På samma sätt pekar Røvik (2008) på behovet av systematiserad kunskap för att förstå utvecklingen av förvaltningspolitik och spridningen av managementidéer. Såväl Pollitt och Bouckaert som Røvik efterlyser studier om hur olika kvalitetssystem påverkas av eller påverkar sin omgivning. Men de ser också ett behov av studier om hur idéer och koncept utvecklas och sprids inom och mellan olika policyfält. Därigenom menar de att kumulativa kunskapsprocesser kan genereras.

I en svensk studie av tre olika förvaltningars managementsystem framgår det att utformningen av kvalitetssystem i stor utsträckning inspirerats av idéer och verktyg som förknippas med TQM (Hall, 2012). Slutsatsen är att förvaltningarna skapat en form av organisationspolitik som bidrar till att politiker frånträder sin styrande roll. Studien bidrar till ökad kunskap om managementreformer och, som Hall uttrycker det, managementbyråkra-

tins funktionssätt. I denna studie sätts däremot fokus på den politiska kunskapsstyrningen.

Forskningen om kvalitetssystem fokuserar således främst på utveckling och implementering av system samt effektivitetsutvärderingar. Trots detta är kunskapen om denna expansion begränsad och det finns behov av att belysa kvalitetssystem som fenomen, särskilt ur demokratiska och förvaltningsteoretiska perspektiv. Utformningen och användningen av dessa system kan ha stor betydelse för den politiska styrningen och förvaltningens organisation. Om inte sådana studier genomförs finns det en risk att en debatt om verktyg och instrument överskuggar diskussioner om kvalitetssystemens påverkan på demokratiska värden. Det gäller främst frågan om hur kvalitetssystem och kunskapsstyrning påverkar förhållandet mellan politik och medicinsk profession. Det är en grund för demokratiska beslutsprocesser och dess institutionella sammanhang. Kunskapsstyrning är ett centralt begrepp i avhandlingen och därför ges här en introduktion till begreppet.

Begreppet kunskapsstyrning

Som begrepp började kunskapsstyrning dyka upp i den offentliga debatten om hälso- och sjukvården i slutet av 1990-talet (Garpenby & Carlsson, 1999). Ursprungligen användes begreppet främst för att beskriva styrning av kunskaps- och kompetensutvecklingsprocesser i företag (Liebowitz, 1999; Rollett, 2003; McInerney, 2007). Det handlar kortfattat om hur en organisation skaffar, distribuerar och lagerhåller kunskap med inriktning mot hur man med tekniska hjälpmedel gör information tillgänglig internt för sina medarbetare.

Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården är svårdefinierat. Övergripande kan det beskrivas utifrån dess syften, d.v.s. att kvalitetssäkrad kunskap sprids och används inom verksamheten. En viktig del är också att kliniskt samt administrativt beslutsfattande bygger på tillgänglig kunskap (SoS & SKL 2009; SoS 2012; SOU 2011:65).

Det finns många motiv för att ”kunskapsstyra” verksamheter i sjukvården. De vanligaste motiven är att man vill öka konkurrenskraft, produktivitet och effektivitet, vilka ofta är en respons på policyproblem i vården i form av bristande kvalitet, långa väntetider och dåligt bemötande (SOU

2012:33). Fernler (2012) menar att betoningen på kunskapsstyrning hittills mest har legat på att utveckla system och kunskapssammanställningar för att ta fram *kunskap* i sjukvården, snarare än på *styrning* eftersom nödvändiga styrningsformer sällan diskuteras.

I den här avhandlingen ses kunskapsstyrning som något bredare än att det bara skulle handla om kunskapssammanställningar. Jag menar här att det även handlar om att överföra kunskap och kunnande, d.v.s. en process som innebär ledning av medarbetare snarare än styrning av kunskap. Processperspektivet innebär att flera aktörer involveras, allt från myndigheter som gör kunskapssammanställningar, till medicinsk personal som i sin dagliga verksamhet använder riktlinjer, kvalitetsregister och annan kunskapsinformation. Idag finns ett stort antal kvalitetsregister, men också upparbetade rutiner för att använda dessa register. Utvecklingen av kvalitetsregister står i fokus för analyserna i avhandlingens empiriska studier. Härnäst beskrivs därför dessa register och samhällsvetenskaplig forskning på kvalitetsregister som berört relationen mellan profession och politik.

Vad är kvalitetsregister?

Hälso- och sjukvårdens nationella kvalitetsregister innehåller individbaserade uppgifter om problem, diagnos, behandling och resultat. Dessa uppgifter används för lärande och förbättringsarbete i vården. De nationella kvalitetsregistren används även som underlag för vårdens öppna jämförelser och därmed kan man även följa upp vilka resultat enskilda landsting, sjukhus eller kliniker åstadkommer. Kunskap som genereras i kvalitetsregister används även i andra kvalitetssystem som t.ex. nationella riktlinjer eller kunskapsstöd vid läkemedelsordinationer och sjukskrivning (Staines m.fl. 2015; Santos & Eriksson, 2014; SoS & SKL, 2013a; SoS & SKL 2013b; SKL 2010).

I en nationell översyn som genomfördes 2010 framställdes kvalitetsregistren som en ”guldgruva” och förhoppningarna om vad dessa register ska kunna åstadkomma för kvalitetsutvecklingen i vården var och är fortfarande stora (SKL, 2010). Senare utvärderingar har emellertid visat att kvalitetsregistren inte haft en så stark utveckling som önskat, eftersom för mycket fokus lagts på registrering istället för på faktisk användning av registerin-

formation (Vårdanalys, 2014a). Det finns även regionala och lokala kvalitetsregister som fungerar på i princip samma sätt som de nationella (se t.ex. Region Skåne, 2012). Såväl nationella som regionala och lokala register omfattas av Patientdatalagen (SFS 2008:335) som i 7 kap. 1 § beskriver ett kvalitetsregister på följande sätt:

Med kvalitetsregister avses en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Kvalitetsregistren ska möjliggöra jämförelse inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå.

Lagstiftningens definition ovan, bygger trots allt på ett ganska snävt betraktelsesätt. Kvalitetsregistren syftar även till att följa behandlingsresultat *över tid* för ständigt förbättringsarbete på kliniker och vårdcentraler. Genom registren kan tidiga varningar om något inte stämmer identifieras. På så sätt kan de även användas till att *kontrollera följsamhet* i förhållande till nationella riktlinjer eller mål och fungera som ett stöd i det dagliga arbetet. Registren kan också användas för att *undersöka effekter* av behandlingsinsatser och göra jämförelser mellan kliniker, sjukhus och landsting. Data från registren användas också vid utformning av informationsmaterial till patienter och i *klinisk forskning*.

Tidigare samhällsvetenskaplig empirisk forskning om kvalitetsregister har främst fokuserat på professionens roll och dess relation till det politiskt administrativa systemet. Sedan mitten av 1990-talet har ett intresse från offentliga tjänstemän funnits för kvalitetsregister (Garpenby & Carlsson, 1994). Garpenby (1999) konstaterar i en studie att professionens behov av finansiella resurser bidragit till att skapa policynätverk tillsammans med tjänstemän på nationell nivå som lett till en snabbare utveckling av kvalitetsregister. Andra studier hävdar att tjänstemännens inblandning i kvalitetsregisterutvecklingen inordnar professionen i ett styrsystem där den blir av med sin maktbas, d.v.s. sin unika kunskap. På så sätt förlorar den medicinska professionen sin exklusiva status genom att administrativa professioner får tillgång till samma information (Hasselbladh & Bejerot, 2007; Hasselbladh, m.fl. 2008; Bejerot & Hasselbladh, 2011). Som en kontrast till

dessa analyser har Levay & Waks (2009) visat att den medicinska professionen genom kvalitetsregistren involverats i arbetet att göra hälso- och sjukvården alltmer transparent och lärt sig hantera demokratiska krav på insyn och samtidigt behålla en professionell kontroll över registren. Sammanfattningsvis visar dessa studier på en inte helt okomplicerad relation mellan offentliga tjänstemän och medicinsk profession i utvecklingen av kvalitetsregister och dessas användning i öppna jämförelser och kunskapsstyrning.

Kvalitetsregister i kunskapsstyrning

Det kan alltså konstateras att kvalitetsregister och andra kvalitetssystem är centrala instrument för den politiska styrningen av hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis innehåller kvalitetssystem kunskaper och riktlinjer för hur man ska arbeta med förbättringar av en verksamhet. Kvalitetsregister samlar patientdata från flera vårdgivare. Utifrån kunskaper som skapas i kvalitetsregister kan vårdgivare enas kring riktlinjer för hur man ska arbeta med förbättringsarbete. Kvalitetsregister blir därmed ett kvalitetssystem för medicinsk behandlingsuppföljning. Men informationen används som sagt även i den politiska kunskapsstyrningen av sjukvården genom vårdens öppna jämförelser.

Idag framhålls ibland hälso- och sjukvårdens kvalitetsregister som en ”universallösning” bland kvalitetssystemen (SKL, 2010). Men det finns olika förväntningar från skilda intressenter om vad kvalitetsregistren ska användas till. De centrala aktörer kring kvalitetsregistren som står i fokus för denna analys är framförallt den medicinska professionen och offentliga tjänstemän samt till viss del politiker. Med en tydligare strävan mot kunskapsstyrning aktualiseras frågan om hur kvalitetsregister uppstått, utvecklats, förändrats samt vilken beständighet de har. Det blir därför intressant att undersöka och förklara den institutionella utveckling som kvalitetsregister genomgått.

För att analysera utvecklingen av kvalitetsregister behövs en struktur och teoretiska begrepp som kan redogöra för intressanta och viktiga händelser långt tillbaka i tiden som påverkat utvecklingen. Nästa steg blir därför att beskriva den övergripande teoretiska inramningen för studien – det historisk-institutionella perspektivet.

Ett historiskt institutionellt perspektiv

För att lyfta fram artiklarnas gemensamma och därmed avhandlingens övergripande bidrag används ett historiskt institutionellt perspektiv. I artiklarna står detta perspektiv i fokus på olika sätt, genom att olika delbegrepp nyttjats för analysen. I detta avsnitt diskuteras översiktligt historisk-institutionella begrepp som är väsentliga för den kommande analysen. Institutioner utgörs av de normer, rutiner, regler och styrningsarrangemang som gör samhället förutsägbart (Searle, 2005; Immergut, 1998b). Institutioner formas i samspel mellan politiska beslut, kulturer och normer i samhället (Scott, 2008).

Inom den institutionella teoribildningen skiljer man ofta mellan tre olika analysinriktningar (Hall & Taylor, 1996): rational choice, sociologisk och historisk institutionalism. Den första analysinriktningen fokuserar på hur aktörer använder institutioner för att maximera ekonomisk nytta (North, 2006). Den andra, sociologiska inriktningen, sätter istället fokus på hur aktörsbeteenden skapas av institutioner. På så sätt visas hur aktören låter sig styras av vad som anses vara ett lämpligt agerande eller inte genom en lämplighetslogik (March & Olsen 1989). Den tredje inriktningen synliggör istället institutionernas historiska utveckling utifrån konflikter mellan intressen och som konsekvens av tidigare fattade beslut och vägval (Steinmo m.fl.; 1992). För att följa kvalitetssystemens historisk-institutionella utveckling inom svensk hälso- och sjukvård så ramas den här studien in av det tredje perspektivet. Därigenom anläggs en mer teoretisk strukturorienterad analys och enskilda aktörers ställningstaganden samt ageranden underordnas.

Det historisk-institutionella perspektivet används således här för att strukturera historiska skeenden kring kvalitetssystem. På så sätt synliggörs hur styrningsidéer och kunskap formas i gränslandet mellan politik och medicinska professioner. Centralt i det historisk-institutionella perspektivet är även att utvecklingen ses som spårbunden, på så sätt identifieras mönster – spår – som utvecklingen följer. Det andra centrala analytiska temat som här lyfts fram är huruvida förändringarna ses som radikala förändringar (stora språng) vid särskilda tillfällen, eller som en inkrementell process som utvecklas i små steg.

Spårbundenhetsprocesser

Ett av de grundläggande antagandena i historisk-institutionell teori är att tidiga institutionella val inom ett politikområde lägger ut ett ”spår” för den kommande utvecklingen. På så sätt får tidiga ställningstaganden stora betydelser för kommande beslut och den fortsatta utvecklingen inom området. Det lägger grunden för en spårbundenhet (artikel III). Därigenom lyfter perspektivet fram den täta sammankopplingen mellan institutioner och stabilitet (Mahoney, 2000). Hacker och Pierson (2002) beskriver det som att en institutions utvecklingstrajektoria är svår att vända. Har man redan slagit in på en väg ökar sannolikheten för varje steg som tas att man fortsätter på samma väg över tid. Institutionens utveckling är spårbunden (eng. path dependence).

För att analysera en spårbunden utveckling söks formativa moment (eng. critical juncture), d.v.s. brytpunkter i utvecklingen där nya institutionella strukturer etablerats inom ett politikområde (Pierson, 2000a). Ett formativt moment inträffar exempelvis i samband med ekonomiska, sociala eller politiska kriser, då befintliga institutionella arrangemang brutits ner eller förutsättningar för att radikalt förändra institutionella arrangemang är stora (Pierson, 2004). Institutionella arrangemang ska här förstås som styrningsidéer, regler och beslut som omgärdar kvalitetssystem.

Centralt i analyser av spårbundna processer är även självförstärkande krafter och ibland även oavsiktliga konsekvenser (eng. unintended consequences) (Capoccia & Kelemen, 2007). Båda dessa begrepp används för att rama in den här studiens övergripande bidrag och förklaras därför ytterligare i det kommande.

Självförstärkande krafter

För att förklara varför institutioner blir spårbundna har begreppet självförstärkande krafter (eng. self-reinforcing processes) utvecklats inom det historisk-institutionella perspektivet (Pierson, 2004; Mahoney, 2000). Grundtanken är att aktörer på olika sätt medvetet försöker hålla fast vid ett alternativ framför att byta till ett annat.

Mahoney (2000) har konstruerat en typologi över fyra olika krafter som gynnar institutionell reproduktion inom historisk institutionalism. Den

utilitaristiska förklaringen utgår från att ökad konkurrens och lärandeprocesser driver på institutionell förändring. Institutionen reproduceras genom att aktörer finner den rationell och att ekonomiska fördelar överväger dess kostnader trots förändringstryck. Den *funktionella* förklaringsmodellen visar på hur yttre företeelser påverkar övergripande system. Institutionen, som har en funktion i ett större system, kan reproduceras om den kan gynna systemet som en helhet. *Maktförklaringen* innebär att institutionen stöds av en elitgrupp som har mycket att vinna på att institutionen bevaras. Antagande bygger på ett konfliktperspektiv där elitgruppen tidigare har känt sig hotad, blivit försvagad och finner kraft i institutionen. Slutligen så går *legitimeringsförklaringen* ut på att institutionen anses vara moraliskt bättre eller helt enkelt mer lämplig än andra alternativ. Förklaringen bygger på att värderingsförändringar och reviderade övertygelser spelar stor roll för händelseutvecklingen. Således kan flera olika krafter vara verksamma i utvecklingen av en institution, vilket visas i artikel IV.

Vidare hävdar Mahoney (2000) att det går att stärka argumentationen ytterligare vad gäller självförstärkande krafter. Kontrafaktiska argument kan illustrera att ett annat alternativ hade resulterat i en annan utgång (Capoccia & Kelemen, 2007; Bunzl, 2004). Genom att ta hänsyn till alternativ, som faktiskt var möjliga, men som inte valdes kan antagandet om spårbundenhet förstärkas. På så sätt blir potentiella kontrafaktiska förlopp viktiga för analyser av institutionell utveckling.

Oavsiktliga konsekvenser

Begreppet oavsiktliga konsekvenser har utvecklats för att fånga oväntade utfall av politiska beslut. Oväntade institutioner kan utvecklas som inte kunde förutses när det ursprungliga beslutet fattades. Självförstärkande krafter verkar reproducerande på en institution. Men flera på varandra följande sekvenser kan kulminera i ett utfall som ligger långt ifrån den första utlösande händelsen, vilken på så sätt framträder som en icke avsedd konsekvens (Torfing, 2001; Pierson, 2000b). Flera institutionella studier beskriver empiriska mönster där händelser tycks vara överraskande och/eller ovälkomna eftersom de inte följer det förväntade spårberoende mönstret (t.ex. Tillin, 2015; Dimitrakopoulos, 2001; Immergut, 1990). Förekomsten av sådana

oavsiktliga konsekvenser har diskuterats under lång tid inom det historiska institutionella perspektivet (Pierson, 2004). Trots det, finns det med några få undantag, studier som på allvar försökt kontextualisera och förklara begreppet (de Zwart, 2015; 6, 2014; Merton, 1936).

Pierson (2004) menar att oavsiktliga konsekvenser behöver synliggöras i institutionella utvecklingsprocesser och inkluderas i analyserna. Han pekar särskilt på att ju fler inblandade aktörer, desto mer beroende blir aktörerna av varandra och desto mer komplex blir verksamheten. Det medför att det blir svårare att överblicka verksamheten, och därmed en större risk att det spårberoende mönstret bryts. Fler aktörer innebär också fler konkurrerande intressen. Det ställer större krav på organisationer och beslutsfattare eftersom det innebär fler konfliktytor som gör utvecklingen mindre förutsägbart.

Den brittiske samhällsforskaren Perri 6 [Sic!, han heter faktiskt så.] framhåller ett snarligt perspektiv, men hävdar också att oavsiktliga konsekvenser nödvändigtvis inte är problem som ska bli lösta utan snarare bör betraktas som ett förhållande som ska hanteras (6, 2014). 6 hävdar utifrån flera empiriska studier att oavsiktliga konsekvenser av ett händelseförlopp inte är slumpartade utan reflekterar ett grundläggande variationsmönster i den institutionella utvecklingen. En vanlig utgångspunkt i resonemangen om oavsiktliga konsekvenser är att även om handlingar kan kontrolleras så påverkas dessa av yttre omständigheter (6, 2014). Det kan handla om nya aktörers inblandning i en utvecklingsprocess eller teknologiska genombrott som skapar nya möjligheter att använda en institution på nytt sätt.

För att förstå oavsiktliga konsekvenser, menar 6 (2014) att man behöver kännedom om aktörers tidigare intentioner och förväntningar som ställts på institutionen. Vidare hävdar han att vi behöver identifiera en spårbundenhet, för att kunna avgöra när avvikelser skett som kan betraktas som en oavsiktlig konsekvens.

Mönster i institutionell förändring

Traditionell historisk institutionalism utgår ofta från att yttre faktorer (finansiella kriser, naturkatastrofer, revolutioner) ger upphov till institutionell förändring (Peters, m.fl., 2005; Pierson, 2004). Men vad detta perspektiv saknar är förklaringar till mer generella och långsamma förändringar. Streeck och Thelen (2005) har visat på empiriskt observerbara mönster av inkrementell institutionell förändring. De argumenterar för att förändring sker i gapet mellan förståelsen och tillämpningen av institutionen och att efterlevnaden av institutioner är föränderlig. De hävdar vidare att det finns en inbyggd dynamik i institutionen och att tillämpningen av institutionen är beroende av det politiska sammanhanget. Möjligheter att införa nya regler och praktiker finns när tidigare uppfattningar och tillämpningar ifrågasätts. Förändring av institutioner sker således genom dynamiska processer i form av konflikter mellan aktörer och motstridiga idéer.

Inkrementell förändring

Ett vanligt synsätt i historisk institutionell teori är som framgick av förra avsnittet att förändring kopplas samman med omvälvande händelser och kritiskt ögonblick som politiska och finansiella kriser eller naturkatastrofer (Pierson, 2004; Torfing, 2001; Immergut, 1998b). Ett alternativt synsätt som också återfinns inom den historisk-institutionella teorin är att även små händelser över tid leder till stora förändringar (Streeck & Thelen, 2005; Mahoney & Thelen, 2010).

Mahoney och Thelen (2010) beskriver fyra olika modeller för gradvis institutionell förändring. Vid *displacement* eller omflyttning sker förändring helt enkelt genom att regler ersätts av nya regler. *Drift*, innebär att regler formellt är desamma men gradvis får en ny betydelse på grund av att de omformas genom förändringar i omgivningen, exempelvis genom ett nytt ledarskap. Reglerna, kan då ges nya betydelser och tillämpningar beroende på vem som tolkar reglerna. *Conversion* betyder att det sker en medveten konvertering eller omtolkning av regler. Även här är de formellt desamma, men här ske förändringen istället då aktörer aktivt utnyttjar tvetydigheter i regler-

na för att använda dem till andra mål eller syften. *Layering* eller skiktning går ut på att nya regler eller normer läggs ovan på redan existerande regler och normer genom förbättringar, revisioner och tillägg.

Modellerna representerar fyra olika synsätt på hur förändring sker i historisk-institutionella anpassningsprocesser till nya villkor i en inkrementell utveckling. De kan beskrivas som aktörers lärandeprocesser, som sker både utifrån egna erfarenheter och genom intryck utifrån (Mahoney & Thelen, 2010).

Självförstärkande krafter, och därmed en spårbunden utveckling, kan uppstå i en inkrementell förändring som reproducerar en institution i en bestämd utvecklingslinje. Man skulle kunna uttrycka det som att institutionens kärna i någon mån bibehålls medan långsamma förändringar sker i institutionens funktion och betydelse. På sikt kan denna inkrementella förändring innebära en genomgripande institutionell förändring, menar Mahoney och Thelen (2010).

Hur en institution ges betydelser och fungerar i relation till förändringsprocesser påverkas av aktörers preferenser, värderingar, normer och idéer (March & Olsen, 1996). Det innebär också att institutioner förändras, revideras och utvecklas i relation till värderingar och idéer, som aktörerna uttrycker. Genom att institutioner används i nya sammanhang som domineras av andra idéer, regler eller uppgifter följer en kedjereaktion med förändringar i flera led och en inkrementell utveckling uppstår.

Idéer och konflikter

Utvecklingen av kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården vägleds, som annan policydriven utveckling, av idéer om hur samhället kan organiseras och styras bättre. Här finns en övergripande idé om bättre kvalitet i vården, men även idéer kring effektivitet och kontroll i organiseringen. Campbell (1998) understryker idéernas betydelse för policy-utformning i institutionell teori. Ett skäl till detta är som Pollitt (2013) påstår att managementidéer kan variera stort mellan olika sammanhang. Ibland är de av mer symbolisk betydelse och ibland tas de väldigt seriöst och används effektivt. Medan de i vissa sammanhang t.o.m. kan vara kontraproduktiva. Även andra forskare (t.ex. Magstadt, 2013; Berman, 1996; Sikkink, 1991; Hall 1989) menar att

man bör uppmärksamma kopplingen mellan idéer och institutioner för att skapa mer dynamik i en teori vars styrka är att förklara stabilitet. Berman (1996) hävdar vidare att aktörer strävar efter att fatta beslut snarare i linje med deras idéer och föreställningar om hur organisationer bör styras än utifrån ekonomisk vinst eller maktintressen.

Grundtanken är alltså att nya styrningsidéer kan förändra institutioner. Dessa nya idéer och institutioner kan senare komma att begränsa andra idéer som formar policyer. För att policyer ska bli accepterade måste de passa ihop med underliggande normer och värden. Aktörer förpackar och ramar medvetet in policyidéer för att övertyga varandra och den allmänna opinionen att en viss policy tillhandahåller användbara och godtagbara lösningar på problem (Campbell, 1998). Empiriskt kan idéer uttryckas väldigt konkret genom exempelvis offentliga utredningar, departementsskrivelser eller tekniska lösningar som specificerar och föreskriver en handlingsinriktning. Det gäller exempelvis, i detta fall, promemorian, Ds 2014:9, som presenterar idéer och förslag till en samordnad kunskapsstyrd hälso- och sjukvård. Där preciseras idéer i ett enskilt dokument som blir vägledande för en fortsatt institutionell utveckling baserad på tidigare vägval.

Det betyder inte alla aktörer omfamnar samma idéer. Det historisk-institutionella perspektivet gör gällande att institutioner formas och uppkommer ur politiska konflikter och förhandlingsprocesser mellan aktörer (Peters, m.fl., 2005, Torfing, 2001; Immergut, 1998b). Institutionell utveckling beskrivs som förhandlingar mellan aktörer som företräder olika normer och idéer i syfte att etablera de institutioner eller den tolkning och användning av institutioner som är mest gynnsamma för dem själva.

Förhandlingar mellan aktörer som bärare av motstridiga normer är således centralt i det institutionella perspektivet som en orsak till förändring. Användningen av kvalitetsregister kan därmed avspegla maktasymmetrier i sjukvården, och förändringen förstås genom variation i preferenser hos aktörerna eller i maktbalansen mellan aktörerna. Därför står relationerna mellan de medicinska professionerna och de politisk-administrativa aktörerna i fokus för studien.

Institutionell stabilitet och förändring i studier av politisk styrning

I det här kapitlet har den teoretiska ramen för att analysera institutionell stabilitet och förändring presenterats. Den kommer att ligga till grund för att sammanfatta och lyfta fram artiklarnas gemensamma empiriska bidrag. Inför den kommande analysen behöver därför några teoretiska begrepp lyftas fram inom det aktuella fältet för att visa hur de används i närliggande studier.

Historisk-institutionella studier handlar ofta om att fastställa spårbundenheten i en utveckling. Kristiansen (2015) undersöker spårberoendet i mål- och resultatstyrning i den offentliga sektorn i Danmark, Norge och Sverige. Länderna uppvisar likheter när det gäller att stabiliteten i mål och resultatstyrningen kan förklaras av höga kostnader för att byta spår och att starka aktörer har varit anhängare till modellen. Jämförelsen visar även att nya lagar av regler och kontrollfunktioner lagts till över tid och att ländernas offentliga verksamheter blivit alltmer detaljstyrda.

Resultatet i studien är föga överraskande och ligger i linje med andra spårbundenhetsstudier. Men en svårighet i den här typen av studier är hur man kan fastställa ”spåret” i en institutionell utveckling. Det är ofta oklart i teorier om spårbundenhet hur stora avvikelser från ett spår som kan anses vara rimliga för att det fortfarande ska handla om ett spårberoende (Pierson, 2004). Det är något som Kristiansen väjer undan för i sin studie.

En rimlig teoretisk utgångspunkt som Bendz (2004) tar, i en studie av arbetslöshetsförsäkringen, är att inga förändringar får ske i de grundläggande principer som styr utformningen av försäkringen. På samma sätt, antas här, att kvalitetssystem utvecklas och lägger fast grundläggande principer för utvecklingen. Det innebär att grundläggande principer kring policyns institutionalisering upprätthålls genom justeringar och vägval inom detta spår.

En sådan grundläggande ram är att de medicinska kvalitetsregistren utvecklats av den medicinska professionen i enlighet med deras biomedicinska kunskapssyn (Calltorp, m.fl. 2006). Olika register kan naturligtvis utveckla olika typer av resultatmått, men det betyder inte att tesen om spårbundenhet faller. Men om grundläggande principer förändras över tid är kvalitetsregister inte spårbundet. Men frågan är också vilka krafter som förstärkt kvalitetsregister eller gjort dem stabila över tid?

I tider av osäkerhet och förändring kan det alltså finnas incitament för aktörer att verka för en stabiliserande och reproducerande påverkan på kvalitetsregister. Självförstärkande krafter är centrala för att förstå hur institutioner reproducerar sig. I Burau och Fentons (2009) jämförande studier av kliniska standardmått för att säkra kvalitet i hälso- och sjukvården har de funnit olika typer av spårberoende och självförstärkande krafter. De finner att i det tyska korporatistiska systemet är det kontroller av kvalitet genom finansiering som är den dominerande självförstärkande effekten. Däremot i Storbritannien, som har ett skattefinansierat sjukvårdssystem, verkade befolkningens tillit och därmed legitimiteten för systemet som den tydligaste självförstärkande effekten. Det pekar på att även legitimeringseffekten skulle kunna vara en självförstärkande effekt i den svenska utvecklingen av kvalitetsregister, då den svenska modellen är mer lik den brittiska än den tyska. Det ligger även i linje med Mahoneys (2000) konstaterande att institutionella självförstärkande krafter kan ske genom konkurrens, funktionalitet, makt och legitimitetsträvanden.

Ibland uppstår effekter som inte har förutsetts. När maktbalanser mellan aktörer ändras, kanske oftast på grund av att nya styrningsidéer realiserar, ändras dynamiken i de aktuella institutionella arrangemangen. Det menar van de Bovenkamp m.fl. (2014) kan leda till att oavsiktliga konsekvenser uppstår. Ofta sker detta med påverkan från exogena krafter som är utom kontroll för de som styr institutionens utveckling. Det finns flera empiriska studier som visar på oavsiktliga konsekvenser inom hälso- och sjukvården t.ex. när det gäller sjukvårdsbyråkraters inblandning i medicinsk kvalitet i England (Emmerich m.fl., 2015), organiseringen av hälso- sjukvårdsförsäkringen i Danmark (Olesen, 2009) och organiseringen av sjukvårdssystemet i Nya Zeeland (Fougere, 2001). Det talar för att oavsiktliga konsekvenser bör vara ett analytiskt fokus även i denna studie.

I van de Bovenkamp m.fl. (2014) studier av institutionell förändring av kvalitetsstyrningen i hälso- och sjukvården i Nederländerna visade det sig att även maktrelationer mellan aktörer ändras som ett resultat av skiktning. Det bygger på Mahoney och Thelens (2010) begrepp och visar att när en viss typ av institutionellt arrangemang dominerar betyder inte det att andra styrningsidéer är utan inflytande, men att nya aktörer får mer att säga till om efterhand som nya institutionella arrangemang etableras. Van de Bovenkamp m.fl. (2014) hävdar att professionens självreglering inte ersatts av någon an-

nan reglering. Istället har nya regler lagts ovanpå redan befintliga regelsystem. Styrningen av sjukvården blir således alltmer fragmenterad. Eftersom dessa processer tar sig olika uttryck i olika institutionella arrangemang menar författarna att det är viktigt att studera detta i flera länder för att synliggöra komplexiteten i styrningen.

Indset och Stokke (2015) kritiserar det institutionella begreppet skiktning för att vara oprecist, men menar ändå att konceptet kan bidra till en förståelse för hur aktörer utmanar invanda synsätt och utnyttjar tillfällen att genomföra förändringar. De baserar denna slutsats på en fallstudie av implementeringen av vattendirektivet (Europaparlamentets och rådets direktiv 2000/60/EG), som visar hur nya regler och strukturer läggs ovanpå tidigare existerande administrativa system. Den här studien visar, utifrån implementeringsprocesser inom ett helt annat fält än hälso- och sjukvård, hur övergripande initiativ sätter igång aktörers engagemang även lokalt. Skiktningen är således inte given utan kan vara integrerad och skapa förändringar på flera nivåer, vilket även kan vara fallet i ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem.

Mahoney och Thelens (2010) indelning i olika former för gradvis institutionell förändring har kritiserats av Beland & Waddan (2012) för att begreppen snarare beskriver än förklarar förändring eftersom de inte beaktar idéernas betydelse i institutionell förändring i tillräckligt stor utsträckning. Även Shpaizman (2014) kritiserar Mahoney och Thelen för att underskatta idéers betydelse för gradvis institutionell förändring. Shpaizman visar på hur problemdefinitionen styr aktörer mot vissa policylösningar i israelisk migrationspolitik. Lösning och problem påverkas båda av policyidéer, hävdar hon, och understryker på så vis vikten av idéers betydelse för policyutformningen och gradvis institutionell förändring genom skiktning.

Om en institution används inom två områden där olika idéer dominerar, uppstår frågan vilka idéer som kommer att ställas i första rummet (Peter, m.fl. 2005; Torfing, 2001). Inom sjukvården lyfter den biomedicinska kunskapssynen fram att det handlar om att värna om patientens bästa genom medicinska kvalitetssystem. Däremot fokuserar den demokratiska beslutsordningen på behovet av att värna om allmänhetens bästa. Det senare är en norm grundad i en bakomliggande tanke med all offentligt finansierad verksamhet. Koalitioner och konflikter, som uppstår när institutioner bäddas in i nya sammanhang, blir då intressanta för analyser av institutionell förändring.

Ett institutionellt ramverk för studiet av utvecklingen av kvalitetssystem

Sammanfattningsvis och med hänsyn till den tidigare diskussionen i detta kapitel finns det anledning att lyfta fyra centrala teoretiska begrepp ur det historiska institutionella perspektivet, som utgör ramverket för den kommande analysen. Utgångspunkten tas för det första i formativa moment som brytpunkter i utvecklingen samt spårbundna mönster som för samman inkrementell förändring och tröghet.

För det andra antas att det krävs självförstärkande krafter för att upprätthålla det spårbundna mönstret. För den här avhandlingen innebär ansatsen att i det empiriska materialet försöka finna orsaker och skäl som motiverar aktörerna att hålla fast i samma kvalitetssystem enligt Mahoneys (2000) typologi, d.v.s. att genom konkurrens, funktionalitet, makt och legitimitetsträvanden bevara institutionen så att den förstärks på ett mer förutsägbart sätt.

Den tredje utgångspunkten är att idéer har betydelse för de revideringar som görs och som leder till institutionell förändring. Jag ansluter mig i den här avhandlingen till Shpaizmans uppfattning att det finns ett värde i att uppmärksamma motstridiga idéer snarare än en viss politiskt styrande institution (se även Wilsford, 2010; Campbell, 1998). Det är i konkurrensen mellan aktörers idéer och normativa uppfattningar som det finns ett spänningsfält som är väsentligt för utvecklingen av kvalitetssystem. Kvalitets- och kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården är inte endast en process som bygger på formell kontroll och ett uppifrånperspektiv. Den präglas även av kontinuerliga förhandlingar mellan motstridiga idéer som ger upphov till förändringsmönster.

För det fjärde kan det uppstå oavsiktliga konsekvenser som bryter den spårbundna utvecklingen, men som inte orsakats av externa chocker. Oavsiktliga konsekvenser är ett diffust och oklart begrepp (de Zwart, 2015). En precisering är därför nödvändig. En oavsiktlig konsekvens betraktas i den här analysen som att institutionen används/tillämpas på ett sätt som inte var avsett från början. Det betyder att det grundläggande användningsområdet kan finnas kvar, men att ytterligare tillämpningar av institutionen tillkommit som har andra syften. För att visa på det *oavsiktliga* och på vilket sätt in-

stitutionen används oväntat, måste stabiliteten i utvecklingen först empiriskt fastställas genom att identifiera ett spårberoende och verksamma självförstärkande krafter (artikel III & IV).

Avslutningsvis så tolkas en inkrementell förändring i analysen som att spårbundenheten ligger fast och att förändring av normer och regler som omgärdar institutionen sker genom tillägg, reduceringar och revisioner. Historisk institutionalism som teoretiskt perspektiv ger i och med resonemangen ovan företräde åt vissa tolkningar. I artiklarna har olika teoretiska institutionella begrepp använts för att ge svar på olika frågor. På så vis ges olika perspektiv på händelseutvecklingen som tillsammans ger en fylligare bild. Utifrån det ovan beskrivna ramverket analyseras empirin och metoderna för att göra detta redovisas i nästa avsnitt.

Forskningsmetod och material

Denna avhandlings huvudsakliga syfte är att empiriskt beskriva utvecklingen av kvalitetssystem ur ett historiskt institutionellt perspektiv. Eftersom perspektivet innehåller teoretiska idéer om hur historiska processer bör studeras redovisas här de metoder som valts och vilket material som inkluderats i analyserna.

I artiklarna, som ligger till grund för avhandlingen, har mer avgränsade och specifika metodologiska ansatser använts. Dessa beskrivs i respektive artikel. Följande metoddiskussion om tillvägagångssätt och empiriskt material ska därför läsas som en övergripande metodologisk ansats. Inledningsvis diskuteras valet av forskningsstrategi och analytiska metoder med fokus på artiklarnas fallstudieansatser. Därefter presenteras och diskuteras mer konkret intervjuer och dokumentstudier som metoder för datainsamling.

Forskningsstrategi

Det historisk-institutionella perspektivet ställer krav på vissa bestämda teoretiska idéer om hur processer utvecklas, vilket får metodologiska följder (Bennett, & Elman, 2006). Spårbundenhet är, som konstaterades i föregående kapitel, ett tydligt drag i det historisk-institutionella perspektivet. Det leder till analyser av historiska sekvenser i en utvecklingslinje där begrepp som formativa moment, spårbundenhet, självförstärkande krafter är av vikt. Rekonstruktionen av händelseförloppen i studierna har således inte skett slumpartat utan följer vissa antaganden baserade på det teoretiska perspektivet. Därför vägleder teorin även metoderna för att systematisera och kartlägga processer över tid.

När man söker processer ur ett historiskt-institutionellt perspektiv kan man antingen följa utvecklingen bakåt med hjälp av dokument och intervjuer och/eller använda sig av tidigare forskning (George & Bennett, 2005). Det historisk-institutionella perspektivet är alltså inte rent beskrivande utan syftar till att synliggöra och förklara händelser som bygger på såväl teoretiska

antaganden som empiriska iakttagelser i kartläggningen av processer. Det kallas för processspårning. I det följande utvecklas den övergripande forskningsdesignen genom fallstudieansatsen och tillvägagångssättet – processspårning.

En kvalitativ fallstudieansats och processspårning

Med ett historiskt institutionellt perspektiv som grund och med hjälp av processspårning fokuserar fyra av artiklarna som används i denna undersökning på enskilda händelseförlopp och specifika situationer (George & Bennett, 2005; Hall, 2003). Avsikten är att lyfta fram idéer och normer som ligger bakom kvalitetssystemens varaktighet och föränderlighet i en analys av fallstudiernas resultat.

De fyra första artiklarna syftar till att kartlägga hur kvalitetssystem utvecklas i olika faser genom att dra fördel av de teoretiska begrepp som övergripande lyftes fram i förra kapitlet. Fasindelningen av empirin är ett sorteringsinstrument för att överblicka jämförelsen mellan de olika tidsperioderna (Gerring, 2012; Pierson & Skocpol 2002). Det betyder inte att gamla idéer försvunnit och ersatts med nya, utan närmast att vissa idéer fått större genomslag och dominerat vissa perioder. De enskilda kunskapsbidragen i artiklarna ger tillsammans en fylligare bild av händelseutvecklingen. Några ord om fallstudiens fördelar och nackdelar är därför motiverat att kort diskutera.

Stake (1995) menar att en fördel med fallstudien som metodstrategi är att det finns ett lärande i den som kan ligga till grund för upptäckter och problemlösning. Samtidigt har fallstudier länge haft rykte om sig att vara snedvridna, subjektiva samt sakna möjligheter till kvantifiering (Eriksson & Hultman, 2014).

I likhet med experiment, hävdar Gerring (2012), är fallstudier generaliserbara när det gäller teoretiska hypoteser men de kan inte direkt bidra till generaliseringar kring populationer utanför de studerade fallen. Urvalet är alltså inte ett ”sample” i syfte att beskriva frekvenser, utan målet med fallstudien är att göra en analytisk generalisering utifrån en teoretisk hypotes. Fördelarna med detta angreppssätt, menar Gerring, är att det går att skapa

verklighetsnära och illustrativa beskrivningar som ger svar på frågorna ”hur?” och ”varför?” genom att ge fallet ett sammanhang som avslöjar komplexitet och erbjuder möjligheter till alternativa tolkningar. Fallstudien kan således beskrivas som ett experiment utan kontroll (Yin, 2009).

Det hävdas ibland att syftet med fallstudien, oavsett metodologisk ansats, är att bidra med ny kunskap genom att förankra fallet i ett teoretiskt sammanhang (George & Bennett, 2005). Den ideala bilden av teoriutveckling inom fallstudieansatsen beskrivs av Eisenhardt (1989) som en sekvens i olika steg; formulering av (teoretiskt grundat) problem, val av fall, utformning av verktyg, fältarbete, analys av falldata, sökande efter mönster i fallen, formulering av hypoteser, jämförelser med andra studier, formulering av slutsatser.

Men ett vedertaget synsätt är att en sådan föreställning inte är lämplig eller ens möjlig i studier av en föränderlig och komplex politisk värld (Byrne & Ragin, 2009). Därför är det rimligt att argumentera för en mer integrativ process kring fallstudier, där avgränsningen av problemet liksom fallet kontinuerligt kan omprövas och ytterligare avgränsas genom den kunskap som skapas. I praktiken, liksom i den här avhandlingen, infinner sig en rörelse fram och tillbaka mellan de olika stegen vilket leder till omformuleringar, nya idéer och insikter. Fallstudien har i det perspektivet en fördel av att *både* vara teoriprovande och bidra till lärande samt nya erfarenheter (Thomas, 2011; Yin, 2009). För att belysa det problem som står i fokus för denna studie har såväl komparativa som temporala fallstudier genomförts. Det innebär att ett angränsade fall, det danska, inkluderats för att belysa erfarenheter av det svenska. Även jämförelser inom det svenska fallet är centralt för analyserna. I det svenska fallet har längre historiska skeenden stått i fokus för att fånga samspelet med andra institutionella förändringar inom policyområdet hälso- och sjukvård.

Komparativa fallstudier

I artiklarna görs jämförelser på flera sätt för att lyfta fram olika kontraster, över tid, mellan länder och mellan sektorer. Därigenom skapas en bredare och bättre förståelse för utvecklingen av kvalitetssystem och de slutsatser som dras av analyserna samt de implikationer som kan kopplas till denna utveckling.

Jämförelse mellan länder och sektorer

Ett vanligt sätt att fånga historiska förändringsprocesser är att använda sig av jämförande fall (Yin, 2009; Mahoney & Rueschmeyer, 2003; Peters, 1998; Immergut 1992a). Genom att studera olika samhällen eller organisatoriska enheter finns det möjligheter att ställa frågor om varför utveckling skett på liknande sätt eller utvecklats annorlunda. Genom att jämföra olika fall kan sannolika kausala faktorer identifieras (Mahoney & Rueschmeyer, 2003; Steinmo m.fl., 1992). I två av artiklarna som ligger till grund för avhandlingens analys har såväl länder som sektorer jämförts.

Artikel I är en komparativ fallstudie om kvalitetssystemutvecklingen i Danmark och Sverige utifrån en mest-likadesign. Länderna brukar karaktäriseras som generella välfärdsstater med stora offentliga sektorer. Dessutom har de dels likartade system vad gäller tillhandhållande och produktion av vård och dels i politisk organisering av myndigheter och huvudmän (Blank & Burau, 2010).

För att underlätta den empiriska framställningen görs i artikeln en indelning i kvalitetssystem utvecklade av den medicinska professionen för sin verksamhet samt system som har en grund i organisation, management och förvaltning. En indelning som baseras på empiriska resultat men som kan kritiserars eftersom gränserna ofta är suddiga och inte så klara som det kan framstå i artikeln. Men då systemen vilar på olika grunder kan svårigheterna med att förena olika kvalitetssystem illustreras i analysen.

Vid jämförelser av länder dyker ofta diskussioner upp om tillämplighet av skillnader i betydelsen av begrepp i respektive kulturell kontext (Scheuch, 1990). Det kräver kännedom om respektive lands hälso- och sjukvårdssystem samt en förståelse för olikheter och likheter i uppfattningar. I

den här artikeln hanterades denna problematik genom samarbete mellan forskare från såväl Danmark som Sverige.

I artikel V görs en komparation mellan privat och offentlig sektor utifrån dessas institutionella olikheter och vad det betyder för utformningen av kvalitetssystem. Artikeln har till skillnad från övriga artiklar en konceptuell och tvärvetenskaplig ansats. Dimensioner av offentlig service som legitimitet, tillgänglighet, jämlikhet och tvång används som analysverktyg i artikeln (Weber, 1977). Dimensionerna är dock inte heltäckande och inte heller ömsesidigt uteslutande. Men användningen av etablerade dimensioner av offentlig service gör jämförelser möjliga och tillämpbara över tid. Dessutom skapar de struktur och ordning (Esaiasson, 1993).

Att det är allmänna begrepp gör det också tydligt att analysramen är konstruerad och inte ett resultat av artikeln, vilket kan vara en fördel när det finns behov av att förhålla sig till olika vetenskapstraditioner (Geels, 2010). Studien förhåller sig å ena sidan till den mer praktiskt inriktade kvalitetsstyrningen eller ”quality management” som syftar till att förbättra kvalitet och processer i företag och offentliga organisationer. Men den förhåller sig å andra sidan även till en teoretisk uppfattning om grundläggande demokratiska värden sprungna ur en statsvetenskaplig tradition och som karaktäriserar offentlig service.

Jämförelser över tid

Framväxten av kvalitetsregister studeras som ett unikt och longitudinellt fall i ett historiskt institutionellt perspektiv i artikel II. I artikeln läggs fokus på hur institutionella styrningslogiker etablerats i det hälso- och sjukvårdspolitiska fältet speglat genom kvalitetsregisterutvecklingen. Fallet är unikt i den meningen att Sverige är det enda land i världen som har sett en sådan kraftig utveckling både i antal och i användningen av kvalitetsregister (SKL, 2010). I det historiska fallet finns det möjligheter till ett lärande av dels aktörers förhållande till varandra, och dels deras relation till institutioner, reformer och policyer i det förflutna (Hooker, 2010). Det gör att det kan tolkas som ett kritiskt fall för hur kvalitetssystem i hälso- och sjukvård utvecklas och tillämpas (Eckstein, 1975). Det i sig motiverar en djupare förståelse för i vil-

ken kontext detta var möjligt (Gerring, 2012; Mahoney & Rueschmeyer, 2003).

I artikel IV utgörs fallet av hur hälso- och sjukvårdens öppna jämförelser uppstod som oavsedd konsekvens i utvecklingen av kvalitetsregister. Även här läggs fokus på hur tidigare händelser påverkat senare beslut, men utifrån hur motsättningar och lärandeprocesser byggts in i utvecklingen av kvalitetsregister när nya aktörer trätt in på arenan.

Många förändringsprocesser i samhället är komplexa, mångfacetterade och sammansatta. Därför är det lämpligt att kartlägga sådana processer genom att dela in dem i sekvenser eller faser för att hitta mönster (Gerring, 2012; Pierson & Skocpol 2002). I ett längre temporalt ramverk framträder institutionella förändringsmönster över tid. Fallet utgörs då inte av *en* händelse utan *flera och olika typer av händelser*, sammanlänkade i en process, i vilken det handlar om att identifiera och analysera viktigare händelser som tillsammans beskriver en händelseutveckling (Sundström, 2003).

Den övergripande analysen genom processpåring av hur kvalitetsregister utvecklades visade även att processen präglades av en stabilitet. Utvecklingen av kvalitetsregister re-analyserades därför genom en teoriprovande fallstudie som även den tar hänsyn till den sammanhängande processen över tid (George & Bennet, 2005). I re-analysen i artikel III görs därför en kritisk prövning av teorin om spårbundenhet som vanligtvis utgår från att det är målet med en viss policy som är spårbundet (Peters, m.fl., 2005; Pierson, 2000a). Denna uppfattning ifrågasätts i artikel III som argumenterar för att spårbundenheten ligger i verktyget kvalitetsregister.

Efter att ha diskuterat fallstudier som metod ska jag nu presentera och diskutera de datainsamlingsmetoder som ligger till grund för de aktuella fallstudierna.

Källmaterial och datainsamlingsmetoder

I följande avsnitt beskrivs först dokumentstudierna som ligger till grund för artikel I - IV. Sedan görs en redovisning av intervjuerna som genomförts till artikel II - IV. Därefter följer en reflektion över forskarens uppgift och vilken roll mina egna erfarenheter haft vid insamlandet av data. Artikel V har en mer konceptuell ansats, där inget empiriskt primärmaterial har använts.

Dokumentstudierna

Datainsamlingen till alla artiklarna har huvudsakligen skett genom dokumentstudier. Eftersom flera av studierna har ett tillbakablickande och historiskt perspektiv blir dokumentkällor av särskild vikt och relevans (Prior, 2010). I likhet med Prior (2010), menar jag att dokumenten inte bara är viktiga för dess innehåll, utan även för att de utgör ett slags testamente över influenser, organisationer och relationer mellan aktörer av sin tid. Dokumenten ger en spegling av det som skedde där och då, eftersom de beskriver situationer och relationer vid tidpunkten då de skrevs. Intervjuer kan komplettera genom att spegla hur dokument kom att användas och hur olika aktörer tillskrivit dokumenten betydelser (May, 2011).

Dokumentet fungerar som en källa till att identifiera centrala beslut och synliggöra händelser i det förflutna. På så sätt är de centrala för att spåra processen. Vad människor bestämmer sig för att dokumentera står nära i samband med de sociala, politiska och ekonomiska sammanhang de är en del av (Prior, 2003). Vissa historiska händelser som analyseras i avhandlingen är betydligt mer utforskade och debatterade än andra. Möjligheterna att spåra processerna varierar således både vad gäller primärkällor och tidigare tolkningar av samma processer. Det gör att den empiriska framställningen skiljer sig åt i analyserna av händelseutvecklingarna.

Jag har använt dokumenten på lite olika sätt, ibland med fokus på rena beskrivningar och ibland med fokus på analysen. Dokumentmaterialet utgörs nämligen av två huvudtyper av dokument. Dels dokument som innehåller primärdata och dels dokument som innehåller sekundärdata. Primärdatakällorna utgörs av offentliga dokument såsom direktiv, offentliga utredningar,

propositioner, lagar, policyförklaringar, rapporter, tidningsartiklar och hemsidor. Dessa tar upp olika aspekter av händelseutvecklingen i sjukvården och sätter kvalitetssträvanden och kvalitetssystem i ett större sammanhang. Sekundärdatakällorna utgörs av olika former av utvärderingar och utredningar samt forskningsrapporter. Dessa är genomförda av såväl forskare som utredare och innehåller tolkningar och uppfattningar av enskilda händelser och fenomen. Urvalet av dessa har varit empiriskt grundade snarare än teoretiskt motiverade.

I urvalet av dokument har sökningar efter relevanta dokument skett på olika sätt. I alla artiklar har systematiska genomgångar av den svenska regeringens hemsida och hemsidan för kungliga bibliotekets digitaliserade statliga offentliga utredningar varit betydelsefulla i sökningar efter relevanta offentliga utredningar och departementsskrivelser som behandlar idéer och förslag till utveckling av hälso- och sjukvården. Sökningar på Socialstyrelsens och SKL:s hemsidor, samt även intervjuerna, har gett uppslag till relevanta utvärderingar, utredningar samt forskningsrapporter. Även en systematisk genomgång av Läkartidningen efter såväl redaktionellt som debatterande artiklar har varit väsentliga för att ge en insikt i hur kvalitetsfenomen diskuterats i ett läkarforum.

För jämförelsen mellan Sverige och Danmark i artikel I, krävdes ytterligare material. Här har min kollega Peter Triantafillou gått igenom hemsidorna för det danska Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Danske Regioner. Artikeln innehåller endast dokumentanalyser, till skillnad från övriga empiriska artiklar som även inkluderar intervjuer som källmaterial.

Till artikel V, som är en konceptuell analys, och en jämförelse mellan privat och offentlig sektor, utgjorde ett utredningsuppdrag för Innovationsrådet ett viktigt underlag. Utredningen behandlade kvalitetsbegreppets användning i 19 olika lagar med tillhörande direktiv, propositioner, offentliga utredningar, föreskrifter och förordningar (Örnerheim, 2013). Det finns därför ytterligare dokument som har haft en indirekt påverkan på avhandlingen. Framförallt gav den studien ett bredare perspektiv på kvalitetsbegreppets användning, eftersom inte bara hälso- och sjukvårdslag analyserades utan även lagstiftning och relaterade förarbeten inom offentliga verksamheter som skola, omsorg, kriminalvård och polis (Bilaga B).

Genomgående har analyserna av dokumenten syftat till att systematisera och klargöra en händelseutveckling och rådande idéer. Analyserna har

genomförts med en kontinuerlig reflektion i relation till det historisk-institutionella perspektivet i syfte att ge en meningsfull tolkning av verkligheten (Esaiasson m.fl., 2012). Det innebär även att det är av vikt att betrakta dokumenten som potentiellt snedvridna för att kunna ta hänsyn till eventuella tendenser i materialet och en medvetenhet om att de kan vara lika intressanta för vad de innehåller som för vad de utelämnar.

Strävan i studierna av dokumenten har varit att använda avsändarens perspektiv (Esaiasson m.fl., 2012; Alvesson & Skoldberg, 2008), vilket betyder att ta reda på vilket budskap den som formulerade texten ville framhålla. I dokumenten uttrycks idéer och handlingar på olika sätt. Vad gäller primärdatakällorna utgör Läkartidningen i första hand läkarprofessionens röst. Medan offentliga utredningar är politiken och förvaltningens röst. Det är inte läkarens arena även om det kan finnas läkare som deltagit i utredningar och då träder in i den politiska domänen. Dessa dokument speglar i huvudsak bakomliggande idéer till händelseutvecklingen.

Då statliga offentliga utredningar och departementsskrivelser utgör handlingar som presenterar idéer ger de sekundära källorna perspektiv på handlingar och vad som hänt. De sekundära källorna som utgörs av utvärderingar, utredningar samt forskningsrapporter är produkter som producerats i efterhand.

En utmaning är att analysen sträcker sig över en lång tidsperiod i syfte att fånga institutionella förändringar. Eftersom vissa beslut redan är belagda och beforskade av andra forskare i studier med kortare tidsperspektiv så finns redan detaljerad empirisk kunskap om dessa. Men ett kort tidsperspektiv synliggör inte trögrörliga effekter eftersom fokus ligger på besluten.

Att vissa perioder är mer beforskade än andra gör att det finns en variation i hur mycket dessa används i analysens olika tidsperioder. Det gör att jag har en möjlighet att luta mig mot vissa historiska beslut i analysen men inte mot andra. Därmed kan vissa processer tydligare valideras än andra.

Intervjuerna

Den här avhandlingen innehåller även intervjumaterial som främst använts i den studier som ligger till grund för artikel II, III och IV (Bilaga A). Därmed har det varit möjligt att komplettera med hur aktörer uppfattar och förstår institutionella fenomen.

Samtidigt bör man vara medveten om att det sker saker bortom det som registreras av informanterna, vilket gör användningsområdet av intervjumaterial begränsat. En teoretisk förståelse som stöd är därför nödvändig för att tolkningen inte ska bli naiv eller intetsägande (Alvesson, 2011). I föregående kapitel tog jag upp teoretiska begrepp som gav vägledning i analyserna av intervjuerna. Två processer har här varit centrala, dels spårberoende processer och dels inkrementella förändringsprocesser. Begreppen som relateras till dessa processer bildar en tolkningsram som ger en institutionell förståelse för informanternas resonemang.

Urvalet av intervjupersoner har varit strategiskt. Inriktningen har varit att intervjua personer som är väl insatta i kvalitetsfrågor inom hälso- och sjukvården samt deltagit i händelseutvecklingen. En del nyckelpersoner pekades också ut som lämpliga av andra informanter genom ett s.k. snöbolls-förfarande (Kvale & Brinkmann, 2009).

En risk med att göra intervjuer med nyckelpersoner som i hög grad påverkat eller påverkar ett utvecklingsskede är enligt Forsman (2002), att dessa personer kan ställa krav på hur de beskrivs eller framställs. Några sådana krav har inte explicit framställts i föreliggande intervjuer. Intervjupersonerna hade inte en uppenbar anledning att vara mig till lags eller övertyga mig om t.ex. kvalitetsregistrens fördelar. Ett omvänt problem, menar Forsman vidare, är att intervjupersonen upplever att intervjuaren är alltför kritiskt inställd och att det i så fall påverkar deras vilja att tala fritt. Nyckelpersonerna som intervjuades kan dock antas vara vana att uttrycka sina åsikter offentligt och ha en viss intervjuvana. Därmed torde båda dessa problem avta.

Det finns också alltid en risk att informantintervjuer som behandlar händelser långt tillbaka i tiden skönmålar eller efterrationaliserar händelser. Vid informantintervjuer som genomförs endast med centralt placerade informanter kan det vara svårt att bedöma graden av tendens hävdar Esaiasson m.fl. (2012). Därför har intervjuerna genomförts med både centralt och perifert placerade personer, vilka båda har expertis och unik kunskap men olika

relationer till studieobjektet, i syfte att motverka olika tendenser i uppfattningar. Jag har också intervjuat personer med en nära relation till kvalitetsregister, vilka kan förväntas ha en positivare syn än andra på fenomenet. För att motverka båda dessa aspekter har jag medvetet sökt dokumentkällor som förhåller sig kritiska till kvalitetsregister. I analyserna har därför olika förhållningssätt inkluderats och balanserats i strävan efter att spåra processen ur olika perspektiv.

Informanterna i studierna har därför varierande erfarenheter och olika uppdrag, med den gemensamma nämnaren att dessa handlar om kvalitetsutveckling. Fyra av de sju informanterna hade vid tiden för intervjuerna sin tillhörighet i ett landsting, men dessa personer har även erfarenheter från nationella uppdrag och därmed också ett brett perspektiv på utvecklingen. Fem av informanterna är utbildade till läkare eller sjuksköterska och har utfört kliniskt arbete. Det betyder att även om de när intervjuerna genomfördes hade tjänstemannauppdrag, så har de även en djupare kännedom om medicinska förutsättningar i hälso- och sjukvården. Fyra informanter har även uppnått doktorsgrad inom sitt fält och besitter således specialistkunskaper. Två informanter har dessutom erfarenheter av kvalitetsutveckling från andra områden än hälso- och sjukvård, vilket bidrar till ett bredare omvärldsperspektiv.

Varje intervju genomfördes enskilt på respektive informants arbetsplats, vilket betyder att informanterna inte haft möjlighet att modifiera sina svar i relation till övriga intervjuades utsagor. Man kan självfallet även ställa sig frågan om det inte varit mer givande att intervjua registerhållare när det gäller just fenomenet kvalitetsregister. Eller möjligen genomföra en enkätstudie bland registerhållare. Det hade varit relevant om undersökningen specifikt gällt just registerarbete med enskilda register. Nu är det emellertid den generella händelseutvecklingen som står i centrum för studierna och därför har intervjuer genomförts med personer som kan bedömas ha en större överblick.

Vidare kan man fråga sig om inte politiker har ett intresse av kvalitetsregister och att de därför skulle vara lämpliga att intervjua. I utvecklingen av kvalitetsregister har inte politiker haft en framträdande roll. Det gör att det är rimligt att anta att politikernas kännedom om den historiska utvecklingen och användningen av kvalitetsregistren är tämligen låg. Politiker skulle na-

turligtvis kunna täckas in i urvalskriteriet ovan om bredd och variation, men faller på kriteriet att kunna bidra med mycket värdefull information.

Urvalsförfarandet har gjort att intervjuerna inte har kunnat standardiseras. Istället inleddes de därför med öppna frågor kring fyra huvudsakliga teman: kvalitetssystemens historiska utveckling i sjukvården, styrsystem och trender av kvalitetsinstrument, strategier och hinder för kvalitetsregister, valfrihet och öppenhet i sjukvården. Intervjufrågorna utformades utifrån erfarenheter genererade genom dokumentstudierna. Avsaknaden av standardiserade frågor ökar visserligen risken att reliabiliteten kan bli lidande, enligt Czarniawska, (2004). Men jag menar att fördelen med detta angreppssätt är att det istället ger möjligheter att kunna ställa uppföljande detaljfrågor beroende på hur intervjun utvecklar sig. Det ger också möjligheter att ställa mer precisa frågor för att pröva idéer och påståenden som kommit fram i dokumentstudierna.

Informanternas föreställningar om utvecklingen av kvalitetssystem behöver naturligtvis inte vara den enda möjliga tolkningen, men de reflekterar deras erfarenheter, kunskaper och lärdomar. Varje intervjuperson fick alltså möjligheten att berätta sin tolkning av processen. De har däremot inte blivit utfrågade om egna misstag eller framgångar utan endast om deras vetenskap om olika händelser och utvecklingsspår. För att fånga detta och förändring och utveckling diskuterades i intervjuerna hur och när aktörerna bytt strategier, vad som var orsaken till detta, vilka uppfattningar eller förändringar i uppfattningar som låg bakom, vilken information som var tillgänglig och hur den översattes och spreds.

I intervjuerna var inte bara det praktiska förfarandet viktigt. Även etiska aspekter har hanterats. Samtycke inhämtades via e-post eller telefon med en kort beskrivning av mitt forskningsintresse och en fråga om de var villiga att delta i en intervju (jfr. Gustafsson m.fl., 2011). Deltagarna fick därefter själva avgöra under hur lång tid och på vilka villkor de hade för avsikt att delta. Fördelen med att de fick avgöra detta själva var att det blev lättare att få en intervju, nackdelen att den i vissa fall blev kortare än önskat.

En annan etisk aspekt är frågan om hur man kan försäkra konfidentialitet (Hermerén, 1996), när man intervjuar nyckelaktörer med höga positioner i förvaltningen. För att hantera detta och skapa förtroende är intervjupersonerna i studierna anonymiserade så långt det är möjligt. Alla intervjuer-

soner är anonymiserade i den meningen att deras namn inte anges såvida de inte uttryckligen gett sin tillåtelse till det.

Så långt om intervjuer och informanter, men även forskarens roll och relation till studieobjektet är angeläget att reflektera över, särskilt med tanke på jag har en egen erfarenhet av att arbeta med ledningsfrågor på landstingsnivå.

Reflektion över forskarens roll och tidigare erfarenheter

Det är oundvikligt att det empiriska materialet i analysen genomgår en filtrering via forskarens personliga och sociala bakgrund (Yin, 2009). Innan jag påbörjade min forskning arbetade jag under tre år som tjänsteman med ledningsfrågor på ett landsting. Det ökar förstås risken för att analyserna ska få ett alltför tydligt tjänstemannaperspektiv. Däremot har jag inte arbetat specifikt med kvalitetsregister eller svenska och danska kvalitetssystem utan haft andra uppgifter. Men genom mina tidigare erfarenheter som utredare på ledningsnivå i ett landsting har jag däremot en viss förförståelse om kvalitetsregister, central lagstiftning och aktuella offentliga utredningar.

Det har inneburit en del fördelar att ha praktisk erfarenhet av en politiskt styrd sjukvårdsorganisation. Det betyder att jag har kunskap om inte lika tillrättalagda händelser och berättelser som det ofta blir i intervjuer. Det innebär också att jag har en djupare förförståelse för konfliktytor och hierarkier och hur dessa tar sig uttryck inom hälso- och sjukvården. Det gör också att jag har egna empiriska kunskaper om detaljer. Jag har på så sätt blivit en del av den ”tyst kunskap” som finns i organisationen samt fått del av kollektiva stämningar som inte kan erhållas genom dokumentstudier eller intervjuer. Tyst kunskap beskrivs ibland som det som finns i mötet eller kontakten med den eller de man har att göra med (Polanyi, 1983[1966]).

Det ska dock inte förväxlas med deltagande observation eftersom syftet inte varit att studera processer eller enskilda händelser. Men jag har kunnat utnyttja mina erfarenheter för att skapa trovärdighet i intervjusituationer eftersom jag har förståelse för terminologi och fackspråk som informanterna

använder sig av. Det är också lättare att få grepp om hälso- och sjukvården när man själv upplever den inifrån, vilket kan ha påverkat hur mina intervjuer utformats eller hur jag tolkat dokumenten.

Även om mina erfarenheter betingat en del fördelar innebär det samtidigt en del metodologisk huvudbry. Det kan till exempel innebära att jag kan ha tolkat budskap i texter på ett annat sätt än någon som inte har en liknande erfarenhet, vilket även får betydelse för analysen som riskerar att präglas av en viss bias. Det har jag försökt att neutralisera genom att använda mig av både dokument och intervjuer och aktivt söka källor som har en kritisk hållning till utvecklingen av kvalitetssystem och kvalitetsregister. Jag har också under forskningsperioden helt lämnat praktiken. Utgångspunkten har varit att genom processpåring och en teoretiskt driven analys sträva efter att fånga dynamik och samspel mellan flera faktorer i ett längre tidsperspektiv. Observationerna har därför utgått från bestämda metodologiska och teoretiska idéer, som togs upp i föregående kapitel, om hur den historiska processen utvecklats. Undersökningarna i artiklarna har även delvis olika teoretiska perspektiv för att om möjligt lyfta alternativa synsätt.

Sammanfattningsvis har det här kapitlet redogjort för den här avhandlingens forskningsansats och materialinsamlingen som ligger till grund för artiklarnas empiriska studier. Det har också gjorts en reflektion över min egen eventuella påverkan på undersökningarna. Det gör att avhandlingens empiriska resultat är en konsekvens av flera olika, men sammanhängande processer, vilket kräver tolkning och strukturering. Den empiriska sammanställningen som följer måste därför bli förenklingar och schematiseringar.

Kvalitetssystem i förändring

I det här kapitlet sammanfattas artiklarnas enskilda bidrag och avslutningsvis sammanfogas artiklarnas empiriska resultat. Dessa resultat ligger sedan till grund för den historisk-institutionella analysen av kvalitetssystemutvecklingen i nästa kapitel.

Artikel I: Att överbrygga kvalitetskonflikter: kvalitetsutveckling i två spår

Hur kan det förklaras att Danmark och Sverige valt olika vägar när det gäller utveckling och införande av kvalitetssystem? Det är frågan som inleder artikeln. Genom en mest-likadesign görs en jämförelse mellan Sverige och Danmark. Artikeln utgår från den empiriska observationen att samtidigt som evidensbaserad medicin (EBM) börjar bli ett vedertaget begrepp i den medicinska professionen under 1990-talet, så möts professionen även av olika managementinflyerade kvalitetsidéer med fokus på att skapa effektiva strukturer och processer.

En mängd olika kvalitetsstyrningsverktyg gör sitt intåg i sjukvården under 1990-talet och olika typer av kvalitetssystem införs och prövas i sjukvården både i Danmark och i Sverige. Perioden kännetecknas av ett lärande bland både tjänstemän och den medicinska professionen om vad som funkar och inte funkar. Det ytrar sig i en ad hoc-artad utveckling av kvalitetssystem i såväl Danmark som Sverige. Normskillnader blir tydliga där idéer om effektivitet och ekonomisk rationalism i styrningen möter och utmanar idéer om vad som utgör en god medicinsk kvalitet när ekonomiska värden tränger in i styrningen av sjukvården.

På 2000-talet hände något i Danmark som gjorde att man gick mot ett obligatoriskt och centraliserat system. Frågan är alltså vad som fick Danmark att bryta den ad hoc-artade utvecklingen i en strävan mot att förena olika kvalitetssystem i en modell – Den Danske Kvalitetsmodell (DDKM)?

Svaret, som vi ger i denna analys, är att flera sammanslagningar av olika kvalitetssystem på sjukhusnivå utvecklades till regionala system. I pro-

cesserna mot obligatoriska regionala system genomgick politiker och tjänstemän ett lärande som över tid hittat former för konsensus, trots den medicinska professionens motstånd och andra praktiska problem.

Men det var ingen planerad och rationell process utan ett antal slumpartade händelser och oavsiktligt lärande som råkade sammanfalla i en gemensam utveckling (jfr. Triantafillou, 2013). Genom mindre sammanslagningar av kvalitetssystem lades en grund så att ett nationellt och centraliserat kvalitetssystem kunde införas. I motsats till Danmark har Sverige en fortsatt inkrementell ad hoc-utveckling av olika typer av kvalitetssystem. Gemensamt för utvecklingen i de båda länderna är att en logik baserad på managementidéer över tid trängt sig in via bakhjulet i det professionella fältet.

Historiskt sett har olika institutionella arrangemang formats i de två annars lika systemen. Slutsatsen är att oavsiktligt lärande i policyutformning och reformgenomförande kan passa in som en förklaring till förändring i det historisk-institutionella teoretiska perspektivet.

Artikel II: Kvalitetsregisterutveckling i tre faser

Kvalitetsfrågor hamnar ofta i fokus för intressekonflikter mellan den medicinska professionen, förvaltningens tjänstemän och politiker. Kvalitetsregister utgör ett sådant fenomen och bör därför inte bara studeras isolerat utan att ta hänsyn till det institutionella sammanhanget. Därför ställs frågan i artikeln om hur och när olika styrningslogiker påverkat kvalitetsregisterutvecklingen?

Genom en fallstudie identifieras i artikeln tre olika utvecklingsfaser som dominerats av olika institutionella logiker (jfr. Scott, 2000, Hacker 1998; Immergut, 1992b). Dessa har påverkat utvecklingen av kvalitetsregister genom att de utmanat hälso- och sjukvårdens grundläggande biomedicinska logik.

Registerstudier uppstod i mitten av 1970-talet och har sin grund i den medicinska kunskapsbasen. De utvecklades för att kunna utvärdera behandlingsmetoder och leda till förbättrade behandlingar av patienter. Samtidigt har en *politisk logik* etablerats i hälso- och sjukvården. Med hjälp av produktionsplanering som styrningssidé eftersträvades politiska ideal om jämlik-

het och tillgänglighet. Det politiska målet var att kunna erbjuda hela befolkningen en adekvat vård. I detta sammanhang använder delar av den medicinska professionen resultat från registerstudier för att äska medel i budgetprocesser. Det innebär ytterligare ett användningsområde som befäste användandet av registerstudier.

På 1990-talet inträder en *managementlogik* på allvar i sjukvården med mål- och resultatstyrning i strävan efter ideal om kostnadseffektivitet och prestationsförmåga. Detta hade sin grund i kraftiga kostnadsökningar och allmänhetens missnöje med tillgänglighet till vården. Nu ses kvalitetsregister som ett medel att kunna bidra till effektivitetsförbättringar och får statligt stöd för att kunna utvecklas ytterligare, vilket leder till att fler register utvecklas.

I början på 2000-talet införs öppna resultatredovisningar för att kunna uppfylla nya politiska ideal om valfrihet och deltagande. Utvecklingen mot en *transparenslogik* förstärker 1990-talets liberaliseringstrend. Informationsteknologiska framgångar gör det möjligt att processa större material och fler register utvecklas. Det öppnade för möjligheten att publicera resultat genererade i kvalitetsregistren i vårdens öppna jämförelser, som syftar till att stimulera till politisk debatt om vårdens kvalitet.

Slutsatsen är att tre olika institutionella logiker har utmanat den grundläggande biomedicinska logiken i kvalitetsregister och bidragit till utvecklingen. I sjukvården finns således fyra konkurrerande institutionaliserade styrningslogiker som påverkat utvecklingen och medverkat till förändringar i användningen av kvalitetsregister.

Artikel III: Stabilitet i utvecklingen av kvalitetsregister

Frågan om vilken spårbundenhet som finns i en institution och hur det yttrar sig är en central frågeställning i det historisk-institutionella perspektivet (Pierson & Skocpol, 2002). Så hur har spårbundenheten i kvalitetsregister sett ut? För att en spårbunden process ska inledas krävs ett formativt moment, och förutsättningarna på 70-talet var gynnsamma för uppkomsten av registren. Genom att det politiska intresset för produktionskontroll och läkarnas

registerstudier inföll samtidigt öppnades ett möjlighetsfönster för att utveckla register. Kvalitetsregistrens ursprungliga idé om att förbättra behandlingsmetoder har därefter utmanats av nya kvalitetsmålsättningar om effektivitet och transparens.

Artikeln visar hur yttre företeelser påverkat kvalitetsregister som institution, där nya mål lagts till institutionen efterhand som nya styrningslogiker gjort sitt intåg i sjukvården. Nya användningsområden av registren har därigenom kunnat utvecklas (jfr. Mahoney & Thelen, 2010).

Samtidigt, ska det påpekas, har den medicinska professionen lyckats med att behålla kvalitetsregistrens dominerande användningsområde och kärna av biomedicinska värden och normer, d.v.s. de grundläggande principerna har inte förändrats. Spårundenheten ligger således i institutionen kvalitetsregister, snarare än i målet med kvalitetsregister som förändrats över tid, genom att nya målsättningar lagts till.

Artikel IV: Öppna jämförelser – en oavsiktlig konsekvens

Artikeln undersöker hur och varför hälso- och sjukvårdens öppna jämförelser uppstod som en oavsiktlig konsekvens i utvecklingen av kvalitetsregister.

Den medicinska professionen betraktas i artikeln som policy entreprenörer som länkar samman flöden av problem, politik och policy (jfr Kingdon, 2011). Det politiska flödet består av hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningar och styrningsidéer. Problemflödet utgörs av sådant som tillgänglighetsproblematik, brist på finansiella resurser och behandlingar som behöver förbättras och kvalitetssäkras. Medan policyflödet innehåller åtgärder och förändringar för att ta itu med dessa brister och som kan accepteras inom ramen för den förda politiken och styrningsidéerna.

Artikeln lyfter fram att när större förändringar initieras (*agenda setting*) återfinns ett antal självförstärkande drivkrafter hos den medicinska professionen som stärker utvecklingen av kvalitetsregister: makt, funktionalitet och legitimitet.

Den medicinska professionens strävan efter *makt* över sin egen verksamhet och autonomi, samspelar med att det finns en osäkerhet i hur effektiva behandlingar är. Professionen finner kraft i att kunna säkerställa behandlingsmetoder genom uppföljningar i registerstudier. Det innebär ett asymmetriskt informationsförhållande som de kan använda till sin egen fördel.

Nationella tjänstemän involverade sig i kvalitetsregister under 1990-talet. Ett motiv var att kvalitetsregister som uppföljningsinstrument av behandlingsmetoder har en *funktion* som kan gynna hela hälso- och sjukvården och inte bara vara förbehållet enskilda medicinska discipliner. Samtidigt saknade professionen vid den här tidpunkten finansiella resurser att utveckla nya och befintliga register. Kvalitetsregistrens funktionella möjligheter att integreras och bäddas in i större sammanhang har även det varit självförstärkande i utvecklingen.

Slutligen har kvalitetsregister bidragit till att professionen lättare kan *legitimera* sin verksamhet genom att marknadsföra registrens resultat både inom och utom sjukvården.

I varje kopplingssituation återfinns självförstärkande krafter som stärkt kvalitetsregisterutvecklingen och gjort kvalitetsregister till en given funktion för behandlingsuppföljning i hälso- och sjukvården och därmed en källa med mycket information.

Inblandningen av tjänstemän och ett tekniskt genombrott som låg utanför den medicinska professionens kontroll innebar en möjlighet att utveckla öppna jämförelser med syfte att jämföra regioner/landsting, sjukhus och kliniker. Användandet av resultat från kvalitetsregister i öppna jämförelser för att stimulera till politisk styrning av vården skiljer sig från registrens ursprungliga syfte att verka för konkreta behandlingsuppföljningar.

Artikeln landar i slutsatsen att tre faktorer varit avgörande för att öppna jämförelser blivit möjliga: Informationsmängden i kvalitetsregister som ackumulerats under flera år, tjänstemännens inblandning i processen och tekniska framsteg.

Utifrån den teoretiska ansatsen dras även slutsatsen att självförstärkande krafter kan ha en avgörande inverkan på hur och varför vissa kopplingar mellan flöden görs i policyprocessen.

Artikel V: Konceptuell förståelse av kvalitetssystem i offentlig sektor

I artikel V diskuteras hur kvalitetssystem utarbetade i det privata näringslivet behöver ta större hänsyn till kärnvärden i den offentliga sektorn som tillgänglighet, jämlikhet, tvångsåtgärder samt upprätthållandet av legitimitet när de introduceras i offentlig sektor.

I artikeln ställs de offentliga aspekterna i relation till den privata sektorns syn på kunden eller närmare bestämt kundens förväntningar. Där låter man kundens förväntningar på kvalitet definiera vad som är en god kvalitet på tjänsten eller varan. Kunden betalar dessutom själv och kan välja att avstå om tjänsten eller varan inte är önskvärd.

I en offentlig verksamhet blir däremot förhållandet mer komplext eftersom kunden inte betalar för tjänsten och priset inte kan påverkas. Offentlig service bygger på att den har legitimitet hos befolkningen. Här finns även legitima inslag av tvång, som påverkar hur kvalitet kan uppfattas. Att procedurer för tvångsvård uppfattas som korrekta. Att möjligheter till särskilt boende uppfattas som rättvisa. Att alla erbjuds en vård på lika villkor. Rätt utformat kan kvalitetssystem bidra till upprätthållandet av legitimitet.

Men individen som är föremål för exempelvis tvångsvård kan inte välja bort vårdinsatsen. All offentlig service är inte heller tillgänglig för alla. Tillgänglighetskrav och andra fördelningsmekanismer har tydliga implikationer för brukarens uppfattning av kvalitet. Särskilt boende för äldre tillfaller t.ex. bara de som uppnår lagens krav på ett stort behov av omsorg. Medan annan offentlig service omfattar alla. Hälso- och sjukvården har exempelvis lagkrav på sig att alla ska ha tillgång till en jämlik vård.

Argumentationen i artikeln landar i att styrning med hjälp av kvalitetssystem inom offentlig verksamhet behöver beakta även dessa aspekter och inte bara kundens förväntningar när de utformas. Kundens förväntningar kan inte stå som ensam indikator. Offentlig service omgärdas av olika mänskliga behov, rättigheter och offentliga myndigheters skyldigheter som har en avgörande inverkan på vad som uppfattas som en god kvalitet.

Sammanfattning av artiklarnas empiriska resultat

Inför slutdiskussionen i nästa kapitel är det viktigt att framhålla några aspekter ur artiklarnas sammanfattningar. Till att börja med visar artikel I på två kvalitetsspår i utvecklingen av kvalitetssystem inom hälso- och sjukvården: ett biomedicinskt spår med en normativ bas i medicinsk kunskap och ett administrativt spår med normer som grundas i traditionell förvaltning och managementkunskap. Detta faktum tydliggör att det finns en latent normkonflikt mellan administration och medicin i synen på kvalitetssystem.

I artikel II illustreras hur kvalitetsregistren utmanats av olika styrningslogiker i tre faser. Styrningslogikerna utesluter inte varandra utan läggs ovanpå varandra i institutionella lager. Konfrontation mellan olika styrningslogiker har även inneburit konfliktsituationer mellan aktörer. Det förhållandet indikerar att normkonflikternas uttryck varierat över tid beroende på institutionella arrangemang.

En intressant fråga som uppstår i sammanhanget är frågan om vilken förändring som inte skett eftersom kvalitetsregister överlevt nya influenser och styrningsidéer. Artikel III identifierar att det finns ett spårberoende i kvalitetsregistren i sig och inte i målet med dem.

Därtill visar artikel IV hur den medicinska professionen genom självförstärkande krafter agerat för att upprätthålla utvecklingen av kvalitetsregister. Här är det tydligt att denna utveckling även landat i en oavsedd konsekvens i form av öppna jämförelser. Utvecklingen visar på att det inte bara handlat om konflikter mellan aktörer utan att det även funnits lärandeprocesser och ett konsensussökande i kvalitetsregisterutvecklingen.

Kvalitetsregister är centralt i kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården och förändringar i dessa speglar även större förändringar. Förändringar har inte bara skett för att man söker kvalitetsförbättringar. Institutionell teori kan genom sitt bidrag med spårberoende och inkrementella förändringsmönster illustrera hur styrningsidéer och konflikter grundade i olika normuppfattningar bidrar till en utveckling i användningen av kvalitetssystem. Med hjälp av ett institutionellt perspektiv ska jag därför i nästa kapitel diskutera hur den empiriska utvecklingen som presenteras i artiklarna sammantaget kan förstås med hjälp av spårberoende och skillnader i normer. Därigenom lyfts det även fram hur kunskapsstyrning kan förstås i ljuset av denna utveckling och dess implikationer.

Institutionell utveckling av kvalitetssystem: idéer, konflikter, samarbeten och konsekvenser

I följande kapitel görs en sammanfattande analys av resultaten från artiklarna ur ett historisk-institutionellt perspektiv. Det huvudsakliga syftet är att analysera ursprunget till olika kvalitetssystem, när kvalitetsregister uppstod i svensk hälso- och sjukvård samt hur dessa blev en del av den politiska styrningen. Utvecklingen analyseras först som en konsekvens av spårbundenhet och självförstärkande krafter. Därefter synliggörs att skillnader i normer och idéer som orsak till förändring. Slutligen analyseras oavsiktliga konsekvenser som uppstått i denna utveckling.

Den historisk-institutionella analysen av artiklarnas empiriska lärdomar görs i fyra olika faser. Fasindelning är ett sorteringsinstrument för att överblicka de olika tidsperioderna. Det betyder inte att gamla idéer försvunnit och ersatts med nya, utan att vissa idéer fått större genomslag och dominerat under vissa perioder. Två tematiska jämförelser fördjupar dessa analyser, den första med fokus på relationen mellan olika aktörer, den andra i en jämförelse mellan utvecklingen i Sverige och Danmark.

Politisering och institutionella förutsättningar för kvalitetssystemutveckling

Den institutionella utvecklingen över tid står här i centrum. Under 1940-talet inleddes en period av ökad offentlig reglering och centralstyrning av den svenska sjukvården (Immergut, 1992a; Heidenheimer & Elvander, 1980; Höjer, 1975). Genom en ökad grad av politisering fram till 1970-talet blev sjukvården succesivt föremål för allt fler politiska beslut, interventioner och lagstiftning. Den ökande graden av statlig reglering och offentlig kontroll av sjukvården under efterkrigstiden avslutades med Sjukronorsreformen (1970). Reformen utgör en fundamental förändring i incitamentsstrukturen i hälso- och sjukvården. Analyserna i artikel II visar att sjukro-

norsreformen gav den medicinska professionen stimulans att agera på nya sätt.

Det är nu 45 år sedan Sjukronorsreformen genomfördes. Det var den sista i en lång rad reformer som inleddes med Höjerutredningen 1948 och som innebar att den offentliga styrningen och kontrollen av den svenska hälso- och sjukvården stärktes (motiv, slutsatser och förslag återfinns bl. a i SOU 1946:20; SOU 1948:14; SOU 1958:15; SOU 1963:21; SOU 1965:49; SOU 1967:63; Prop. 125:1969; se även Immergut, 1998a; Immergut, 1992a; Heidenheimer & Elvander, 1980).

Reformerna ledde till att landstingen fick det politiska ansvaret och driftansvaret för hela hälso- och sjukvården. Det innebar även att de blev tvungna att leva upp till nationella politiska krav på rationalisering och planering som styrningsidé. Dessa nya krav identifieras i artikel II som tydliga motiv för att en ny fas formas i kvalitetssystemens utformning och användning. Landstingen fick en tydligare roll och bidrog därmed till att nya institutionella arrangemang växte fram där administrativa strukturer betonades.

Reformerna fick även konsekvenser för patienter och läkare (Carder & Klingeberg, 1980; Prop. 125:1969). Patienten, som tidigare fick betala hela kostnaden för ett öppenvårdsbesök, fick nu betala en nettoavgift på sju kronor och vårdgivare skulle få resterande kostnad täckt av Försäkringskassan (Läkarvårdstaxan 1969:657). För läkarna innebar reformerna att de blev heltidsarvoderade av landstingen och arbetstidsreglerade. Därmed förlorade läkarna möjligheten att få ersättning direkt från patienten. Även om den svenska läkarkåren redan var starkt knuten till den offentliga sektorn (genom sjukvårdsanställda läkare hos landstingen) innebar reformen en konflikt med läkarens traditionella roll som oberoende yrkesutövare som patienten väljer och betalar till direkt. Möjligheterna att påverka sin egen arbetssituation eller sjukvården i stort uppfattades av läkarna som begränsade, d.v.s. de ansåg sin autonoma roll vara hotad (Heidenheimer, 1980; Höjer, 1975).

”Sjukronan” har sedermera kommit att symbolisera en vändpunkt i utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård genom vilken politiska normer institutionaliseras i sjukvården. Författningstekniskt genomfördes det genom en ändring i 2 kap. 2 § lagen om allmän försäkring. Dessa reformer kan tolkas som en lång inkrementell process som landat i en radikal förändring av hälso- och sjukvården. Den förändringen speglar också hur relationen

mellan den politiska sfären och den medicinska professionen har förändrats. Tolkningen stöder den institutionella teoretiska uppfattningen om att inkrementella förändringsprocesser över tid kan leda till stora förändringar (Mahoney & Thelen, 2005). Reformprocesserna kom att ge uttryck för starka motsättningar mellan politiska mål och den medicinska professionens normer, vilket lyfts fram i både artikel III och IV. Dessa motsättningar grundades genom reformernas genomförande och kom senare att reproduceras och prägla den fortsatta utvecklingen inom området.

Genom reformerna gjordes sjukvården till föremål för allt fler politiska beslut och reformperioden före och under införandet av "sjukronan" präglades av vad som ibland kallats en progressiv förvaltningspolitik "Progressive Public Administration" (PPA) (se t.ex. Hood, 1995; Vedung, 2010), som karaktäriseras av radikala reformförslag för att skapa ett jämlikt samhälle, bort från fattigdom, försörjningsproblem och andra sociala problem. Politiska ideal om jämlikhet och tillgänglighet skulle förverkligas genom produktionskontroll och flerårsplaner. Syftet med den politiska styrningen var att garantera alla invånare hälso- och sjukvård (SOU 1958:15; SOU 1948:14). De institutionella reformerna var starkt förankrade i normer om jämlikhet och tillgänglighet (Andersson & Björkman, 1980). Den politiska styrningen innebar följaktligen en ny incitamentsstruktur, med en tydlig uppdelning mellan medicinsk verksamhet och politisk styrning och därmed även förändrade relationer och förhållningssätt mellan stat, landsting och läkare men även patienten. "Sjukronan" markerar därmed slutet på en formativ process av många års reformer och det är inom denna incitamentsstruktur som registerstudier uppstår, vilket här ses som ett andra institutionellt utvecklingssteg.

Registerstudier uppstår

När nya värden och ideal om jämlikhet och tillgänglighet trädde in i sjukvårdspolitikens utvecklades nya politiska styrningsidéer i form av ett nytt institutionellt lager av normer. Det medförde även en tydlig skiljelinje i normer mellan den politiska styrningen och den medicinska professionens verksamhet grundade i ideal om medicinsk etik och den traditionella biome-

dicinska kunskapsmodellen (artikel I). Så vilka skäl finns till att registerstudier uppstår i just denna institutionella ordning?

I delstudierna, artikel II och III, visas att förutom att registren användes för att systematiskt utvärdera behandlingar kom dess resultat även att användas för att äska medel i budgetprocesser. De kom att fungera som en anpassning till den politiska styrningen av sjukvården.

Som framgår av föregående avsnitt präglades 1970-talets styrning av sjukvården av en skiljelinje mellan medicin och politik. Landstingens intresse för planering och rationalisering uttrycktes genom regelstyrning, flerårsplanering och produktionskontroll. Politiska normer hade således gjort sitt intåg i en verksamhet starkt präglad av en medicinsk etik och sjukdomsorienterad kunskap. Staten var en stark pådrivare genom krav på planering av hälso- och sjukvård vilket sågs som en förutsättning för att kunna erbjuda hela befolkningen adekvat hälso- och sjukvård. Samhällsekonomiska problem (bl.a. på grund av oljekriserna 1973 och 1979) ledde till att staten började ställa hårdare krav på kostnadskontroll, produktionsplanering och redovisning. Även synsätt hämtade från industrin började influera sjukvården och i allt högre grad diskuterades kostnader i förhållande till nytta (Läkartidningen, 1975).

Sammanfattningsvis kan statens intresse för produktionskontroll sägas ha sin grund i att man ansåg att risker skulle övervakas, slarv förhindras, korrigeras och förebyggas (Ternblad, 1992). Utifrån det institutionella perspektivet kan utvecklingen ses som ett uttryck för en normkonflikt, där politiken träder in i den medicinska professionens intressesfär, vilket leder till en omförhandling av de institutionella gränserna mellan sjukvårdens praktik och det politiskt administrativa systemet. I institutionell litteratur betonas ofta just kampen mellan aktörer som strävar efter att etablera de normer som gynnar dem själva (jfr. t. ex. Knight, 1992; Peters m.fl., 2005). Förändringen bör då tolkas som förändringar i maktbalanser mellan aktörer.

I det här fallet förlorade professionen, som tidigare visats, kontrollen över de ekonomiska transaktionerna genom sjukronorsreformen. Ett behov av att försvara sin autonomi från dessa politiska ingrepp uppstod. Men även om läkarna känt sig trängda av politiseringen och statlig kontrolliver (Friedson, 1970; Höjer, 1975), innebar den nya incitamentsstrukturen oprövade möjligheter att återta initiativet. Det fanns ingen egentlig kontroll i den dagliga medicinska verksamheten vilket öppnade möjligheter för initiativ

byggda på enskilda läkares engagemang. Kontroll över den kliniska verksamheten gav professionen möjlighet att realisera intressen för utvecklade behandlingsformer (artikel IV).

Varierande former av lokala register börjades dyka upp i mitten på 70-talet på olika kliniker i olika delar av landet (artikel II). Metodutveckling, där utfall av interventioner studeras och åtgärder vidtas utgör en väsentlig del av den medicinska professionens arbete och den biomedicinska vetenskapen. Genom registerstudier kunde man demonstrera att åtgärder vidtagits samt säkerställa och kontrollera resultat. Det ska dock påpekas att det inte fanns några politiska krav om att nya medicinska system för resultatuppföljning skulle utvecklas (Garpenby, 1996). Läkarnas egna uppföljningssystem förstärkte kunskapsasymmetrin mellan politiska och medicinska intressen (artikel I & II).

Det kom att dröja till 1990-talet innan tjänstemän på nationell nivå på allvar kom till insikt om nyttan av att använda den medicinska professionens kvalitetsregister i den *administrativa* styrningen. Detta bäddade i sin tur för användning av dessa verktyg i den *politiska* styrningen ytterligare några år senare. Utvecklingen ligger i linje med uppfattningen att institutioner inte alltid förändras genom radikala reformer utan ofta i inkrementella (stegvisa) processer (jfr. Mahoney & Thelen, 2010).

Men det fanns också en hel del som försvårade framväxten av registerstudier. Det var svårt att få ekonomiska resurser till utveckling av registren och registerstudier var tidskrävande och inte särskilt meriterande för de läkare som arbetade med studierna. Registerstudierna hade inte heller någon stabil finansiering. Studierna fick ofta genomföras med hjälp av tillfälliga forskningsanslag (artikel II). Därför gick också utvecklingen långsamt. Men en faktor som underlättade läkarnas utvecklingsarbete av registerstudier var förekomsten av personnummer (Ludvigsson m.fl., 2009), vilket möjliggjorde helt nya sätt att ta fram och bearbeta statistik.

Även om huvudsyftet med registren var att förbättra behandlingsmetoderna, hade framväxten av registren även andra orsaker. Två motiv till att professionen hade mycket att vinna på att registren utvecklades och levde vidare blir särdeles tydliga. Dessa är dels att registren kom till användning i samband med förhandlingar i budgetprocesser (artikel II), dels att de kunde användas som ett instrument för ett återupprättande av professionens självständighet i förhållande till politikerna (artikel IV). Analysen visar således

hur institutionella arrangemang växer fram och formas i ett samspel mellan den medicinska professionen och representanter för det politisk-administrativa systemet.

Den senare hade sin orsak i inte alltför avlägsna erfarenheter av att ha blivit fråntagna läkarens traditionella roll som enskild yrkesutövare genom Sjukvårdsreformen. I artikel IV klargörs hur statsmaktens hårda tag och reformer verkar ha stärkt läkarnas anspråk på ökad professionell autonomi. För att försvara sig mot ytterligare statlig inblandning och bibehålla en stark professionell ställning blev det viktigt att visa på egenkontroll och framåtanda samt garantera goda behandlingsformer. Genom registren skapades medicinska kunskapsresurser som gynnade professionen i sin strävan efter autonomi i relation till det politiska styret.

Professionens autonomisträvanden kan därför tolkas som en självförstärkande kraft som bidrar till reproduktionen av registerstudier (jfr. Mahoney, 2000). Registerstudierna blir i den här utvecklingen också kunskapsformerande genom att de gör det möjligt att generalisera och kategorisera kunskap. Dessa egenskaper lägger också grunden för hur de senare kommer att användas i kunskapsstyrning.

En andra förklaring till att registren utvecklades och anpassades till rådande styrningsidéer var att läkarna släpptes in i budgetarbetet. Registren blev en maktresurs för läkarna i budgetförhandlingar med landstingspolitikerna. Utvecklingen mot att äska medel i budgetprocesser med hjälp av resultat från registerstudier gjorde det lättare att övertyga politikerna om att få ekonomiska medel för såväl behandlingsutveckling som expansion av kliniker (artikel II). Möjligheten att prognostisera behandlingsutveckling och kostnader kunde således ge ekonomiska fördelar till de kliniker som använde sig av registerstudier. Även denna funktion kan tolkas som att läkarna anpassade sig till den politiska institutionella strukturen (präglad av planeringsideal och produktionskontroll). Läkarna tvingas mer eller mindre att förhålla sig till de institutionella regler och handlingsalternativ som står till buds.

Sammanfattningsvis åskådliggör analysen av utvecklingen av den här fasen på två institutionella förändringsfaktorer, planeringsideal uttryckt i budgetförhandlingar samt professionens autonomisträvanden, som drev på utvecklingen av registerstudier. När det politiska inflytandet över vården och dess organisering ökade grundlades läkarnas strävan efter autonomi,

d.v.s. handlingsutrymme att agera utan politisk inblandning, och möjligheter att skapa former för egenkontroll. Där spelade registren en central roll genom att samla och organisera medicinska kunskapsresurser.

Å ena sidan kan man inte bortse från slumpen som en faktor när 1970-talets politiska styrningsidéer om produktionskontroll råkar sammanfalla med uppkomsten av medicinska registerstudier. Å andra sidan kan man utifrån ett kontrafaktiskt och institutionellt förhållningssätt hävda att professionen kanske inte haft anledning att använda sig av resultat från registerstudier i budgetförhandlingar utan de dominerande planeringsidealerna. Förutom en kraftig politisk inblandning och den därpå följande förhandlings-situationen mellan läkare och politiker hade troligen även strävan efter autonomi inte heller varit lika angelägen för läkarna. Därmed hade två incitament för utveckling av registerstudier försvagats.

Managementidéer får genomslag

I den tredje fasen framträder ytterligare två förklaringsfaktorer i artiklarna till kvalitetsregistrens institutionella utveckling, dels en allmänt ökad efterfrågan på kvalitetssystem och dels ökade finansiella resurser till kvalitetsregister. Utvecklingen bottenar i en ekonomisering som sker genom att styrningsidéer hämtade från den privata sektorn introduceras i sjukvården som exempelvis total kvalitetsledning, ISO-standarder, målstyrning och balanseerat styrkort.

Under 1990-talet ökade efterfrågan på kvalitetssystem och nya styrningsidéer grundade i ”Total Quality Management” (TQM) introducerades i sjukvården. Artikel I och II tar upp landstingens politiska reformer och kvalitetsmodeller som utvecklades i en strävan mot mål- och resultatstyrning. Detta innebar att nya styrningsprinciper i enlighet med den förvaltningspolitiska idéströmning som samlas i begreppet ”New Public Management” (NPM) successivt infördes i hälso- och sjukvården (Christensen & Lægheid, 2001; Blomqvist & Rothstein, 2000; Harrison & Calltorp, 2000). Nu möttes den medicinska professionen av nya styrningsideal dominerade av ett ekonomiskt språkbruk, vilket förstärkte den underliggande spänningen mellan politik och profession.

Christopher Hood (1995) fångar och formulerar begreppet NPM genom att ställa det mot det tidigare förvaltningsidealet PPA. NPM kan betraktas som ett samlingsbegrepp för företagsinspirerade idéer om mer marknadslika styrningsprinciper (se t.ex. Almqvist, 2006; Agevell; 2005). Politiken skulle, enligt detta synsätt, stå tillbaka och verka genom indirekt styrning med konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll genom mål- och resultatuppföljning.

Den rationella planeringsynen fick en minskad betydelse i den politiska sfären till förmån för kunskap baserad på efterkontroll av verksamhetens resultat (Vedung 2010). Verkställighet och prestationsförmåga värderades högt p.g.a. av de ekonomiska problem som präglade sjukvården sedan 70-talet. Den här utvecklingen ska även ses mot bakgrund av att finanskrisen i början av 1990-talet krävde ekonomiska rationaliseringar och effektivisering av den offentliga sektorn. Den pressade finansiella situationen i kombination med en politisk organisering där politiker befinner sig långt från verksamheten, kräver utvecklade styrmedel. Kvalitetssystemen blev ett svar på just dessa behov eftersom de ger möjligheter till uppföljning av verksamheten.

Här framträder en ad hoc-artad utveckling där olika typer av kvalitetssystem med olika syften introduceras i sjukvården under 1990-talet (artikel I). Landstingsförbundet upprättade en kvalitetsavdelning och började försöka ta ett samlat grepp om metoder för kvalitetsutveckling. Artikel II beskriver hur ett samarbete mellan ”Institute for Healthcare Improvement” (IHI) i Boston och Landstingsförbundet utvecklades och att TQM-inspirerade lösningar fördes in i sjukvården. Införandet skedde genom en mångfald av arbetssätt, då Landstingsförbundet inte har en styrande roll. Exempelvis infördes kvalitetscirklar, QUL (kvalitet, utveckling, ledarskap) och genombrotsprojekt (Bejerot & Hasselbladh, 2002). Samtidigt bedrev Socialstyrelsen på regeringens uppdrag ett utvecklingsarbete för olika former av kvalitetssäkringssystem, ledningssystem och ISO-certifieringar som också infördes (SoS, 2011; 1993; Spri, 1990).

Grundidéerna till kvalitetsmodellerna hämtades ofta från det privata näringslivet, ofta utvecklade av konsultfirmor i USA (Bejerot & Hasselbladh, 2002). Den gemensamma nämnaren för dessa modeller är att de har ett kundperspektiv, som i sitt ursprungliga sammanhang inte tar hänsyn till den offentliga sektorns krav på individens möjligheter till tillgänglighet,

jämlik behandling eller statens möjligheter till tvångsåtgärder. Offentliga verksamheter som sjukvården har andra krav på sig i sin strävan efter att skapa legitimitet genom effektiviseringar som inte alltid låter sig integreras i dessa modeller (artikel V). Skillnader mellan privat näringslivsverksamhet och offentlig verksamhet får även konsekvenser för hur kunskapsstyrningen utformar sig.

I artikel I diskuteras även hur det, parallellt med denna utveckling, på allvar etablerats en evidensbaserad medicin (EBM) inom det medicinska fältet. EBM började spridas i medicinska publikationer på 90-talet och har över tid förmedlats även utanför den medicinska professionens sfär. Den kan därför sägas vara, inte bara en inomprofessionell trend, utan även en internationell trend (Bohlin och Sager, 2011). Utgångspunkten för EBM är att vården blir bättre om beslut bygger på medicinsk vetenskaplig forskning genom registerstudier, kunskapsdatabaser/riktlinjer, randomiserade kliniska prövningar, metaanalys och systematiska översikter. Läkaren i klinisk verksamhet ska sedan kunna besluta om interventioner och behandlingar som är vetenskapligt underbyggda och därmed kunna erbjuda en, kvalitativt sätt, bättre vård.

En slutsats som kan dras är att kvalitetssystemutvecklingen drevs på utifrån två spår: dels med ett ekonomiskt ”management-tänk”, dels med motiv om evidensbaserad medicin. Detta gjorde att spänningen mellan profession och politik förstärktes och blev ännu tydligare. I övrigt kan perioden beskrivas som ett sökande efter kvalitetssystem genom kontinuerligt lärande kring vilka metoder som fungerar i olika sammanhang. En liknande ad hoc-artad utveckling återfinns även i Danmark med en viss variation av olika typer av kvalitetssystem, vilket visas i artikel I. Dessa två spår har verkat sida vid sida under lång tid och det verkar rimligt i linje med historisk-institutionell teori att dra slutsatsen att utvecklingen motverkat förekomsten av radikala reformer (jfr. Peters, m.fl., 2005; Pierson 2004).

När Socialstyrelsen och Landstingsförbundet i början på 1990-talet fick insikt om kvalitetsregistren och dessas potential förstärktes de ekonomiska resurserna för detta arbete och utvecklingen av kvalitetsregister tog fart. De trädde därmed in på arenan som en ny aktörsgrupp i kvalitetsregistrens institutionella utveckling (artikel IV). Tidigare introducerande kvalitetsinstrument som importerats och översatts till en svensk kontext var baserade på TQM och handlade till större delen om kvalitet i organisation och

processer (artikel I & II). Nu var behovet att få veta om det faktiskt blev bättre även i medicinska termer, och kvalitetsregister, utvecklade av den medicinska professionen, utgjorde ett sådant mätinstrument. Tjänstemän på Landstingsförbundet och Socialstyrelsen såg en potential i att kvalitetsregister skulle kunna bidra till kvalitetsutveckling och styrning för större delar av hälso- och sjukvården och inte bara vara en funktion för enskilda specialiteter och kliniker (artikel IV).

Samtidigt som tjänstemännen sökte efter kvalitetssystem hade registerhållare fortfarande problem med att finansiera sina register och var i behov av finansiella resurser för att kunna bedriva registerstudier och utveckla behandlingsmetoder. Den stärkta nationella finansieringen möjliggjordes genom ett samarbete mellan registerhållare och tjänstemän. Fler register kunde därmed skapas och utvecklas. De tidiga registren hade begränsad räckvidd när det gällde att mäta resultat av medicinska behandlingsinterventioner, men under denna utvecklingsfas blev registren mer omfattande och nationella. Det gjorde att man nu började tala om *kvalitetsregister* och betrakta dem som kvalitetssystem.

Händelseutvecklingen som följde beskrivs i artikel III som ett formativt moment i vilket slitningar mellan profession och administration tonas ner. Genom att ett samarbete mellan Landstingsförbundet, Socialstyrelsen och registerhållare inleddes kunde registerhållarnas resursbehov tillfredsställas. Tjänstemän på Landstingsförbundet och Socialstyrelsen fick inflytande över kvalitetsregister. I samverkansprocessen utvecklades ett antal principer för samarbetet som kortfattat utgick från att den medicinska professionen hölls ansvariga för utvecklandet av och innehållet i registren. Eftersom kvalitetsregistrens grundläggande funktion därmed inte ändrats talar det för ett spårberoende i utvecklingen. Ett strukturerat ansökningsförfarande infördes för att erhålla statliga medel till kvalitetsregister. Den statliga finansieringen gjorde att antalet register kunde öka och spridas inom fler discipliner samtidigt som professionen stärkte sin egen kunskapsbas gentemot den politiska styrningen.

Sammantaget ledde tjänstemännens ökande inblandning till att utvecklingen av kvalitetsregister tog ny fart i en delvis annan riktning. Ett nytt normativt lager av managementidéer lades till i kvalitetsregisterutvecklingen genom att nya regler tillfördes institutionen (jfr. Mahoney & Thelen, 2010). Kvalitetsregister som institution reproduceras därmed inkrementellt,

särskilt då tjänstemännen betraktade registren som en viktig funktion för ledning och styrning av verksamheterna. Med ett statligt finansieringsstöd kunde registren gynna hälso- och sjukvårdssystemet i ett större perspektiv, genom att man skapade bättre förutsättningar för att införa kvalitetsmått och behandlingsförbättringar inom fler medicinska discipliner med hjälp av kvalitetsregister.

I artikel IV tolkas föreställningen om registrens tillämpning i fler delar av hälso- och sjukvården som en självförstärkande kraft genom dess förmåga att bidra till systemet som helhet och inte bara gynna professionens sårintressen (jfr. Mahony, 2000). Utifrån ett institutionellt perspektiv kan man även kontrafaktiskt argumentera för att om inte en ökad efterfrågan på kvalitetssystem (grundade i TQM-idéer) funnits, hade sannolikt tjänstemännens intresse inte väckts för registren. Därmed hade kvalitetsregister inte heller fått ökade resurser genom en statlig finansiering. Det skulle ha gjort att registerhållarna fortsatt haft ekonomiska svårigheter att bedriva registerstudier. Registren skulle då inte heller kunnat öka i antal och omfång i lika snabb takt (artikel II). Systemet med kvalitetsregister hade i det fallet sannolikt inte förenats med managementidéer och det hade således begränsat möjligheterna till ett inkrementellt utvecklingssteg.

Men inträdet av ekonomiska styrningsidéer synliggör ännu tydligare ett motsatsförhållande mellan ledning och anställda i ett övergripande perspektiv, vilket även studier tidigare bekräftat inom andra närliggande fält (t. ex. Agevall, 2005). Men den närmare granskning av kvalitetsregisterutvecklingen, som görs i artiklarna, visar snarare på en situation som avviker från den generella utvecklingen. Analyserna i artiklarna visar att tjänstemän och registerhållare hittar en samverkansform runt kvalitetsregister där skillnader i normer till viss del kan läggas åt sidan och hanteras.

I detta avsnitt har jag visat på att utvecklingen fick två delvis motstridiga institutionella konsekvenser för friktionerna mellan profession och politik. För det första så förstärktes skillnader i normer mellan den medicinska professionen och den politiska och administrativa ledningen när det ekonomiska språkbruket trädde in i sjukvården med de nya styrningsidéerna. För det andra hölls skilda normuppfattningar nere i samarbetet mellan registerhållare som representanter för den medicinska professionen och nationella tjänstemän i ett samarbete kring kvalitetsregistren.

Även den fortsatta utvecklingen visar på att konflikt och samarbete kommer att prägla kvalitetssystemen. Det förde med sig en oavsedd konsekvens, nämligen upprättande av öppna jämförelser i Sverige.

Förstärkta ideal om öppenhet, valfrihet och deltagande

I nästa utvecklingsfas som inleds i början av 2000-talet växer nya styrningsidéer fram som strävar efter öppenhet och transparens vilket även ger avtryck i kvalitetssystemen. Nya tekniska möjligheter genom informatiksteknik ger möjligheter att hantera större informationsmängder och bättre lösningar för att analysera resultat. I denna fas finns tecken på att skillnader mellan olika normer reduceras. Genom kvalitetsregistrens användning i ”Öppna jämförelser” uppstår ett nytt sätt att använda registren, vilket tolkas som en oavsedd konsekvens i artikel IV.

Snarlika förändringar skedde i Danmark vid samma tid (artikel I). Det tyder på att det är yttre förändringarna som leder till att denna fas framträder. Men en tydlig skillnad är att i Danmark går kvalitetssystemutvecklingen mot ett obligatoriskt kvalitetssystem (Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM). Denna modell är tvingande för alla danska sjukhus, vilket innebär ett mer radikalt skifte av modell.

Det var först på 2000-talet som tankarna om fritt patientval från 1990-talet fick sitt genomslag på allvar i Sverige. Patienten sattes i centrum genom att vårdval (SFS 2008:962) och en särskild patientlag (SFS 2014:821) infördes. Utvecklingen av dessa NPM-inslag satte tryck på utvecklandet av kvalitetsindikatorer och mot en mer transparent sjukvård. Det finns dock kritik mot NPM i sjukvården, som riktas mot att den ensidigt fokuserar på ekonomivärden som produktivitet och effektivitet på bekostnad av demokrativärden och medicinsk etiska värden (t.ex. t.ex. Läkartidningen, 2013; 2014a; 2014b; Dahlström & Lapuente, 2011; Agevall, 2005; artikel II, III, och IV).

Som ett led i att hantera NPM-utvecklingens negativa konsekvenser har mer deltagarorienterade reformer och dialoginriktade uppföljningsinstrument införts i svensk sjukvård för att möjliggöra en styrning som bygger

på kvalitetsredovisningar och kunskap (Blomgren & Sahlin, 2007). För att patienter ska kunna göra meningsfulla val behöver de tillgång till information om vårdkvaliteten hos de olika utförarna (Fredriksson & Winblad, 2008). Utvecklingen av kvalitetssystem och kvalitetsindikatorer bidrar därmed till denna institutionella omvandling mot en ökad transparens. Ett tekniskt genombrott ses i dessa analyser som ett formativt moment för en utveckling mot en mer transparent hälso- och sjukvård (artikel II, IV).

Utvecklingen i början av 2000-talet präglades alltså av en teknologisk utveckling som innebar bättre möjligheter att processa större informationsmaterial, vilket diskuteras i artikel II och IV, och som lett till att kvalitetsregister genomgått en snabb utveckling i både antal och användning. Informationsteknologisk utveckling gav förutsättningar att realisera idéer om öppenhet, insyn samt patienters deltagande i styrningen. På senare år har alltfler initiativ tagits för att öka insyn och göra information tillgänglig inom hälso- och sjukvården. Det har varit metoder som att öppet publicera mätningar om kötider och medicinsk kvalitet och rankingssystem. Dessa bygger på tanken att styra vården genom att synliggöra vårdens kvalitet. På så sätt förväntas patienter göra informerade val och hälso- och sjukvårdens aktörer kan bidra till ständiga förbättringar.

Denna utveckling leder till att transparens genom kvalitetsregistren blir ett styrningsideal och läggs som ytterligare ett institutionellt lager i styrningen av sjukvården (artikel II). Intresset för olika former av kvalitetsredovisning ställer alltså behandlingsresultat och medicinsk praktik i fokus. Istället för att diskutera hur resurseffektiv vården är förs samtalet över mot vad man faktiskt får ut av vården (Läkartidningen, 2014c). Dessa normer förstärks också av ledningsmodeller utvecklade kring "Lean", som syftar till att eliminera faktorer som inte ger något värde för patienten i en vårdprocess (Dahlgaard, m.fl. 2011). Dessa normer förstärks av politiska ambitioner om en effektiv och därmed mer samhällsnyttig vård.

Det är nu det uppstår en skillnad i utvecklingen av kvalitetsmodeller i Danmark och Sverige (artikel I). Skillnaden kan beskrivas som två olika sätt att förena olika kvalitetsuppfattningar mellan den medicinska professionen och det politiskt administrativa systemet. Danmark upprättade till skillnad mot Sverige ett obligatoriskt kvalitetssystem som gäller alla danska sjukhus. Det bröt mot den tidigare utvecklingen med parallella kvalitetssystem grundade i TQM och kvalitetssystem med en grund i EBM. DDKM infördes

2009 på alla danska sjukhus och innehöll en kombination av organisatoriska och patientrelaterade standardiseringar (Triantafillou, 2013). Införandet präglades av långa och konfliktfyllda processer, men som samtidigt visade att tekniska problem och motstånd från den medicinska professionen kunde hanteras ur ett politiskt perspektiv på ett acceptabelt sätt. Förändrade uppfattningar om problem och målsättningar hos de inblandade aktörerna ledde till att reformen kunde genomföras även centralt (artikel I). Även om normskillnader kunde övervinnas var det inget planerat och rationellt lärande, snarare ett oavsiktligt lärande av de erfarenheter som gjorts på lokal nivå i ett tidigare skede.

Utvecklingen i Sverige däremot var fortfarande ad hoc-artad och präglades av icke sammanlänkande system, som beskrivs i artikel I. Men en metod som länkar samman system även i Sverige är "Öppna jämförelser". 2006 publicerades för första gången "Öppna jämförelser" som ett resultat av ett samarbete mellan kvalitetsregisterhållare, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen (SoS & SKL, 2006). Informationen i öppna jämförelser kommer huvudsakligen från kvalitetsregister, men även från datakällor hos Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsen. 2014 års upplaga innehåller 186 indikatorer fördelat på 13 olika medicinska discipliner och 4 olika övergripande områden (SoS & SKL, 2014a; 2014b). Genom registrens användning i öppna jämförelser har sjukvårdens resultat öppnats upp för insyn och politisk diskussion. Den utgör således underlag till politisk debatt med syfte att leda till förbättringar och lärande. Den politiska användningen av kvalitetsregistren i öppna jämförelser skiljer sig därmed ifrån den ursprungliga idén om att använda register för att följa och utvärdera behandlingsinterventioner. Det kan med en institutionell tolkning därför betraktas som en oavsedd konsekvens.

Det intressanta med oavsiktliga konsekvenser är inte bara att de sker utan även vad som händer efter dessa. Öppna jämförelser betraktas som oavsiktliga eftersom jämförelserna innebär ett annat sätt använda kvalitetsregistren som skiljer sig från den ursprungliga idén. Öppna publiceringar förväntas gynna en politisk diskussion om sjukvårdens resultat. Införandet av DDKM kan i Danmark betraktas som ett formativt moment som omformar institutionella arrangemang. I Sverige präglades utvecklingen av ett fortsatt sökande efter samförstånd genom förhandlingar i en spårbunden institutionell ordning av olika parallella kvalitetssystem. I Danmark däremot

bröt det formativa momentet mot den tidigare institutionella ordningen och gick mot ett centraliserat system för att försöka samordna olika kvalitetssystem

Därmed framträder även politiker som en aktör i användningen av kvalitetsregister, vilket återigen skapar nya aktörsförhållanden. Levay & Waks (2009) har tidigare visat att den medicinska professionen upplevt öppenheten och den politiska inblandningen som ett hot. Men att de sedan vänt utvecklingen till sin fördel och dragit nytta av öppenheten, genom att marknadsföra registren och dessas resultat och framgångar, både inom sjukvården och mot allmänheten.

Här framträder dessutom ytterligare ett normativt lager till kvalitetsregistren genom den oavsiktliga konsekvensen i form av öppna jämförelser och idéer om öppenhet och transparens. Det innebär ytterligare ett inkrementellt utvecklingssteg som möjliggör en politisk diskussion om vårdens resultat. Öppna jämförelser illustrerar därmed hur professionernas kunskap genom sina offentligt publicerade resultat bäddas in den offentliga kunskapsstyrningen.

Spårberoendet bibehålls däremot eftersom grundläggande principer om behandlingsutveckling fortfarande finns kvar i kvalitetsregistren (artikel III). Ur ett institutionellt perspektiv kan de öppna publiceringarna tolkas som en självförstärkande kraft genom vilken professionen stärker sin egen legitimering genom att värderas efter sin prestationsförmåga. Det förstärker spårberoendet i kvalitetsregisterutveckling (artikel IV).

Om vi beaktar alternativet att man inom sjukvården inte skulle ta del av tekniska framgångar för att utveckla sina register, så kan det med ett kontrafaktiskt resonemang hävdas, att utan teknik som möjliggörare i det formativa momentet hade sannolikt varken öppna jämförelser i Sverige eller DDKM i Danmark utvecklats. De är resultatet av förhandlingar som på olika sätt strävar efter att hantera tidigare institutionaliserade normkonflikter och skillnader mellan de två kvalitetsspåren, baserade i TQM och EBM. Utan databasanvändning är det inte heller troligt att det funnits en lika snabb utveckling av kvalitetsregister både i antal och i användningen av dessa. Det finns således argument för att institutionaliseringen av idéer om en transparent sjukvård stärks av teknikförändringen.

En offentlig kunskapsstyrning ger sig tillkänna

På senare år träder staten åter fram som en aktör och initiativtagare, liksom före sjukronan, i utvecklingen av styrningen av sjukvården genom att försöka skapa en nationell infrastruktur för kunskapsstyrning (Ds. 2014:9; Förordning 2015:155). På samma sätt som läkaren i klinisk verksamhet ska kunna fatta beslut som är vetenskapligt underbyggda finns här en tanke om att politiska beslut ska fattas av välinformerade politiker. Svaret på kritiken mot NPM med ett ensidigt fokus på ekonomi har landat i en ny rationalitet om kunskapsstyrning och en värdebaserad vård (Läkartidningen, 2015; Porter & Teisberg, 2006). Perspektivet grundar sig i en idé om kvalitetssystem som belönar förbättringar och sätter patientens vårdbehov i centrum genom lärande, mätningar och analyser av medicinska resultat samt patienternas upplevelser av vården. Fokus har skiftat från effektivitet som dominerat NPM-diskursen till värdeskapande processer (BCG, 2009). Det politiska samtalet förs över mot vad man faktiskt får ut av vården istället för att diskutera hur resurseffektiv vården är i ekonomiska termer. Grunden till detta tankesätt hittas i vårdens praktik och evidensbaserad medicin. Politiken har därmed börjat ta över det *medicinska* språket och tankesättet på liknande sätt som det ekonomiska språkbruket under influenserna från NPM. En företeelse, som jag menar, kan samlas under beteckningen *offentlig kunskapsstyrning* eller på engelska *Public Knowledge Management* (PKM) (artikel IV).

Begreppet fångar att det finns en skillnad på kunskapsstyrning i det offentlig och i det privata näringslivet som diskuteras i artikel IV och V. Det innebär att kunskapsstyrning i offentlig sektor inte bara handlar om interna processer utan i stor utsträckning handlar om att göra information om kvalitet tillgänglig *utanför* organisationen (artikel IV). Detta kontrasterar mot den ursprungliga synen på kunskapsstyrning som syftar på hur privata företag förvaltar och hanterar organisationens eller företagets kunskap utifrån strategier, processer och mätningar (McInerney, 2007; Rollett, 2003; Liebowitz, 1999). Inom företag har kunskapsstyrning utvecklats från att ha handlat om exempelvis lärlingsutbildningar och mentorsprogram till introducerandet av nya teknologier som kunskapsbaser, expertsystem och intranät (Jonsson, 2012). Sammanfattningsvis rör det sig om olika system för att skapa, inhämta, lagra och sprida information *inom* affärsrörelsen.

Begreppet PKM tar inte bara fasta på att det är kunskapsbaserade system som är grunden i styrningen utan inkluderar även politiska beslut på policynivå. Det kan tolkas som ett slags instrumentalisering av kunskap på policynivå och målet blir att stimulera till bästa möjliga kvalitet för tillgängliga resurser. Det bygger på tanken att styra genom att *synliggöra* vårdens resultat genom kvalitetsindikatorer. På så vis skiljer det sig från NPM som utgår från ett tydligare ekonomiskt perspektiv och även PPA som har ett produktionsplaneringsperspektiv. Kunskapsbasen i styrningen blir således alltmer deltagarorienterad och bygger på både patientens och professionens kunskap.

Avslutningsvis kan det tilläggas att öppna jämförelser under 2016 kommer att få en efterföljare genom projektet ”Vården i siffror” som vänder sig till ledningarna i landsting och regioner (SKL, 2015b). Med hjälp av kvalitetsregister och IT-lösningar är tanken att kunna redovisa resultat snabbare än vad som är möjligt med dagens öppna jämförelser, vilka bara uppdateras årligen. En utveckling som förstärker spårberoendet mot en offentlig kunskapsstyrning av vården. De institutionella konsekvenserna av öppna jämförelser har emellertid fått en större påverkan än bara på hälso- och sjukvården.

Öppna jämförelser som metod har även spridit sig till andra fält och används för mätningar och jämförelser inom grund- och gymnasieskola, socialtjänst, företagsklimat, samhällsplanering och säkerhet (SKL, 2015a). I ett framåtblickande perspektiv gör det att utvecklingen av offentlig kunskapsstyrning och dess eventuella konsekvenser inte är en avgränsad fråga för sjukvården utan är relevant för hela den offentliga styrningen. Därmed blir det också en central fråga för förvaltningsforskningen.

Avhandlingens övergripande slutsatser

Utvecklingen av kvalitetsregister har i föregående kapitel, liksom i artiklarna, beskrivits som en institutionell utveckling i flera faser. Men utvecklingen har långt ifrån följt en rak linje som den schematiska fasindelade beskrivningen kan ge intryck av. Det har inte heller varit en problemfri utveckling. Kvalitetsregister som sådana och som styrmedel har blivit kritiserade och ifrågasatta (se bl. a. Jacobsson Ekman 2015; Vårdanalys, 2014a; 2014b; 2013). Fredriksson m.fl. (2014) har t.ex. visat att kvalitetsregistren idag behöver ytterligare regionalt politiskt och administrativt stöd för att på allvar kunna vara en tillgång i kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Historiskt sett har användningen av registren förändrats genom åren, men trots det visar analysen att de har behållit en grundläggande stabilitet i sin grundläggande idé att verka för förbättrade behandlingsmetoder. Kvalitetsregistrens institutionella utveckling är i hög grad präglade av den medicinska professionens biomedicinska utbildning, syn på forskning och in-vanda mönster. Allt fler som arbetar inom vården använder kvalitetsregister i sitt dagliga arbete vilket innebär att vårdarbetet till del styrs av kvalitetsregistrens funktion och innehåll. De blir således en institution som utifrån politiska och administrativa mål bidrar till att styra läkarnas och andra vårdprofessioners agerande. Dessa övergripande slutsatser sammanfattas här nu och därefter diskuteras frågor som väcks ur dessa analyser och öppnar för fortsatt forskning.

Det första syftet med analysen var att beskriva och analysera kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården ur ett historiskt-institutionellt perspektiv med fokus på hur spårberoende och inkrementell förändring kan ske.

Det framträder tydligt hur kvalitetsregister genom påverkan av styrningsidéer i de tre identifierade faserna utvecklats. Initialt fungerade de som ett instrument huvudsakligen utarbetat för den medicinska professionen, men idag är de en integrerad del av kunskapsstyrningen i hälso- och sjukvården. Denna slutsats om den övergripande processen är det sammantagna intrycket av de analyser som presenterats i de olika delstudierna.

Analysen visar att kvalitetsregistren även i stor utsträckning präglas av styrningsidéer, vilka grundas i sammanvägningar av den medicinska profess-

ionens kunskapssyn och politisk-administrativa mål. Det ligger i linje med Shpaizmans (2014) slutsatser att idéer har betydelse för policyutformning och att såväl lösning som problem påverkas av policyidéer. Nya aktörer, som tjänstemän och politiker, har trätt in i utvecklingen och maktbalanser har därmed ändrats som en följd av skiktning där nya regler lagts på redan befintliga regler och bildar ett spårberoende mönster, vilket liknar slutsatserna om kvalitetsstyrning i Nederländerna (Bovenkamp m.fl., 2014).

Avhandlingens andra delsyfte var att analysera maktrelationen mellan medicinsk profession och politisk styrning för att skapa förståelse för hur det påverkat utvecklingen av kvalitetssystem. Analyserna visar att relationen mellan det politisk-administrativa systemet och den medicinska professionen tagit sig olika uttryck i de olika faserna. De tre faser som framträtt i analyserna (artikel II, III och IV) visar att de två aktörsgrupperna på olika sätt dominerat och styrt utvecklingen av det institutionella arrangemanget. Det har i det svenska fallet, till skillnad från det danska (artikel I), varit en tydlig underifrånprocess utan egentlig statlig styrning. Att underifrånprocesser har betydelse för implementering av övergripande styrningsidéer, visar även Indset och Stokkes (2009) empiriska analyser av implementeringen av EU:s vattendirektiv i Norge. I linje med deras studie dras även här slutsatsen att när aktörer utnyttjar tillfällen att ifrågasätta tidigare institutioner så skapas möjligheter till revideringar av dessa. På så sätt läggs nya regler ovanpå lokala och regionala befintliga system genom skiktning.

Kvalitetsregistren har utvecklats i samspel med den kontinuerliga reformeringen av hälso- och sjukvården. Sedan efterkrigstiden har politisk styrning gjort allt mer intrång i den medicinska sfären. Kvalitetsregister uppstod på 1970-talet i en miljö präglad av planering som styrande idé genom vilken politiska idéer om jämlikhet och tillgänglighet skulle realiseras.

Styrningen har dock i de senare faserna, drivna av ekonomiseringen på 1990-talet, bidragit till att hålla isär den medicinska professionen och politiken, åtminstone på ett generellt plan. De ekonomiska värdena framträdde under denna period även tydligt genom NPM-idéer. Det fanns också under perioden ett experimenterande med olika typer av kvalitetssystem. Det syftar till att i sammanhang av mål- och resultatstyrning göra kvalitetssystem till ett centralt medel för bättre verkställighet och prestationsförmåga i relation till en föreställning om målrationalitet. Men samtidigt visar den här ana-

lysen att det fanns allianser i mindre grupperingar som t.ex. i samarbetet mellan tjänstemän och profession runt kvalitetsregister.

I kontrast till målrationaliteten på 1990-talet har det under 2000-talet inträtt idéer om en värderationalitet, präglade av ideal om patientens delaktighet och valfrihet. Ett patientprocessororienterat perspektiv började tränga undan fokuseringen på ekonomiska värden, där patientens tillfredsställelse och vilket resultat vården haft för patienten, istället sattes i centrum. Därigenom fördes återigen nya värden in i det institutionella arrangemanget kring kvalitetsregistren. Denna sista fas visar hur kvalitetsregistren återigen kan omformas för att möta och stödja värderingsförändringar i styrningen av hälso- och sjukvården. Således är det inte osannolikt att kvalitetsregistren kommer att fogas in även i kommande värderingsmönster och styrmodeller.

Kvalitetsregistren kan på så sätt betraktas som en politisk institution, vilken omformas när politiska värderingar och normer förändras. Kvalitetsregister blir politiska genom att politiska aktörer medvetet lyfter fram och behandlar registren i politiska forum. De ses som viktiga, inte bara för kliniskt förbättringsarbete utan även för att främja politiska mål som en bättre och mer jämlik vård. En öppen redovisning av vårdens resultat blir en nyckel för att nå alla dessa övergripande mål. De blir också politiska genom att aktörer skapar legitimitet för sitt handlande utifrån kvalitetsregistren och öppna jämförelser. Det medför att kvalitetsregister står för vissa regler och kriterier för vad som är lämpligt att göra eller inte göra, både i det dagliga medicinska arbetet och i det övergripande politiska arbetet.

I analysen framträder legitimitet för sjukvården och professionens verksamhet som den dominerande självförstärkande effekten under de senaste årens utveckling av kvalitetssystem. Men till skillnad från Burau och Fentons studie (2009) står den inte ensam utan kompletteras historiskt av självförstärkande krafter i form professionens maktanspråk och institutionens funktionalitet.

Utifrån analysens andra syfte kan det också konstateras att den medicinska professionen med hjälp av register kartlägger sina egna prestationer och effekter, vilket förs upp på en aggregerad nivå genom öppna jämförelser. Resultat på lägre nivåer kan aggregeras på högre nivåer och ligga till grund för nya beslut om mål och resurser. Genom register kan den medicinska professionen återrapportera prestationer och dess effekter till den politiska ledningen, normalt landstings- och/eller regionledningen. Genom användningen

av kvalitetsregister och öppna jämförelser i politisk styrning så har även den medicinska professionen bäddats in i den politiska sfären och den offentliga kunskapsstyrningen. Det ger den politiska ledningen möjligheter till bättre beslutsunderlag och samtidigt skapas en kontrollfunktion av den medicinska professionen. På samma gång är det professionen som styr över innehållet i registren och därmed vilken information som görs tillgänglig i öppna jämförelser och vården i siffror (jfr. Bovenkamp m.fl., 2014).

Det tredje syftet var att diskutera konsekvenser av denna utveckling för politisk styrning av sjukvården som en del av välfärdens organisering. Slutsatsen att öppna jämförelser är en oavsedd konsekvens av kvalitetsregisterutvecklingen pekar på en trend mot en offentlig kunskapsstyrning. Öppna resultatjämförelser och andra kvalitetsmätningar stödjer idealet om högst möjliga värde för patienten. Det just nu framväxande arbetet med ”Vården i siffror” kan ytterligare komma att bekräfta utvecklingen mot en offentlig kunskapsstyrning.

För välfärdens organisering innebär utvecklingen av öppna kvalitetsredovisningar att möjligheterna för medborgares insyn förbättras. Vad som däremot ställs på prov är politikens förmåga att väga samman fakta med värderingar i politiska beslutsprocesser. Det som kan försvåras och bli problematiskt är frågan om politiskt ansvarutkrävande, om medicinsk expertkunskap i allt högre grad ersätter politiken i den demokratiska styrningen.

Kunskapsstyrningen utmanar således demokratiidealet om en upplyst förståelse. I strävan att styra med kvalitetssystem växer en alternativ rationalitet fram som kontrasterar mot en gängse uppfattning att kollektivets idéer ska vara styrande i ett demokratiskt system. Frågan är om detta ska tolkas som en förvaltningspolitik där professioner bestämmer innehållet istället för den politiska nivån? I så fall kan utvecklingen ses som ett tecken på avpolitisering och en övergång till en teknokratisk styrd hälso- och sjukvård, i vilken den medicinska professionen beslutar vilken kunskap som ska släppas fram och vilken som ska väljas bort i politiska beslutsprocesser.

Den här studien har visat på att kvalitetssystemens utformning påverkas av styrningsidéer och värderingar. Idéerna påverkar därmed även kunskapssynen. Men den medicinska vetenskapen har inte ensamrätt på dessa frågor i en politisk styrd sjukvård. I synnerhet hör normativa frågor till politikens domän.

Denna studie visar på ett behov av att i framtida forskning ytterligare uppmärksamma vad inbäddningen av den medicinska professionens kvalitetsregister och andra kvalitetssystem betyder för den politiska styrningen av vården. Men också hur kvantitativa mått i vården påverkar handlingsutrymmen för olika aktörsgrupper samt hur lärandeprocesser kan vara till en hjälp att förstå institutionell inkrementell förändring.

Framtida forskning

Ur en demokratisk synvinkel kan man ha invändningar mot att den medicinska professionen genom kvalitetssystem bäddas in i den politiska styrningen. Men en intressantare diskussion är snarare hur man kan anpassa den demokratiska strukturen så att relevant kunskap förs fram i beslutsprocesserna. Det finns åtminstone tre intressanta problemområden för vidare forskning som på olika sätt berör denna fråga.

Utifrån det klassiska demokratidealet om att politiska beslut ska vila på en upplyst förståelse är det för det första relevant att fråga sig vad inbäddningen av den medicinska professionens kunskap i kunskapsstyrningen betyder för den politiska styrningen. En empirisk fråga för framtida studier är vem och vilka kunskapsformer som styr vem i kunskapsstyrningen? Det motiveras av att i kunskapsstyrningen ställs den medicinska professionens självständiga ansvar och kollegiala granskning mot demokratins ideal om en öppen och yttre granskning där politiker ställs till svars och kan väljas bort.

En annan implikation av kunskapsstyrningen som lyfts upp i den här analysens slutsatser och i artikel V är hur kvalitetssystem och mätningar med inspiration från privat sektor förs in i offentlig sektor med syfte att bidra till en bättre medborgarservice. Kunskapsstyrning och mätningar av resultat innehåller ofta positiva konnotationer. Vem kan argumentera emot att man ska mäta en myndighets resultat för att i förlängningen skapa trygghet, jämlikhet och tillgänglighet för medborgare?

Mätningar har också sin grund i att ett demokratiskt system måste värderas efter sin prestationsförmåga eller hur väl beslut implementeras samt effekterna av de politiska besluten. Utflödet har således stor betydelse

eftersom det är genom detta som myndigheter måste generera sitt eget stöd och sin legitimitet.

En professionsgrupp vars roller och kunskapsbidrag förändras är tjänstemän på centrala positioner i vårdorganisationerna och som verkställer politiska beslut. Tjänstemän i offentlig förvaltning har en central roll i styrningen eftersom det är de som förstår och kan genomföra specialiserade uppgifter i förvaltningen, vilket därmed blir centralt för politikens utflödeslegitimitet (jfr. Lundquist, 1998; Lipsky, 1980). Här finns det bland annat behov av att studera hur kunskapsstyrning med kvalitets- och kvantitetsmått påverkar handlingsutrymmet mellan lagkrav och medborgarkrav och därmed hur tjänstemannen i sin professionella roll får ett annat handlingsutrymme.

En aspekt som ännu inte gjorts explicit av föreliggande studier är behovet av att utveckla studier av lärandeprocesser i policyutformning. Särskilt inom fält med en snabb medicinsk kunskapsutveckling. Det finns behov av att studera hur beslutsgrupper, kommittéer och nätverk arbetar och bidrar till att ny kunskap och nya arbetssätt formas. Här verkar det finnas ett konsensusskapande som bör belysas och bidra till teoretiska förklaringar som torde visa utifrån ett historiskt institutionellt perspektiv att vi bör frånga det idag vanliga konfliktorienterade synsättet.

Det talar för att vända sig bort från kritiska moment och exogena krafter mot en mikrologik som tar hänsyn till gruppssammanhållning och konfliktytor mellan aktörer i strävan efter att skapa legitimitet. Det handlar snarare om att förstå konsekvenser av aktörers agerande med makt att anskaffa och bevara resurser. Det flyttar således fokus mot drivande aktörer som exploaterar tillfällen av instabilitet. Dessa läroprocesser kan säga något om hur kvalitetssystem formas och varför utfallet blev som det blev.

Oavsiktliga konsekvenser är inte något som bara sker. Det finns en orsak som dessutom har konsekvenser och följder som kan få betydelse för den politiska styrningen och därmed en institutionell påverkan. Därför är det värt att ställa sig frågan hur man kan utveckla konstruktiva inslag i institutionell teori om vad offentliga organisationer kan göra och hur oavsiktliga konsekvenser av lärandeprocesser kan förklara förändring?

Avslutningsvis

Analyserna här har identifierat en utveckling mot en offentlig kunskapsstyrning som får konsekvenser för den politiska styrningen av sjukvården. Genom införandet av kunskapsstyrning i sjukvården har en inbäddning av kvalitetsregister i den politiska styrningen kunnat identifieras, liksom institutionella förändringsmönster i olika faser. Det empiriska bidraget av denna studie synliggör hur skillnader mellan normer uttrycks över tid och identifierar hur oavsiktliga konsekvenser kommer till i en händelseutveckling. Härigenom lyfts normativa dilemman fram som en följd av att använda expertkunskap i den politiska styrningen. Även om denna studie inte normativt tar ställning för eller emot tendenser i utvecklingen så finns det ett värde i att föra vidare en normativ diskussion om hur kunskap bör användas i den politiska styrningen. När kunskapsstyrning tar en allt större plats i styrningen av hälso- och sjukvården är det dags att börja föra en konstruktiv dialog om kunskapsproduktionens och kunskapsstyrningens förutsättningar och påverkan.

Referenser

- 6, P. (2014). "Explaining unintended and unexpected consequences of policy decisions: comparing three British Governments, 1959-74." *Public Administration*, 92(3): 673-691.
- Agarwal, R., Green, R., Agarwal, N., Randhawa, K., (2014). "Benchmarking management practices in Australian public healthcare." *Journal of Health Organization and Management*, 30(1):31-56.
- Agevall, L. (2005). *Välfärdens organisering och demokratin: en analys av New Public Management*. Växjö: Växjö University Press.
- Almqvist, R.M. (2006). *New public management (NPM): om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. (1. uppl.) Malmö: Liber.
- Alvesson, M. (2011). *Intervjuer – genomförande, tolkning och reflexivitet* (1. uppl.) Malmö: Liber.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. (2. [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Andersson O.W. & Björkman, J.W. (1980). "Equity and healthcare. Sweden, Britain and the United States." I Heidenheimer, A.J. & Elvander, N. (red.) (1980). *The shaping of the Swedish health system*. London: Croom Helm.
- BCG (2009). *Value guided healthcare as a platform for industrial development in Sweden – feasibility study*, Boston Consulting Group.
- Bejerot, E. and Hasselbladh, H. (2011). Professional autonomy and pastoral power: The transformation of quality registries in Swedish healthcare. *Public Administration*, 89 (4): 1604-1621.
- Bejerot, E. & Hasselbladh, H. (red.) (2002). *Kvalitet utan gränser: en kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. (1. uppl.) Lund: Academia Adacta.
- Béland, D. and Waddan, A. (2012). *The Politics of Policy Change: Welfare, Medicare, and Social Security Reform in the United States*, Washington, DC: Georgetown University Press.
- Bendz, A. (2004). *I välfärdsstatens hägn: autonomi inom arbetslöshetsförsäkringen*. Diss. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Bennett, A. & Elman, C. (2006). "Complex Causal Relations and case Study Methods: The Example of Path Dependence." *Political Analysis*, 14(3):250-267.
- Berman, S. E. (1996). *Ideas and politics: social democratic parties in interwar Europe*. Diss. Cambridge, Mass.: Harvard.
- Blank, R.H. & Burau, V.D. (2010). *Comparative health policy*. (3rd ed.) Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Blomgren, M. & Sahlin, K. (2007). "Quests for Transparency: Signs of a New Institutional Era in the Health care Field." i Christensen, T. & Lægreid, P. (red.)

- (2007). *Transcending new public management: the transformation of public sector reforms*. Burlington: Ashgate.
- Blomqvist, P. & Rothstein, B. (2000). *Välfärdsstatens nya ansikte: demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Stockholm: Agora.
- Bohlin, I. & Sager, M. (red.) (2011). *Evidensens många ansikten: evidensbaserad praktik i praktiken*. Lund: Arkiv.
- Bunzl, M. (2004). "Counterfactual History: A user's Guide." *The American Historical Review*, 109(3):845-858.
- Burau, V. & Fenton, L. (2009). "How Healthcare States Matter." *Journal of Health Organization and Management*, 23(3)289-303.
- Byrne, D.S. & Ragin, C.C. (red.) (2009). *The Sage handbook of case-based methods*. London: Sage.
- Campbell, J.L. (1998). "Institutional analysis and the role of ideas in political economy." *Theory and Society* 27:377-409.
- Calltorp, J. Maathz, G. & Johansson, A. (2006). *Kunskapsbaserad ledning, styrning och utveckling inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Capoccia, G. & Kelemen R.D. (2007). "The study of critical junctures. Theory, Narrative, and Counterfactuals in Historical Institutionalism." *World Politics*, 56(3):341-369.
- Carder, M. & Klingeberg, B. (1980). "Towards a salaried medical profession." I Heidenheimer, A.J. & Elvander, N. (red.) (1980). *The shaping of the Swedish health system*. London: Croom Helm.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (red.) (2001). *New public management: the transformation of ideas and practice*. Aldershot: Ashgate.
- Czarniawska, B. (2004). *Narratives in social science research*. London: SAGE.
- Dahlgaard, J.J. m.fl. (2011). "Quality and lean health care: A system for assessing and improving the health of healthcare organisations." *Total Quality Management & Business Excellence*, 22(6):673-689.
- Dahlström, C. & Lapuente, V. (2011). "Has NPM a trust problem? a public sector incentive systems in Japan, Korea, Spain and Sweden." i Eymeri-Douzans, J. & Pierre, J. (red.) *Administrative reforms and democratic governance*. (s. 27-40).
- de Zwart, F. (2015). "Unintended but not unanticipated consequences." *Theory & Society*, 44(3):283-297.
- Dimitrakopoulos, D. G. (2001). "Unintended Consequences: institutional Autonomy and Executive Discretion in the European Union." *Journal of Public Policy*, 21(2):107-131.
- Dixon, N. (2013). "Proposed Standards for the Design and Conduct of a National Clinical Audit or Quality Improvement Study." *International Journal for Quality in Health Care*, 25(4):357-365.

- Eckstein, H. (1975). "Case study and theory in political science." i Greenstein F.I. & Polsby N.W. (red.) *Handbook of political science*. Reading Mass: Addison-Wesley.
- Eisenhardt, K. (1989). "Building theories from case study research." *Academy of Management Review*, 14(4):532-550.
- Eldh, A.C., Fredriksson, M., Vengberg, S., Halford, C., Wallin, L., Dahlström, T. och Winblad, U. (2015). "Depicting the interplay between organisational tiers in the use of quality registry to develop quality of care in Sweden." *BMC Health Services Research*, 15:519(2-9).
- Elg, M., Stenberg, J., Kammerlind, P., Tullberg, S., & Olsson, J., (2011). "Swedish healthcare management practices and quality improvement work – development trends." *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2):101-123).
- Elg, M. Kollberg, B., Lindmark, J. & Olsson, J. (2007). "Goal Orientation and Conflicts: Motors of Change in Development Project in Health care Service." *Quality Management in Health Care*, 16(1):84-97.
- Emmerich, N., Swinglehurst, D., Maybin, J., Park, S., & Quilligan S. (2015). "Caring for quality of care: symbolic violence and the bureaucracies of audit." *BMC Medical Ethics*, 16(23):1-12.
- Eriksson, L.T. & Hultman, J. (2014). *Kritiskt tänkande: utan tvivel är man inte riktigt klok*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.
- Esaiasson, P. m.fl. (2012). *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. (2. [rev.] uppl.) Stockholm: Norstedts juridik.
- Fernler, K. (2012). "Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete" i Rognes, J. & Krohwinkel Karlsson (red.) *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar. Report, Leading Health Care* nr. 2 2012.
- Fernler, K. & Helgesson, C-F. (red.) (2006). *Kloka regler? Kunskap i regelsamhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsman, B. (2002). *Vetenskap och moral*. Nora: Nya Doxa.
- Fougere, G. (2001). "Transforming health sectors: new logics of organizing in the New Zealand health system." *Social Science & Medicine*, 52:1233-1242.
- Fredriksson, M., Eldh, A.C., Vengberg, S., Dahlström, T., Halford, C., Wallin, L. och Winblad, U. (2014). "Local politico-administrative perspectives on quality improvement based on national registry data in Sweden: a qualitative study using the consolidating framework for implementation research." *Implementation Science*, 9:189(1-11).
- Fredriksson, M. & Winblad, U. (2008). "Consequences of a decentralized healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden." *Social Science & Medicine*, 67:271-279.

- Freidson, E. (1988[1970]). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Garpenby, P. (1996). *Att värna den svenska sjukvårdens kvalitet: ett historiskt perspektiv [1900–1980]*. Linköping: Univ., Tema Hälsa och samhälle.
- Garpenby, P. (1999). "Resource dependency, doctors and the state: quality control in Sweden." *Social Science and Medicine*, 49:405–424.
- Garpenby, P. & Carlsson P. (1994). "The role of national quality registers in the Swedish health service", *Health Policy*, 29:183–195.
- Garpenby, P. & Carlsson, P. (1999). "Mot bättre vetande – statens roll vid kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården", bilaga 6 i SOU 1999:66. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation. *God vård på lika villkor?: om statens styrning av hälso- och sjukvården. Bil. 2-6, [Underlag till slutbetänkande]*. Stockholm: Fakta info direkt.
- Geels, F.W. (2010). "Ontologies, socio-technical transitions (to sustainability), and the multi-level perspective." *Research Policy*, 39:495–510.
- George, A.L. & Bennett, A. (2005). *Case studies and theory development in the social sciences*. Cambridge, Mass.: MIT.
- Gerring, J. (2012). *Social science methodology: a unified framework*. (2nd ed.) Cambridge: Cambridge University Press.
- Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petteson, B. (2011). *God forskningssed*, Vetenskapsrådets rapportserie 1:2005.
- Hacker, J. (1998). "The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy." *Studies in American political Development*, 12:57–130.
- Hacker, J & Pierson, P. (2002). "Business Power and Social Policy: Employers and the Formation of the American Welfare State", *Politics and Society*, 30(2):277–325.
- Hall, P. (2012). *Managementbyråkrati: organisationspolitisk makt i svensk offentlig förvaltning*. (1. uppl.) Malmö: Liber.
- Hall, P. A. (red.) (1989). *The political power of economic ideas: Keynesianism across nations*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Hall, P.A. (2003). "Aligning Ontology and Methodology in Comparative Research," i Mahoney J. and Rueschemeyer D. (eds.), *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*, Cambridge University Press.
- Hall, P.A. & Taylor, R.C. (1996). "Political Science and the three New Institutionalisms." *Political Studies*. 44:936–57.
- Hansson, S.O. (2014). "Medical ethics and new public management in Sweden." *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 23(3):261–267.
- Harrison, M. & Calltorp, J. (2000). "The reorientation of market-oriented reforms in Swedish healthcare." *Health Policy*, 50(3):219–240.

- Hasselbladh, H., Bejerot, E. & Gustafsson, R.Å. (2008). *Bortom New Public Management: institutionell transformation i svensk sjukvård*. (1. uppl.) Lund: Academia adacta.
- Hasselbladh, H. & Bejerot, E. (2007). "Webs of Knowledge and Circuits of Communication: Constructing Rationalized Agency in Swedish Health Care." *Organization*, 14(2):175-200.
- Heidenheimer, A.J. (1980). "Conflict and compromises between professionals and bureaucratic health interests 1947-72." I Heidenheimer, A.J. & Elvander, N. (red.) 1980). *The shaping of the Swedish health system*. London: Croom Helm.
- Heidenheimer, A.J. & Elvander, N. (red.) (1980). *The shaping of the Swedish health system*. London: Croom Helm.
- Hermerén, G. (1996). *Kunskapens pris: forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap*. (2., rev. uppl.) Stockholm: Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR).
- Hertting, N. & Vedung, E. (2009). *Den utvärderingstäta politiken: styrning och utvärdering i svensk storstadspolitik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Hood, C. (1995). 'The New Public Management in the 1980s: Variations on a Theme', *Accounting, Organizations and Society*, 20(2/3):93–109.
- Hooker, C. (2010). "History and Social Change in Health and Medicine." i Bourgeault, I. L., Dingwall, R. & De Vries, R. G. (red.) (2010). *The SAGE handbook of qualitative methods in health research [Elektronisk resurs]*. London: SAGE.
- Höjer, J.A. (1975). *En läkares väg: från Visby till Vietnam*. Stockholm: Bonnier.
- Immergut, E. M. (1998a). "Historical and Institutional Foundations of the Swedish Health Care System" i *Health care systems in transition*, Powell F.D. & Wessen A.F. (red.), Thousand Oaks: Sage.
- Immergut, E. M. (1998b). "The Theoretical Core of the New Institutionalisms." *Politics & Society*, 26:5-34.
- Immergut, E. M. (1992a). *Health politics: interests and institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Immergut, E.M. (1992b). "The rules of the game: logic of health policy-making in France, Switzerland and Sweden", i Steinmo S., Thelen, K. and Longstreth, F. (red), *Structuring Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*, Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Immergut, E. M. (1990). "Institutions, Veto Points, and policy results. A comparative Analysis of health care." *Journal of Public Policy*, 10(4): 391-416.
- Indset, M. & Stokke, K.B. (2015). "Layering, Administrative Change and National Paths to Europeanization: The Case of the Water Framework Directive." *European Planning Studies*, 23(5):979-998.
- Jacobsson Ekman, G. m.fl., (red.) (2015). *Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

- Jonsson, A. (2012). *Kunskapsöverföring & knowledge management*. (1. uppl.) Malmö: Liber.
- Kingdon, J.W. (2011). *Agendas, alternatives and public policies*. (Updated 2. ed.) Boston: Longman.
- Knight, J. (1992). *Institutions and social conflict*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kristiansen, M.B. (2015). "Management by objectives and results in the Nordic countries: continuity and change, differences and similarities." *Public Performance & Management Review*, 38:542-569.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterViews: learning the craft of qualitative research interviewing*. (2. ed.) Los Angeles: Sage Publications.
- Levy, C. & Waks, C. (2009). "Professions and the Pursuit of Transparency in Healthcare: Two Cases of soft Autonomy." *Organization Studies*. 30(5):509-527.
- Liebowitz, J. (red.) (1999). *Knowledge management handbook*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lundquist, L. (1998). *Demokratins väktare: ämbetsmännen och vårt offentliga etos*. Lund: Studentlitteratur.
- Ludvigsson, J.F., Otterblad-Olausson, P., Pettersson, B.U., & Ekblom A., (2009). "The Swedish personal identity number: possibilities and pitfalls in healthcare and medical research." *European Journal of Epidemiology*, 24(11):659-667.
- Läkartidningen (2015). "Värdebaserad vård – varför så bråttom", 112(5).
- Läkartidningen (2014a). "NPM – en av de viktigaste frågorna." 111(3-4).
- Läkartidningen (2014b). "Värdebaserad vård lika illa som New public management." 111(48).
- Läkartidningen (2014c). "Mät vårdens värde för varje patient." 111(49-50).
- Läkartidningen (2014d). "Kvalitetsregister ger Sverige försprång." 111(49-50).
- Läkartidningen (2013). "Vi måste sluta låtsas att vården är enklare än vad den är." 110(13-14).
- Läkartidningen (1975). "Sjukvård till vilket pris?" 72:567-572.
- Magstadt, T. M. (2013). *Understanding politics: ideas, institutions, and issues*. 10th ed., International ed. [Belmont, Calif.]: Wadsworth Cengage Learning.
- Mahony, J. (2000). "Path Dependence in Historical Sociology." *Theory and Society*, 29(4):507-548.
- Mahoney, J. & Rueschemeyer, D. (2003). "Comparative Historical Analysis: Achievements and Agendas." i Mahoney, J. & Rueschemeyer, D. (red.) (2003). *Comparative historical analysis in the social sciences*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Mahoney, J. & Thelen, K. A. (red.) (2010). *Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

- March, J.G. & Olsen, J.P. (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press.
- March, J.G. & Olsen, J.P. (1996). "Institutional Perspectives on Political Institutions." *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 9(3):247-264.
- May, T. (2011). *Social research: issues, methods and process*. 4. ed. Maidenhead: Open University Press.
- McInerney, C.R. & Day, R.E. (2007). *Rethinking Knowledge Management [electronic resource]: From Knowledge Objects to Knowledge Processes*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Merton, R.K. (1936). "The unanticipated consequences of purposive social action." *American Sociological Review*, 1(6):894-904.
- Molander, P. (red.) (2012). *Kunskapen och makten: en antologi om gränslandet mellan forskning och offentligt beslutsfattande*. Stockholm: Atlantis.
- Newman, J. & Clarke, J. (2009). *Publics, politics and power: remaking the public in public services*. Los Angeles: SAGE.
- Newman, S. & Lawler, J. (2009). "Managing health care under New Public Management: A Sisyphean challenge for nursing." *Journal of Sociology*, 45(4):419-432.
- North, D. C. (2006). *Att förstå ekonomi i förändring*. 1. uppl. Stockholm: SNS förlag.
- Olesén, J.D. (2009). "Policymaking without policy choice: The rise of private health insurance in Denmark." *Journal of public policy*, (29(3):263-285.
- Peters, B.G., (1998) *Comparative Politics: Theory and Methods*. New York: New York University Press.
- Peters, B.G., Pierre, J. & King, D.S. (2005). "The Politics of Path Dependence: Political Conflict in Historical Institutionalism." *The Journal of Politics*, 67(4): 1275-1300.
- Peterson A., Gudbjörnsdóttir, S., Löfgren, U-B., Schiöler, L., Bojestig, M., Thor, J., Andersson Gäre, B. (2015). "Collaboratively Improving Diabetes Care in Sweden using National Quality Register: Success and Challenges – a case study." *Quality Management in Health Care*, 24(4): 212-221.
- Pierson, P. (2000a). "Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics." *The American Political Science Review*, 94(2):251-267.
- Pierson, P. (2000b). "The Limits of Design. Explaining Institutional Origins and Change." *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 13(4): 475-499.
- Pierson, P. (2004). *Politics in Time: History, Institutions and Social Analysis*. Princeton: Princeton University Press.

- Pierson, P. & Skocpol, T. (2002). "Historical Institutionalism in Contemporary Political Science" i Katznelson, I. & Milner, H.V. (red.). *Political science: the state of the discipline*. New York: Norton.
- Polanyi, M. (1983[1966]). *The tacit dimension*. (Repr.) Gloucester, Mass.: Peter Smith.
- Pollitt, C. (2013). "The logics of performance management." *Evaluation*, 19(4):346-363).
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2011). *Public management reform: a comparative analysis: new public management, governance, and the neo-Weberian state*. (3. [completely rewritten] ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Porter, M.E. & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Prior, L. (2010). "Documents in health research." i Bourgeault, I. L., Dingwall, R. & De Vries, R.G. (red.) (2010). *The SAGE handbook of qualitative methods in health research [Elektronisk resurs]*. London: SAGE.
- Prior, L. (2003). *Using documents in social research*. London: Sage Publications.
- Rejler, M. (2007). "Improved Population-based Care: Implementing patient- and Demand-directed Care for Inflammatory Bowel Disease and Evaluating the Redesign with a Population-based registry." *Quality Management in Health Care*, 16(1):38-50.
- Rollett, H. (2003). *Knowledge management: processes and technologies*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Røvik, K.A. (2008). *Managementsamhället: trender och idéer på 2000-talet*. (1. uppl.) Malmö: Liber.
- Santos, M. & Eriksson, H. (2014). "Making Quality Registers Supporting Improvements. A systematic Review of Data Visualization in 5 Quality Registries." *Quality Management in Health Care*, 23(2):119-128.
- Scheuch, E. (1990). "The development of comparative research: Towards casual explanations." i Øyen E. (red.), *Comparative Methodology*. London: Sage.
- Scott, W.R. (2008). *Institutions and organizations: ideas and interests*, (3. ed.) Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Scott, W.R. (red.) (2000). *Institutional change and healthcare organizations: from professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Searle, J. R. (2005). "What is an Institution?" *Journal of Institutional Economics*, 1(1):1-22.
- Shpaizman, I. (2014). "Ideas and institutional conversion through layering: the case of Israeli immigration policy." *Public Administration*, 92(4):1038-1053.
- Sikkink, K. (1991). *Ideas and institutions: developmentalism in Brazil and Argentina*. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.

- Staines, A., m.fl. (2015). "Sustaining Improvement? The 20-year Jönköping Quality Improvement Program Revisited." *Quality Management in Health Care*, 24(1):21-37.
- Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Steinmo, S., Thelen, K.A. & Longstreth, F. (red.) (1992). *Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Streeck, W. & Thelen, K.A. (red.) (2005). *Beyond continuity: institutional change in advanced political economies*. New York: Oxford University Press.
- Sundström, G. (2003). *Stat på villovägar: resultatstyrningens framväxt i ett historisk-institutionellt perspektiv*. Diss. Stockholm: Stockholms Universitet.
- Ternblad, K. (1992). *Planering i norm och handling: studier av en epok av landsplanering*. Diss. Lund: Lunds Universitet.
- Thomas, G. (2011). *How to do your case study: a guide for students and researchers*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Tillin, L. (2015). Explaining Territorial Change in Federal Democracies: A Comparative Historical Institutional Approach." *Political Studies*, 63:626-641.
- Torring, J. (2001). "Path-Dependent Danish Welfare Reforms: The Contribution of the New Institutionalisms to Understanding Evolutionary Change." *Scandinavian Political Studies*, 24(4):277-309.
- Triantafillou, P. (2013). "Against all odds? Understanding the emergence of accreditation of the Danish hospitals." *Social Science & Medicine*, 101:78-85.
- van de Bovenkamp, H.M., de Mul, M., Quartz, J.G.U., Weggelaar-Jansen, A-M. J.W.M., Bal, R. (2014). "Institutional layering in governing healthcare quality." *Public Administration*, 92(1):208-223.
- Vedung, Evert (2010). "Four waves of Evaluation Diffusion." *Evaluation*, 16(3):263-277.
- Weber, M. (1977). *Vetenskap och politik*. Göteborg: Korpen.
- Wilsford, D. (2010). "The logic of Policy Change: Structure and Agency in Political Life." *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(4):663-680.
- Yin, R.K. (2009). *Case study research: design and methods*. (4. ed.) London: SAGE.
- Örnerheim, M. (2013). *Kvalitetsbegreppet i lagstiftningen inom den mänskliga sektorn – en översikt*. Rapport till Innovationsrådet. Linköpings Universitet.
- Øvretveit J., m.fl. (2013). "Continuous Innovation: developing and using a clinical database with new technology for patient-centred care – the case of the Swedish quality register for arthritis." *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2):118-124.

Offentligt tryck

Departementsskrivelser

Ds. 2014:9 *En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

Förordningar

Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Lagar

Lag (SFS 2014:821) *Patientlag.*

Lag (SFS 2010:659) *Patientsäkerhetslag.*

Lag (SFS 2008:962) *Lag om valfrihetssystem.*

Lag (SFS 2008:335) *Patientdatalag.*

Lag (SFS 1982:763) *Hälso- och sjukvårdslag.*

Myndigheten för vårdanalys

Vårdanalys (2015). *Lång väg till patientnytta – en uppföljning av nationella riktlinjers inverkan på vården i ett decentraliserat system.* Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Vårdanalys (2014a). *Registrera mera eller analysera mera?* Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Vårdanalys (2014b). *Nationella kvalitetsregisters täckningsgrad.* Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Vårdanalys (2013). *Satsningen på nationella kvalitetsregister – tidiga iakttagelser av läget i satsningen 2013.* Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.

Propositioner

Proposition nr 125, 17 oktober, år 1969.

Socialstyrelsen

SoS (1993). *Kvalitetssäkring i Hälso- och sjukvård inklusive tandvård (SOSFS 1993:9), Socialstyrelsens föreskrifter.*

SoS (2012). *Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för god vård (2012-2-37).* Stockholm, Socialstyrelsen, 2012.

SoS (2011). Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete – handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting

SoS & SKL (2014a). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet: jämförelser mellan landsting 2014. Del 1 Övergripande indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SoS & SKL (2014b). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet: jämförelser mellan landsting 2014. Del 2 Indikatorer om sjukdomar och behandlingar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SoS & SKL (2013a). Överenskommelse om kunskapsstyrning och vissa utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården 2014, Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting.

SoS & SKL (2013b). Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess 2014-2015, Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting

SoS & SKL (2009). *Mot en effektivare kunskapsstyrning (2009-10-124)*. Stockholm, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

SoS & SKL (2006). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet: jämförelser mellan landsting 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut

Spri (1990). *Kvalitetssäkring i svensk sjukvård: förslag till nationell strategi*. Stockholm: Spri.

Spri (1987). *Kvalitetssäkring: att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet*. Stockholm: Spri.

Spri (1980). *Värdering av medicinska metoder: Spri-symposium 24 september 1980 i Stockholm*, Stockholm: Spri.

Spri (1978). *Produktionskontroll i sjukvården: symposium i Malmö 1 november 1977*, Stockholm: Spri

Spri (1971). *Riktlinjer för hälso- och sjukvårdsplanering: [Guidelines for public health planning]: rapport från arbetsgrupp inom Spri projekt 3006*, Stockholm: Spri

Statens Offentliga Utredningar

SOU 1946:20. *Betänkande angående den centrala organisationen av det civila medicinal- och veterinärväsende*, Medicinalstyrelsen: Stockholm.

SOU 1948:14. *Den öppna läkarvården i riket*, Medicinalstyrelsen: Stockholm.

SOU 1958:15. *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena*, Inrikesdepartement: Stockholm.

SOU 1963:21. *Sjukhus och öppenvård*, Inrikesdepartement: Stockholm

Referenser och bilagor

- SOU 1965:49. *Hälso- och socialvårdens centrala administration*, Socialdepartementet: Stockholm.
- SOU 1967:63. *Förmåner och avgifter i slutna sjukvård m.m.*, Socialdepartementet: Stockholm.
- SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, Finansdepartementet: Stockholm.
- SOU 2011:65. *Statens roll i framtidens vård och omsorgssystem*, Socialdepartementet: Stockholm.
- SOU 2012:33. *Gör det enklare!* Socialdepartementet: Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting

- SKL (2010). *Guldgruvan i hälso- och sjukvården: förslag till gemensam satsning 2011-2015*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- SKL (2015a). "Öppna jämförelser".
<http://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajakforelser.275.html>. [hämtad 20151126].
- SKL (2015b). "Om Vården i Siffror".
<http://www.kvalitetsregister.se/forbattravarden/hittaresultatdata/omvardenisiffror.1312.html>. [hämtad 20151126].

Övrigt

- Region Skåne (2012). *Kvalitetsregister i Region Skåne*, Skånsk Kvalitetskraft och Samrådsgrupp-KVB, Avdelningen för Kunskapsstyrning och FoU, Utvecklingscentrum.
- Statskontoret (2014). *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Utvärdering av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Slutrapport 2014:8* Stockholm: Statskontoret.

Bilagor

Bilaga A: Intervjupersoner i artikel II, III och IV – funktion och tillhörighet

Intervju	Funktion	Tillhörighet	Datum
Intervju A	Omvärldsanalytiker och verksamhetsutvecklare	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)	2011-11-09
Intervju B	F.d. Koordinator för Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)	2011-11-09
Intervju C	Koordinator för Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister	Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)	2011-03-16
Intervju D	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Landstinget Sörmland (DLL)	2011-03-08
Intervju E	Utvecklingsdirektör	Landstinget i Östergötland (LiÖ)	2011-03-04
Intervju F	Forskning och utvecklingskoordinator	Landstinget i Östergötland (LiÖ)	2011-03-03
Intervju G	Verksamhetsutvecklare	Landstinget i Östergötland (LiÖ)	2011-02-23

Bilaga B: Övriga dokument

Direktiv

Dir. 2007:91. *Nya former till stöd för kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten.*

Dir. 2010:75. *Kommittédirektiv – en ny organisation för polisen?*

Dir. 2012:13. *Kommittédirektiv – tilläggsdirektiv till Polisorganisationskommittén (Ju 2010:09).*

Föreskrifter

SOSFS 2011:9. *Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt ledningsarbete.*

SOSFS 1993:9 (M och S). *Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård.*

Förordningar

SFS 2010:1385. *Förordning med instruktion för Myndigheten för Vårdanalys.*

SFS 2011:555. *Förordning med instruktion för Statens Skolverk.*

SFS 2011:556. *Förordning med instruktion för Statens Skolinspektion.*

Lagar

Apoteksdatalag (2009:367).

Fängelselag (2010:610).

Häkteslag (2010:611).

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).

Högskolelag (1992:1 434).

Kommunallag (1991:900).

Lag (1997:736) om färdtjänst.

Lag (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler.

Lag (2007:1 091) om offentlig upphandling.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Lag (2000:662) om Vetenskapsrådet.

Lag (2009:128) om Yrkeshögskolan.

Läkemedelslag (1992:859).

Patientdatalag (2008:355).

Polislag (1984:387).

Skollag (2010:800).

Smittskyddslag (2004:168).

Socialtjänstlag (2001:453).

Tandvårdslag (1985:125).

Propositioner

Proposition 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Referenser och bilagor

Proposition 1983/84:111 *med förslag till polislag m. m.*
Proposition 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*
Proposition 1990/91:117 *om en ny kommunallag.*
Proposition 1991/92:107 *om ny läkemedelslag m.m.*
Proposition 1992/93:159 *om stöd och service till vissa funktionshindrade.*
Proposition 1995/96:176 *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*
Proposition 1996/97:115 *Med tillgänglig kollektivtrafik.*
Proposition 1999/2000:81 *Forskning för framtiden – en ny organisation för forskningsfinansiering.*
Proposition 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*
Proposition 2003/04:30 *Ny smittskyddslag m.m.*
Proposition 2005/06:123 *En modernare kriminalvårdslag.*
Proposition 2007/08:50 *Nya skolmyndigheter.*
Proposition 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*
Proposition 2008/09:68 *Yrkeshögskolan.*
Proposition 2009/10:135 *En ny fängelse och häkteslagstiftning.*
Proposition 2009/10:149 *En akademi i tiden – ökad frihet för universitet och högskolor.*
Proposition 2009/10:165 *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet.*

Statens offentliga utredningar

SOU 2006:17. *Ny häkteslag.*
SOU 2006:82. *Patientdatalag.*
SOU 2007:98. *Karriär för livet.*
SOU 2008:18. *Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukaren.*
SOU 2008:28. *Apoteksdatalagen.*
SOU 2008:29. *Yrkeshögskolan – För yrkeskunnande i förändring.*
SOU 2012:13. *En sammanhållen polisorganisation.*

Utskottsbetänkanden

Justitieutskottets betänkande, 2009/10:JuU21, *En ny fängelse och häkteslagstiftning.*

Övrigt

Riksrevisionen (2010). *Polisens brottsförebyggande arbete – har ambitionerna uppnåtts?* RiR 2010:23.
Skolverket (2004). *Redovisning av uppdrag om nationella kvalitetsindikatorer. Redovisning av regeringsuppdrag (U2003/2060/S).*
Socialstyrelsen (2007). *Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten.* Stockholm: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting.

Artikel I-V

Papers

The articles associated with this thesis have been removed for copyright reasons. For more details about these see:

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-130924>