

Att leva som man lär?

Om statlig styrning av prioriteringar i hälso- och sjukvård

Emilia Eldh

Statsvetenskapliga institutionen
Examensarbete 30 hp
Masterprogrammet i statsvetenskap med
inriktning mot offentlig politik och organisation (120 hp)
Vårterminen 2019
Antal ord: 19926
Handledare: Marta Reuter



Stockholms
universitet

Ett varmt tack till de som bidragit i arbetet med denna uppsats. Ett särskilt tack riktas till handledare Marta Reuter för viktig vägledning och uppmuntrande ord under arbetets gång. Ett särskilt tack riktas till Kajsa Hanspers för stort engagemang och värdefulla inspel.

Att leva som man lär?

Om statlig styrning av prioriteringar i hälso- och sjukvård

Sammanfattning

Sedan 1997 ska prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård vägledas av riksdagens etiska plattform. Det innebär att beslutsfattare på lokal, regional och nationell nivå ska ta hänsyn till den vid prioriteringar i vården. Statlig nivå bör således beakta och ta hänsyn till plattformen vid politiska beslut som kan påverka arbetet med prioriteringar. Ett annat exempel på nationell styrning som berör hälso- och sjukvård är tillfälliga satsningar. De används med syfte att belysa prioriterade områden och till att förverkliga regeringens politik. Om regeringen inte tar hänsyn till plattformen i designen av satsningar är det tänkbart att det kan leda till prioriteringar som står i konflikt med varandra. Det riskerar att i längden leda till konflikterande styrsignaler för mottagaren och att styrningen på området blir fragmenterad. Syftet med studien är därför att undersöka hur sammanhållen den statliga styrningen av hälso- och sjukvården är med särskilt fokus på prioriteringar.

Genom att undersöka hur temporära insatser förhåller sig till den etiska plattformen kan förståelse skapas för hur olika typer av styrmedel samspelar. Det görs genom en analys i två steg – en inledande fas och en innehållsmässig analys. Ett analytiskt ramverk med utgångspunkt i policykoherensteori tillämpas samt kompletteras med teori som bedöms kunna bidra med förståelse för relationen mellan olika typer av styrmedel. Resultatet visar att kopplingen mellan plattform och nationella insatser är bristande. De senare går ofta i en annan riktning än vad plattformen föreskriver och saknar den öppenhet och transparens som riksdagen beslutat att prioriteringar ska präglas av. Det finns stöd i empirin för att tid spelar roll och att politik, styrmedlens karaktär och processer av institutionellt minne eller glömska kan ha inverkan på samspelet. Slutsatsen är att dessa aspekter bör inkluderas i en modell vars syfte är att undersöka samspelet mellan permanent och temporär styrning. Mer studier i ämnet är önskvärt.

Nyckelord

Prioriteringar, etisk plattform, styrmedel, styrning, policykoherens, hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

1.	Inledning	1
1.1.	Problembeskrivning.....	2
1.2.	Syfte och frågeställningar	3
1.3.	Avgränsningar	4
1.4.	Disposition	4
2.	Bakgrund	5
2.1.	Begreppet prioritera.....	5
2.2.	Riksdagens riktlinjer och etiska plattform för prioriteringar	5
2.3.	Nationella insatser i hälso- och sjukvården	7
3.	Tidigare forskning.....	8
3.1.	Aktörers syn på prioriteringar	8
3.2.	Samspel mellan styrmedel	9
4.	Teoretiska utgångspunkter.....	9
4.1.	Policykoherens – samspel mellan styrmedel	10
4.2.	Statlig styrning som hård eller mjuk	12
4.3.	Politiker konstruerar sociala målgrupper som mottagare av policys	13
4.4.	Politiker påverkas av kontext, stigbundenhet och institutionellt minne	14
5.	Studiens genomförande	15
5.1.	Val av nationella insatser	15
5.2.	Studiens material och insamlingsmetod	17
5.3.	En kvalitativ och abduktiv fallstudie av explorativ karaktär	18
5.4.	Dokumentstudier med riktad innehållsanalys	18
5.5.	Ett analytiskt ramverk i två steg.....	19
5.5.1.	Steg (1) inledande fas och steg (2) innehållsmässig analys.....	19
5.5.1.1.	Hur bedöms samstämmighet?	20
6.	Resultat och analys.....	24
6.1.	Kronikersatsningen 2014–2017	24
6.2.	Satsningen på kvinnors hälsa 2015–2022	28
6.3.	Satsningar på psykisk ohälsa 2001–2020	33
6.4.	Kömiljarden 2009–2014	45
7.	Diskussion och slutsatser	48
7.1.	Sammanfattning av studiens syfte	48
7.2.	Hur förhåller sig temporära satsningar till riksdagens etiska plattform för prioriteringar?	48
	Källförteckning	54
	Bilagor	60

1. Inledning

I Sverige är det kommuner och regioners ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvård som en del av det lokala och regionala självstyret. Hälso- och sjukvården styrs och påverkas dock av beslut som fattas lokalt inom verksamheten av till exempel verksamhetschefer och ledning, regionalt inom regionen av politiker och nationellt av myndigheter, riksdag och regering. Uppdelningen mellan olika beslutsnivåer och aktörer lyfts ofta fram som ett särdrag för svensk hälso- och sjukvård och regionerna har i internationell jämförelse en mycket hög grad av självbestämmande på området (Blomqvist 2007a). Samtidigt är det ett politikområde som har varit föremål för flera nationella insatser och reformer de senaste årtionden såsom införande av prestationsersättningsmodeller, vårdgarantier och vårdval, för att nämna några samtida statliga ingripanden. Antalet statliga offentliga utredningar på senare år är också att betrakta som ett tecken på ett politikområde under omvandling (se exempelvis SOU 2016:2; 2017:47; 2018:39). Det är även ett område som betraktas som angeläget för väljare och kan skapa stor frustration om det inte fungerar som medborgarna förväntar sig (Blomqvist 2007a). Hälso- och sjukvård är således både decentraliserat, ett frekvent mål för statlig styrning och ett område som engagerar medborgare i hög grad.

Ett exempel på nationell styrning som berör hälso- och sjukvården är riksdagens riktlinjer och etiska plattform för prioriteringar¹. Plattformens syfte är att fungera som en värdegrund och vara vägledande för vad som ska prioriteras när resurser i vården inte räcker till (Prioriteringscentrum 2007; SOU 2018:80) och delar av den är införlivad i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Sedan plattformens införande år 1997 har en Prioriteringsdelegation tillsatts för att sprida information (se dir. 1997:135), ett antal uppföljningar av regionernas arbete genomförts (se exempelvis Socialdepartementet 2005; Socialstyrelsen 2006; Prioriteringscentrum 2016) samt ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar (Prioriteringscentrum) inrättats för att bistå med kunskap om prioriteringsarbete (Socialstyrelsen 2017). De uppföljningar som genomförts, myndigheters arbete med plattformen och Prioriteringscentrums inrättande kan ses som indikationer på att regioner och kommuner förväntas efterleva plattformen när prioriteringar görs i verksamheterna.

Ett annat exempel på nationell styrning som berör hälso- och sjukvården är politiska satsningar; ett vanligt politiskt styrverktyg som ofta består av riktade statsbidrag knutna till ett specifikt

¹ Hädanefter refererad till som den etiska plattformen eller plattformen.

område eller verksamhet (Riksrevisionen 2016). Det kan till exempel handla om stimulansmedel för att korta köerna för en viss sjukdomsgrupp, verksamhetsbidrag till uppbyggnad av nationella kompetenscentrum eller ersättningsmedel för prestationer inom ett bestämt område. Huvudprincipen är att statliga bidrag ska fördelas generellt och att riktade bidrag ska användas undantagsvis och vara tidsbegränsade (Dahlberg & Rattsö 2010), vilket framgår i bland annat regeringens proposition 1991/92:150 och i riksdagens betänkande 2014/15:UbU14. Hälso- och sjukvården är dock ett område där nationella satsningar görs mycket frekvent (SOU 2007:10; Riksrevisionen 2016; Statskontoret 2019).

1.1. Problembeskrivning

I litteraturen lyfts problematiken kring den offentliga sektorns fragmentering och samhällsfrågors komplexitet (se exempelvis Christensen & Lægreid 2007; Head & Alford 2013; Jacobsson, Pierre & Sundström 2015; Sundström 2016). Hälso- och sjukvård är ett komplext område med flera aktörer involverade i såväl beslutsfattande som utförande (Hallin & Siverbo 2002; Blomqvist 2017b) och en invävd otydlighet kring ansvarsskyldighet (Rosén, de Fine Licht & Ohlsson 2014). Hälso- och sjukvårdens organisering kan förenklat beskrivas som bestående av tre skilda världar drivna av egna logiker och principer. Den professionella världen består av yrkesgrupper på klinisk nivå, den administrativa består av verksamhetschefer och ledning och den politiska består av de politiker som formellt styr hälso- och sjukvården (Östergren & Sahlin-Andersson 1998). Det är inte oväntat att det benämns som ett ”wicked problem” som i grunden präglas av otydlighet, instabilitet och omstriddhet (se exempelvis Vartiainen 2005).

Det är kommuner och regioners uppgift att arbeta med prioriteringar i verksamheterna samtidigt som det är regeringens och de nationella myndigheternas uppgift att *konkretisera och skapa förutsättningar* för huvudmännens tillämpning av plattformen. Det är också regeringens uppgift att åiterrapportera till riksdagen hur arbetet med prioriteringar fortlöper (Riksrevisionen 2004). Statlig nivå bör således beakta och ta hänsyn till plattformen vid politiska beslut som påverkar hälso- och sjukvården. Komplexa samhällsproblem är dock ofta föremål för mångfaldig styrning och det saknas många gånger en helhetssyn och systemförståelse från politiskt håll (Koschinsky & Swanstrom 2001; Helgesson 2011). Svag, eller avsaknad av, koppling mellan olika styrmedel kan resultera i konflikterande signaler för mottagaren, en bristande helhetsstyrning på området (Hallin & Siverbo 2002; Thoresson 2012; Howlett & Rayner 2013) och i längden leda till att den mottagande parten får svårt att översätta styrning i konkret

handling (Cejudo & Michel 2017). Användningen av olika styrmedel inom samma område kan både förstärka varandra, vara motstridiga eller knappast överlappande och i värsta fall vara helt oförenliga och ge inkonsekventa effekter (Simões, Huppés & Seixas 2005; Nissinen et al. 2015). Nationella satsningar är en typ av styrmedel som är tänkt att användas temporärt medan den etiska plattformen är ett permanent riksdagsbeslut som införlivats i hälso- och sjukvårdslagen. Det är därför relevant att undersöka relationen mellan dessa två former av statlig styrning: hur ser förbindelsen ut, finns samstämmighet, går de i olika riktningar eller saknas det helt koppling mellan dem? Om inte regeringen tar hänsyn till plattformen vid politiska beslut som påverkar hälso- och sjukvården är det tänkbart att det kan leda till prioriteringar som står i konflikt med den. Det riskerar att i längden leda till konflikterande styrsignaler för mottagaren och att styrningen på området blir fragmenterad.

Samspelet mellan styrmedel inom ett område, mellan områden eller mellan olika aktörer benämns inom litteraturen som policykoherens och är en viktig faktor för hur sammanhållen och konsekvent den politiska styrningen är (se exempelvis May et al. 2006; OECD 2018). Inom litteraturen saknas dock både en enhällig definitionen av begreppet och ett föredraget tillvägagångssätt att studera det på (Ashoff 2005; Nilsson et al 2012). Cejudo och Michel (2017) presenterar ett ramverk för att analysera komplexa samhällsproblem med utgångspunkt i policykoherens, där fokus är att undersöka samstämmigheten mellan styrmedlens mål, instrument och målgrupp. Ramverket presenteras mer ingående i senare avsnitt. Då det saknas tidigare forskning om koherensen mellan temporär och permanent styrning hoppas denna studie ge ett bidrag till forskningsfältet genom att identifiera faktorer som kan ha betydelse samspelet mellan olika typer av statliga styrmedel.

1.2. Syfte och frågeställningar

Med utgångspunkt i problembeskrivningen är syftet med studien att beskriva och förklara hur nationella insatser förhåller sig till riksdagens etiska plattform. Genom att undersöka hur temporära satsningar förhåller sig till ett permanent styrinstrument för prioriteringar kan förståelse skapas för hur olika typer av styrmedel samspekar. Studiens förhoppning är att bidra med ny kunskap till forskningsfältet och vidareutveckla teori om vilka faktorer som har betydelse för detta samspel.

Studiens syfte preciseras i form av en huvudfrågeställning, med tillhörande underfrågor, som ämnas besvaras inom ramen för studien:

- Hur förhåller sig temporära satsningar till riksdagens etiska plattform för prioriteringar?
 - Refererar satsningen till den etiska plattformen och, om så är fallet, hur knyter de an?
 - Hur samspelar satsningen och plattformen innehållsmässigt i termer av mål, instrument och målgrupp? Finns samstämmighet, eller går de i olika riktningar?
 - Vilka faktorer har betydelse för detta samspel?

För att besvara studiens frågeställningar görs en analys i två steg. I en första inledande fas undersöks hur insatserna förhåller sig till plattformen med huvudsakligt fokus på om de refererar till den och i så fall hur de relaterar till varandra. Det görs i huvudsak för att orientera studien vidare och undersöka hur pass mycket information materialet besitter. Materialinsamlingen visar tidigt att plattformen sällan omnämns och studien går därför vidare i ett andra steg och undersöker hur styrmedlen samspelar i termer av överensstämmelse mellan mål, instrument och målgrupp.

1.3. Avgränsningar

I studien undersöks hur satsningar utformas enligt politiska beslut. Det är dock angeläget att särskilja på samstämmighet i design och samstämmighet i implementering. Det är fullt möjligt att tolkningar eller missförstånd gör att insatser som är koherenta i teorin blir inkonsekventa i praktiken, eller tvärtom. Att implementering inte inkluderas i studien innebär inte att det ses som mindre viktigt för hur sammanhållen styrningen är utan är ett praktiskt val för att avgränsa studien. Det är även möjligt att inkludera ytterligare en dimension i analysen och undersöka hur olika politiska insatser förhåller sig till varandra. Det ryms tyvärr inte inom studiens tidsram.

1.4. Disposition

I kapitel två ges en presentation av den etiska plattformen och nationella insatser. I kapitel tre behandlas tidigare forskning på området. I kapitel fyra behandlas studiens teoretiska utgångspunkter och betydelse för studiens syfte. I kapitel fem behandlas urval av insatser, datainsamling och analysmetod. I kapitlet presenteras även studiens analytiska ramverk. I kapitel sex presenteras studiens empiri och analys. I kapitel sju diskuteras analys och slutsatser i relation till studiens syfte och teoretiska utgångspunkter. I kapitlet ges även förslag på fortsatt forskning i ämnet.

2. Bakgrund

2.1. Begreppet prioritera

Enligt Nationalencyklopedin innebär begreppet prioritera att ”ge företräde åt någon eller något”. Prioriteringsutredningen definierar prioritera som ”att sätta före” och ”att något väljs och att annat väljs bort” (SOU 1995:5, s. 45). Utredningen betonade särskilt att prioriteringar och skälen för dem öppet redovisas och att besluten diskuteras i det offentliga, så kallade öppna prioriteringar. Motsatsen är dolda prioriteringar. Det innebär att prioriteringar genomförs men utan att skälen redovisas öppet eller att det saknas en systematik bakom besluten. Dolda prioriteringar kan vara såväl medvetna som omedvetna (SOU 2001:8). Prioriteringscentrums analys av likartade och vanligt förekommande begrepp kring prioriteringar konstaterar att fördelning, prioritering och ransonering är vitt skilda begrepp. Begreppen är inte definierade i termer av varandra, men det är vanligt med en relation mellan dem på det sätt att en process kring fördelning till exempel kan innefatta såväl ransoneringar som prioriteringar (Liss 2002, s. 27). I vardagligt språkbruk ges begreppet prioritera ofta en vidare innebörd och kan innefatta aspekter av såväl rangordning som avgränsning, fördelning och ransonering av tillgängliga resurser (Riksrevisionen 2004). Till följd av begreppets diffusa definition och breda innebörd används begreppet prioritering i samtliga ovan nämnda betydelser i studien.

2.2. Riksdagens riktlinjer och etiska plattform för prioriteringar

I januari 1992 tillsattes Prioriteringsutredningen med uppdraget att överväga hälso- och sjukvårdens roll i välfärdssamhället och grundläggande etiska principer för vägledning och öppna diskussioner om prioriteringar. Enligt direktiven fanns fyra faktorer som motiverade utredningens tillsättande: (1) den snabba biomedicinska utvecklingen, (2) den demografiska utvecklingen, (3) medborgarnas ökande krav och förväntningar på hälso- och sjukvården och (4) de ekonomiska resurserna (se dir. 1992:8). Utredningen presenterade sitt slutbetänkande *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5) i mars 1995 och två år senare fattades riksdagsbeslutet att införa den etiska plattformen. Prioriteringar i hälso- och sjukvården ska således vägledas av:

- *Människovärdesprincipen* som kortfattat innebär att personliga egenskaper eller bakgrund såsom ”begåvning, social ställning, inkomst, ålder etc. inte får avgöra vem som skall få vård eller kvaliteten på vården.” (Prop. 1996/97:60, s. 9)

- *Behovs- och solidaritetsprincipen* som kortfattat innebär att resurser ska satsas på de områden där behoven är som störst och om prioriteringar måste ske ”ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.” (Prop. 1996/97:60 s. 9)
- *Kostnadseffektivitetsprincipen* som kortfattat innebär att ”hälso- och sjukvården vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader [...] och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet.” (Prop. 1996/97:60 s. 9)

Människovärdesprincipens viktigaste funktion är att visa på vilka grunder prioriteringar inte får göras (SMER 2009). Sjukvårdens begränsade resurser kräver också en grund för att göra prioriteringar, vilket föranleder behovs- och solidaritetsprincipen som innebär att resurser bör satsas på de verksamheter eller patienter där behoven är som störst. Kostnadseffektivitetsprincipens lägre rang innebär att svårare sjukdomar går före lindrigare, även om kostnaden för vård av svårare sjukdomstillstånd är dyrare (ibid). Utöver de etiska principerna innefattar riksdagsbeslutet ett antal riktlinjer för prioriteringar som exemplifieras av fyra breda prioriteringsgrupper med kliniska exempel (Prioriteringscentrum 2007):

- *Prioriteringsgrupp I:* Vård av livshotande akuta sjukdomar, Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död, Vård av svåra kroniska sjukdomar, Palliativ vård och vård i livets slutskede, Vård av människor med nedsatt autonomi.
- *Prioriteringsgrupp II:* Prevention, Habilitering/rehabilitering.
- *Prioriteringsgrupp III:* Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.
- *Prioriteringsgrupp IV:* Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Enligt riksdagsbeslutet ska behoven täckas i högre grad i den högsta gruppen än i den andra, i högre grad i den andra än i den tredje och så vidare i en fallande ordning (Prop. 2009/10:67 s. 24). Två centrala begrepp i sammanhanget är vertikala respektive horisontella prioriteringar. Vertikala prioriteringar handlar om att prioritera mellan enskilda patienter eller grupper av patienter inom ett sjukdoms- eller verksamhetsområde så att de med störst behov ges företräde (SOU 2001:8). Hur resurser fördelas mellan sjukdomsområden, horisontella prioriteringar, avgörs i första hand av politiker (ibid). De etiska principerna och riktlinjerna riktar sig både till beslutsfattare på politisk och administrativ nivå och till de som är kliniskt verksamma i vården

(SMER 2009). Det är regionernas och klinikernas ansvar att ta hänsyn till plattformen i arbetet med prioriteringar medan det är regeringens och de nationella myndigheternas uppgift att konkretisera och skapa förutsättningar för tillämpningen av den (Riksrevisionen 2004). Två av de tre principerna, människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen, är införlivade i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf. Portalparagrafer i lagstiftning utgör de nationella mål som riksdag och regerings fastslagit för området (Statskontoret 2019).

2.3. Nationella insatser i hälso- och sjukvården

Politiker använder olika verktyg för att uppnå politiska mål (Schneider & Ingram 1990) där statens tre grundläggande redskap är regleringar, ekonomiska styrmedel och information (Vedung 2009). Nationella insatser bestående av riktade bidrag faller in under ekonomiska styrmedel och innebär att staten tillför resurser åt den mottagande aktören för att få till stånd ett önskvärt handlande. Statskontoret skriver att ”syftet med statens styrning genom riktade statsbidrag är att stimulera till insatser inom prioriterade områden och till att förverkliga regeringens politik.” (Statskontoret 2019, s. 35). Ansvarskommitténs slutbetänkande (SOU 2007:10) klarlägger att de statliga försöken att styra hälso- och sjukvården har ökat sedan början av 1990-talet. Det handlar främst om tillfälliga bidrag och överenskommelser mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) framför ökad styrning genom tillsyn, lagar och andra författningar.

Överenskommelser fungerar som ett ramverk och kan kombinera flera styrmedel² och är, som de riktade statsbidragen, frivilliga erbjudanden. Det innebär att regioner och kommuner inte behöver ta del av överenskommelsen och dess medel om de inte vill (Riksrevisionen 2016; Riksrevisionen 2017). Trots att det är frivilligt att delta är det dock svårt att tacka nej. Överenskommelserna bygger på starka ekonomiska incitament och det finns ofta ett påtagligt tryck från omgivningen att mottagaren ska delta (Riksrevisionen 2014). Nationella insatser kan även bestå av prestationsersättningar. Det är en typ av incitamentsstyrning där ersättning utbetalas när mottagaren uppnått särskilt fastslagna mål. Till skillnad från de mer löst hållna stimulansbidragen är prestationsersättningar tydligt kopplade till en särskild åtgärd och ersättning uteblir om målet inte uppnås (Riksrevisionen 2016).

² De kan bestå av riktade bidrag eller prestationsersättningar. Gemensamt för alla överenskommelser är att de alltid innehåller syfte, en summa pengar, tidsbegränsningar, bestämda rapporteringsstrukturer och ansvariga aktörer (Riksrevisionen 2014).

3. Tidigare forskning

3.1. Aktörers syn på prioriteringar

Det finns ett antal svenska studier som undersöker hur olika aktörer ser på prioriteringar i hälso- och sjukvården. Werntoft och Edbergs (2009) enkätstudie finner bland annat att prioriteringar skapar osäkerhet bland politiker och att det finns en rädsla att förarga medborgarna. Enkätresultatet visar att såväl politiker som läkare ibland ”sopar problemen under mattan” istället för att ta tag i frågan om öppna prioriteringar. Läkarna uttryckte även ett lågt förtroende för politikernas mod och förmåga att fatta beslut medan politikerna lyfte att det är tuffa frågor som ingen vill ta hand om trots vetskap att det måste göras. Rosén och Karlberg (2002) finner i sin enkätstudie att det råder diskrepans mellan politikernas och läkares syn på vem som bör vara ansvarig för prioriteringar; politiker föredrar att läkarna har ansvaret och vice versa.

Rosén, de Fine Licht och Ohlsson (2014) finner liknande dilemman i sin enkätstudie. Politiker anser sig ha relativt svagt inflytande i hälso- och sjukvården, är ovilliga att göra prioriteringar samt anser att ansvaret bör ligga på den kliniska nivån. Politikerna har även en mer tillåtande inställning gentemot individens rätt till sjukvård, oberoende av behovsgrad eller kostnad. Forskarna konstaterar att det går i linje med den generella opinionen och att politikernas logiska grund ofta baseras på värden där mål som jämlikhet och generell tillgänglighet är särskilt viktiga att upprätthålla. Studiens slutsats är att det finns indikationer på att politiker använder strategier för att undkomma obekvämt beslutsfattande, exempelvis genom att ”passa” ansvaret till den kliniska nivån och framställa sig själva som relativt maktlösa i sammanhanget.

Trots politikernas önskan att förskjuta ansvar för prioriteringar till lägre nivå tenderar dock medborgares missnöje att kanaliseras politiskt. Ett utbrett missnöje skapar ett direkt tryck på politiker att snabbt agera och föreslå reformer och insatser (Blomqvist 2007b). Det ter sig således naturligt för politiker att konkurrera om att utlova ständiga förbättringar eftersom frågan är viktig för väljare. Det är enklare att samla kring tanken om mer vård och bättre tillgång för alla än att samla kring svåra frågor om prioriteringar och begränsningar i systemet. Det är politiskt riskfyllt att både lova mycket vård, med risk för att späda på medborgarens förväntningar i mötet med sjukvården, och att öppna begränsa tillgången till vård, med risk för att framkalla ett generellt missnöje (ibid).

Forskning visar att det råder olika syn på vem som är ansvarig för prioriteringar och på vilken nivå beslut om prioriteringar fattas eller bör fattas. De ovannämnda studiernas material bestod av enkäter riktade till regionala politiker, verksamhetschefer och läkare. I litteraturgenomgången har inga studier som riktar sig till nationella politiker påträffats men utifrån de studier som gjorts är det tänkbart att det även på nationell nivå kan råda skilda uppfattningar om ansvarsfördelningen. Det finns därmed flera intressanta iakttagelser som är relevanta för denna studie. Dels är det intressant i sig att det råder oklarhet mellan aktörerna om vem som är ansvarig eller vem som bör vara ansvarig; det tycks finnas en generell uppfattning av maktlöshet. Att genomföra prioriteringar i hälso- och sjukvården är obekväma frågor att hantera, krävande att stå till svars för och ansvarsförskjutning kan vara en lösning på problemet. I relation till den etiska plattformen är det särskilt intressant. Om ansvar för prioriteringar systematiskt förskjuts, problem sopas under mattan och andra mer okontroversiella värden ges större utrymme är det tänkbart att nationella insatser ges svag – eller ingen – koppling till plattformen som ett sätt för politiker att komma undan obekväma beslut.

3.2. Samspel mellan styrmedel

Det finns ett antal internationella studier som undersöker samspel mellan styrmedel inom ett område, mellan områden eller mellan exempelvis nationell politik och EU-politik. De flesta undersöker koherens inom ett område såsom energi (se exempelvis Kern, Kivimaa & Martiskainen 2017), miljö (se exempelvis Nissinen et al. 2015) eller utveckling (se exempelvis Sianes 2017). Några gemensamma iakttagelser är att det är svårt att erhålla koherenta policys för komplexa samhällsområden, inte minst för att de ofta präglas av olika intressen. Vidare lyfts att det är svårt att studera koherens. Det är många parametrar att ta hänsyn till och det finns varken någon enhällig definition av begreppet eller ett föredraget tillvägagångssätt att studera det på (Ashoff 2005; Nilsson et al 2012). Att det är ett område som är svårt att studera gör det dock inte mindre viktigt att ta sig an, snarare tvärtom (Howlett 2011).

4. Teoretiska utgångspunkter

I avsnittet presenteras de teoretiska utgångspunkter studien bygger vidare på. Teorierna är kompletterande och bildar tillsammans studiens analytiska ramverk som presenteras i avsnitt 5.5. Analysramverket tar avstamp i teori om policykoherens och utvecklas med hjälp av annan teori som bedöms kunna bidra med förståelse för samspelet mellan olika former av statlig

styrning – hur målgrupper konstrueras, betydelsen av styrmedlens hårda eller mjuka karaktär samt vikten av tid.

4.1. Policykoherens – samspel mellan styrmedel

Det saknas en enhetlig definition av begreppet ”policy coherence” i litteraturen. Begreppet har en form av ”gummibandsdefinition” där koherens i vissa fall ges en snävare definition och i andra fall en vidare (se exempelvis May et al. 2005, s. 37; Howlett & Rayner 2013, s. 174). OECD driver ett internationellt arbete för koherens och delar in begreppet i två varianter: en ”mildare” variant av koherens som innebär *avsaknad av inkonsekvenser* mellan policys och en ”hårdare” variant som innebär att det finns en *positiv interaktion* mellan policys (OECD 2001, s. 104; Ashoff 2005, s. 11). Den första varianten benämns ibland som ”policy consistency” och innebär att policys överensstämmer med och tolererar annan existerande styrning, medan den ”hårdare” varianten går längre och innebär att policys förstärker varandra. Att det råder koherens betyder således mer än att policys enbart ”tål varandra” utan innebär att de tillsammans växelverkar på ett sådant vis att hela politikområdet gynnas av dem.

Inom litteraturen görs en uppdelning mellan tre nivåer av koherens; horisontell, vertikal och intern (Nilsson et al. 2015). Horisontell koherens berör interaktionen mellan policyområden, exempelvis mellan import- och exporthandel, medan vertikal koherens berör interaktionen mellan olika aktörers policys, exempelvis mellan statliga och överstatliga aktörer. Intern koherens refererar till samstämmighet mellan policys inom ett givet område. I studien undersöks hur temporära styrmedel förhåller sig till ett permanent styrinstrument för prioriteringar i hälso- och sjukvården vilket innebär att det är intern policykoherens som är av intresse.

Cejudo och Michel (2017) presenterar ett ramverk för att analysera komplexa problem med utgångspunkt i begreppen policykoordination, policykoherens och policyintegration. Författarna menar att de är tre relaterade men essentiellt olika begrepp som ger olika lösningar på komplexa samhällsproblem. Koordinering är den traditionella politiska reaktionen för att hantera komplexitet och innebär att beslutsfattare sätter upp regler, fördelar ansvar och begär att information och kunskap ska utbytas mellan aktörer (Christensen & Læg Reid 2008). För att lösa komplexa problem krävs det dock flera policys och för att de ska lösa problemet effektivt krävs samstämmighet mellan dem (Cejudo & Michel 2017). Om koherens råder betyder det att när en specifik policy angriper ett konkret problem bidrar den samtidigt till att lösa

politikområdets stora problem. Det faktum att politiker utformar policys för att adressera specifika problem utgör dock en direkt nackdel för koherensen. Beslutsfattare kan missa att beakta helheten eller ta förgivet att ett antal policys per automatik är samstämmiga och konsekventa. Policyintegration är att gå steget längre och forskarna menar att det är felaktigt att påstå att det är summan av koordinering och koherens. Policyintegration bör inte ses som ett resultat i sig utan som en process bestående av flera strategiska beslut från design till implementering. Den del av forskarnas ramverk som berör policykoherens presenteras i tabell 1 s. 11. Det första steget i ramverket är att definiera objektet av intresse: intern, vertikal eller horisontell koherens. I nästa steg presenteras de attribut som ska mätas för att komma åt policyns design: målet för policyn, vilka instrument som tillämpas för att nå målet samt den målgrupp policyn riktar sig till. Fyra analysfrågor ställs till det insamlade materialet för att slutligen bedöma graden av koherens enligt ramverkets tre skalnivåer.

Tabell 1. Policykoherens

Objekt	<i>Designen av varje policy inom ett policyområde</i>
Definition	<i>Processen när policyskapare designar ett set av policys på ett sådant sätt att de, om de är rätt implementerade, potentiellt kan nå ett högre mål</i>
Attribut	<i>Policyns mål Policyns instrument Policyns målgrupp</i>
Skala	
Nivå 1:	<i>Policy kan simultant verka utan att komma i varandras väg, men utan att bidra på ett tydligt och differentierat sätt för att lösa samma komplexa problem</i>
Nivå 2:	<i>Policy kompletterar varandra, och kan bidra till att lösa samma komplexa problem</i>
Nivå 3:	<i>Policy kompletterar varandra för att adressera samma komplexa problem, och de är tillräckliga för att göra det fullständigt</i>
Analysfrågor	<i>Överlappar dessa policys varandra? Förstärker dessa policys varandra? Tjänar dessa policys samma övergripande mål? Är dessa tillräckliga för att nå det större målet (policyområdets mål)?</i>

Ramverk hämtat från Cejudo och Michel (2017). Egen översättning.

Det som ska uppnås med en policy uttrycks i dess *mål*. En policy kan även ge uttryck för ett *problem* som behöver lösas för att nå ett särskilt mål (McKillip 1998). Att det råder *samstämmighet mellan mål* innebär att det finns en harmonisering mellan målen (eller

problembeskrivningen) och att de kan kopplas samman till ett gemensamt högre syfte (Fukasaku & Hirata 1995; Forster & Stokke 1999). Det högre syftet kan vara politikområdets övergripande mål eller det komplexa problem som behöver lösas för att nå målet (Cejudo & Michel 2017). Det är dock varken nödvändigt eller önskvärt att alla policys ska följa samma linje men det är negativt för koherensen om policys inte tar hänsyn till det gemensamma högre målet eller problemet för området (Simões, Huppés & Seixas 2005).

Målgruppen är den individ, aktör eller grupp som policyn är tänkt att påverka (Schneider & Ingram 1997). *Samstämmighet mellan målgrupper* innebär att summan av de målgrupper policys riktar sig till utgör områdets totala målgrupp (Cejudo & Michel 2017). Här grundas problematiken i att en policy riktad till en särskild målgrupp lämnar någon annan utanför som eventuellt kan påverkas negativt. Ett annat problem är om flera policys med olika mål riktar sig till samma målgrupp. Det finns risk att mottagaren får svårt att omsätta policys i handling om de adresserar för skilda saker (ibid). Beslutsfattare kan dock vara medvetna om att olika delar i en policy inte är konsekventa – som ett resultat av politiska kompromisser – men välja att överlämna problemet åt de som ska implementera policyn (Baier, March & Saetren 1986). En policys *instrument* utgör de aspekter av policyn som är tänkt att ge upphov till det handlande som är önskvärt för att nå målet (Schneider & Ingram 1997). Till exempel om de består av riktade bidrag till en verksamhet, information eller projektmedel för att skapa samverkansarenor. *Samstämmighet mellan instrument* innebär att beslutsfattaren inte enbart fokuserar på hur det enskilda målet ska nås utan tar hänsyn till hur andra policys är utformade och hur de tillsammans kan nå det övergripande målet (Cejudo & Michel 2017). Med andra ord, policys ger inte motstridiga incitament eller otydliga signaler utan styr tillsammans i en riktning.

4.2. Statlig styrning som hård eller mjuk

Styrning kan vara av olika karaktär och det finns en mängd litteratur som diskuterar olika typer av styrverktyg. I litteraturen benämns styrning ibland som ”hård” eller ”mjuk”. Den hårda styrningen förknippas med ”government” och innefattar lagar och förordningar, resurstilldelning samt tillsyn medan den mjuka styrningen förknippas med ”governance” och innefattar information, projektpolitik, kunskap eller överenskommelser (Feltenius 2010). Hårda och mjuka styrmedel kan användas enskilt eller som komplement till varandra (Vedung 1997; 1998; 2003). Den etiska plattformen är i sammanhanget intressant. Dels är det ett riksdagsbeslut och dels är två av de tre etiska principerna integrerade i hälso- och sjukvårdslagen. Det är en

målinriktad ramlag som innehåller övergripande mål och riktlinjer och bör tekniskt sett falla in under hård styrning. Lagen är dock inte tänkt att detaljstyra utan innebär att sjukvårdshuvudmännen har stor frihet att utgå från lokala behov. Mål som återfinns i portalparagrafer är dock tvingande (Statskontoret 2019), men det finns inga statliga sanktionsmöjligheter om regioner väljer att till exempel frångå de etiska principerna. Huruvida en ramlag som hälso- och sjukvårdslagen ska betecknas som hård eller mjuk styrning är inte självklart i sammanhanget.

Syftet med nationella satsningar är att stimulera till handlande inom prioriterade områden och förknippas med hård styrning. Plattformen, å sin sida, är tänkt att vägleda prioriteringar och faller in under mjuk styrning. Att mjuk styrning kompletteras med hård är dock vanligt (Vedung 2003). Det är tänkbart att nationella insatser bestående av mjuka överenskommelser och hårda bidrag görs som komplement till plattformen för att stimulera till de prioriteringar som föreskrivs. Det är dock även möjligt att insatser görs helt fristående från plattformen. I ett sådant scenario är det tänkbart att mottagarna är mer benägna att svara upp mot de ekonomiska incitament bidragen står för än den mjukare normativa styrning plattformen utgör.

4.3. Politiker konstruerar sociala målgrupper som mottagare av policys

Schneider och Ingram (1993; 1997) menar att politiker nyttjar sociala målgruppskonstruktioner för att tillskriva människor olika identiteter som sedan kopplas samman till en större målgrupp. Målgruppen kan framställas positivt som oskyldiga offer och allmännyttiga individer förtjänta av samhällets insatser, eller i en negativ bemärkelse som tärande och ha sig själva att skylla för sin situation. Politiker tar även hänsyn till målgruppens resurser i termer av antal röster, de ekonomiska tillgångarna samt mobiliseringsförmågan att protestera. Enligt perspektivet gör politikens önskan att bli återvalda att de har benägenhet att fatta beslut som gynnar stora grupper och i synnerhet grupper med mycket makt. För hälso- och sjukvårdens del är det möjligt att politiska insatser i högre grad utformas för att gynna en målgrupp som har såväl ekonomiska resurser som mobiliseringsförmåga: "den friskare befolkningen". Den etiska plattformen är i första hand riktad till de grupper riksdagen har beslutat har det största behovet: kroniskt sjuka, akuta och svåra fall, palliativ vård och vård till personer med nedsatt autonomi. Utifrån teori om målgruppskonstruktioner är det tänkbart att insatser kan ha bristande samspel med plattformen för att "den friskare befolkningen" utgör en större och mer resursstark målgrupp.

4.4. Politiker påverkas av kontext, stignundenhet och institutionellt minne

Det har skett ett skifte i studier av policydesign³ där fältet gått från att studera effekten av enskilda styrmedel till att studera komplexa paket av styrning med ett särskilt intresse för utveckling över tid (Howlett, Mukherjee & Woo 2015). Policys kan inte ses som kontextbefriade produkter utan som beroende av tidigare beslut och logiker, vilket flera tidigare studier har förbiset eller nedtonat betydelsen av (Howlett & Rayner 2013; Howlett & Mukherjee 2017). Den grad av frihet beslutsfattare har att utforma en policy är således bunden i tid och rum. Beslut förankrade i rummet kan drivas av ”mode”, ”trender” och ”imitation”, vilket innebär att den individ som befinner sig i den beslutsfattande situationen ser till sin omgivning när beslut fattas. Beslut förankrade i tiden innebär att individen utgår från upprepat handlande och ser till tidigare interna beslut som fattats i liknande situationer (Andersson, Erlandsson & Sundström 2017). Beslut förankrade i rummet kan således vara ett resultat av kontexten och exempelvis påverkas av påtryck från andra aktörer eller den allmänna utvecklingen i samhället. Att beslut förankras i tid hör samman med spårundenhet. För hälso- och sjukvårdens del kan det vara till fördel för insatsernas samspel med den etiska plattformen likväl till deras nackdel beroende på om, och i så fall hur, politiker valt att involvera plattformen.

Kunskap kan också lagras i en institution och i forskningen talas det om ett ”institutionellt minne”. Det innebär att statsförvaltningen förväntas agera som ett levande lager av kunskap om såväl tidigare policys som kunskap kring vad som har fungerat eller inte och varför (Richards & Smith 2016). Det institutionella minnet kan ta många former, till exempel i personer, dokument, policys och processer (Corbett et al. 2017). Inom organisationsforskningen finns det besläktade begreppet ”organisatorisk glömska” som innebär att kunskap och information går förlorad antingen medvetet eller omedvetet. Glömskan kan vara positiv – att utdaterad kunskap ersätts av ny – eller negativ – att avsaknaden av struktur för kunskapsbevaring gör att organisationen inte minns vad som har fungerat tidigare eller varför (Day 1994; Holan & Philips 2004). Institutionell glömska kan således utgöra en barriär för att dra lärdom av tidigare beslut. Om det förflutna systematiskt förbises är beslutsfattare dömda till att upprepat begå tidigare misstag (Pollitt 2008). Det är tänkbart att samspelet mellan den etiska plattformen och temporära satsningar kan påverkas av tid och processer av institutionellt minne och glömska.

³ Policydesign är ett samlingsbegrepp för studier av policys och kan innefatta studier av såväl design som implementering och uppföljning. Policydesign som forskningsområde har diskuterats och utvecklats de senaste årtionden där allt mer fokus riktats mot att studera effekten av flera styrinstrument framför att studera effekten av enskilda. För diskussion se exempelvis Howlett (2011), Howlett och Lejano (2013) eller Hwang (2014).

5. Studiens genomförande

5.1. Val av nationella insatser

Det finns flera nationella insatser som är relevanta för studien, se figur 1 s. 17. För att avgränsa studiens omfattning görs ett urval av insatser i två steg. Det första steget baseras på tre urvalskriterier:

1. insatsen kan antas direkt påverka prioriteringar i hälso- och sjukvården.
2. insatsen består av ekonomisk styrning och innefattar en stor mängd statligt medel.
3. insatsen har startat efter plattformens införande.

Den etiska plattformen är tänkt att vägleda prioriteringar och det är regeringens uppgift att skapa rätt förutsättningar för huvudmännen. Det föranleder att det är relevant att inkludera insatser som direkt kan tänkas påverka arbetet med prioriteringar i vården. Det andra kriteriet täcker insatser som består av ekonomisk styrning, exempelvis riktade statsbidrag. Mängden statliga medel i en insats är även en indikator på hur viktig satsningen är och gör det svårare för regioner och kommuner att avstå från att ta del av den. Att insatsen införts efter plattformen är för att det bedöms osannolikt att en satsning tar – eller behöver ta – hänsyn till styrmedel som ännu inte finns.

Den första urvalsprocessen resulterar i fem insatser som går vidare till en andra urvalsomgång. Dessa är satsningarna på psykisk hälsa (handlingsplan 1 och 2, psykiatrisatsningen, PRIO psykisk ohälsa och insatser för psykisk hälsa) kronikersatsningen, satsningen på kvinnors hälsa, kömiljarden och satsningarna på sjukskrivning och rehabilitering (sjukskrivningsmiljarden, rehabiliteringsgarantin och en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess). Övriga insatser utgår till följd av deras relativa storlek, att de inte består av ekonomisk styrning, när de införts eller den svagare kopplingen till prioriteringar i vården. Vårdgarantin är likt plattformen ett permanent styrmedel som införlivats i hälso- och sjukvårdslagen. Till följd av dess status som permanent utgår även den.

Det andra steget i urvalsförfarandet baseras på två kriterier:

1. insatser av olika karaktär.
2. insatser vid olika tidpunkter.

Det första urvalskriteriet omfattar insatser av olika karaktär i form av insatsens längd samt vilken typ av statligt bidrag den inrymmer. Kriteriet bidrar till att fånga in en bredd av insatser. Det är tänkbart att insatser av olika längd, om det är en ”punktinsats” eller återkommande, och olika typ av statsbidrag, främst huruvida det är riktade bidrag i form av stimulansmedel eller prestationsersättning, kan ha olika betydelse. Den grad av frihet en beslutsfattare har är beroende av tidigare beslut (Howlett, Mukherjee & Woo 2015) och det är möjligt att en fristående insats kan vara friare i sin utformning än en som återkommer år efter år. Vilken betydelse det har för kopplingen till den etiska plattformen är i urvalsprocessen okänt men det är möjligt att stighundenhet kan vara till plattformens fördel likväl till dess nackdel. Det är därmed relevant att inkludera ett kriterium som bidrar till att fånga in en bredd av insatser. Det andra urvalskriteriet innefattar insatser vid olika tidpunkter. Kriteriet täcker insatser som är nära plattformens införande och insatser som ligger längre ifrån i tiden. Tidsaspekten kan vara relevant för samspelet utifrån teori om kontextberoende, stighundenhet och institutionellt minne (Howlett & Rayner 2013; Howlett & Mukherjee 2017; Corbett et al. 2017).

Den andra urvalsomgången exkluderar satsningarna på sjukskrivning och rehabilitering. De utesluts till förmån för satsningarna på psykisk ohälsa. Det är likartade satsningar som båda pågått under lång tid och innefattat stora mängder statligt medel. Satsningarna på psykisk ohälsa har dock pågått en längre tid och den första handlingsplanen utkom redan år 2001. Insatsen ligger därmed närmare den etiska plattformens införande år 1997 än satsningarna på sjukskrivning och rehabilitering som startades år 2006. Detta innebär att det slutgiltiga valet av insatser att studera är *kronikersatsningen 2014–2017*, *satsningen på kvinnors hälsa 2015–2022*, *satsningarna på psykisk ohälsa 2001–2020* och *kömiljarden 2009–2015*. Insatserna täcker en stor del av de större satsningar som genomförts inom hälso- och sjukvården. Det gör täckningen av fältet mycket god och förstärker studiens generaliserbarhet.

5.3. En kvalitativ och abduktiv fallstudie av explorativ karaktär

Kvalitativ forskning utgår från en önskan att bättre förstå ett problem, en situation eller en kontext. Material samlas in, summeras, organiseras och mönster eftersöks för att tolkas, förklaras och tillskrivas mening utifrån fynd, påståenden och teorier på ett sådant vis att andra kan gynnas av studiens insikter (Leavy 2014). Abduktion innefattar drag av både deduktion och induktion och är fördelaktigt för studier som tar avstamp i ett empiriskt problem (Alvesson & Skoldberg 1994). Fallstudier är lämpligt vid studier av komplexa samhällsfrågor, lämpar sig väl för djupare och intensivare analyser (Simons 2009) och består oftast av en detaljerad undersökning av ett fenomen i dess kontext (Swanborn 2010). I studien är fallet som studeras statlig styrning av hälso- och sjukvård med särskilt fokus på prioriteringar medan den etiska plattformen och de nationella insatserna utgör studiens analysenheter. Fallstudier kan vara av olika karaktär: explorativ, förklarande eller beskrivande (Yin 2007). En explorativ ansats är fördelaktig då det tillåter för en öppen och utforskande process i ett utforskat område. Förhoppningen är att bidra med ny kunskap om hur temporär och permanent styrning samspelar samt vidareutveckla teori om vilka faktorer som har betydelse för detta samspel.

5.4. Dokumentstudier med riktad innehållsanalys

Enligt May (2013) finns fyra faktorer som särskilt bör begrundas vid dokumentstudier: dokumentens autenticitet, trovärdighet, representativitet och mening. Då studien undersöker hur insatser utformas och dokumenten består av offentligt tryck är samtliga kriterier att betrakta som uppfyllda för det fenomen som studeras. Dokument utgör studiens huvudsakliga material men det krävs en metod för att tillgodogöra och tolka innehållet i dem. Inom ramen för dokumentanalys finns den kvalitativa respektive den kvantitativa innehållsanalysen (Bryman 2011). Till skillnad från kvantitativ innehållsanalys, som innefattar att räkna ord och begrepp, strävar den kvalitativa innehållsanalysen efter att beskriva textens innehåll på ett systematiskt sätt (Boréus & Bergström 2012). Hsieh och Shannon (2005) redogör för tre typer av kvalitativa innehållsanalyser: den konventionella, den riktade och den sammanfattande. Den riktade innehållsanalysen fungerar som en metod för att sortera, strukturera och analysera text och tar utgångspunkt i begrepp och teman i teori och tidigare forskning som används för att konstruera ett analytiskt ramverk. Metoden tillåter forskaren att rikta fokus mot förbestämda element samtidigt som ramverket inte behöver vara fast under studiens gång utan dörren lämnas öppen för att det eventuellt kan framträda andra mönster eller teman i empirin. Den riktade innehållsanalysen går således väl i hand med en abduktiv och explorativ ansats.

5.5. Ett analytiskt ramverk i två steg

För att besvara frågan om hur insatser förhåller sig till den etiska plattformen görs en analys i två steg: en inledande fas följt av en innehållsmässig analys (se tabell 3, s. 23). Att det råder samspel definieras som *avsaknad av inkonsekvenser*, det vill säga att insats och plattform inte *motverkar varandra i termer av mål, instrument och målgrupp*. Det kan dock finnas olika grader av samspel där skalan går från inkonsekvens till perfekt koherens. Inkonsekvens utgör den ena ytterligheten och innebär att insatsen motverkar plattformen, medan perfekt koherens innebär att insats och plattform förstärker varandra och tillsammans kan bidra till att lösa hälso- och sjukvårdens problem. Att det råder samspel mellan plattform och insats motsvarar således skalnivå 1 i ramverket men studien lämnar också dörren öppen för att insatser kan vara *mer eller mindre koherenta* i enlighet med ramverkets skalnivåer. De två stegen i ramverket, vilka svårigheter som finns samt hur dessa hanteras presenteras mer ingående i avsnitten nedan.

5.5.1. Steg (1) inledande fas och steg (2) innehållsmässig analys

Det första steget i ramverket utgör studiens inledande fas och bidrar till att orientera studiens riktning vidare. Tanken bakom studiens andra analysmoment är att undersöka hur insats och plattform samspelar i termer av mål, instrument och målgrupp och bygger vidare på Cejudo och Michels (2017) ramverk som presenterats i avsnitt 4.1. Forskarnas ramverk är tänkt som ett verktyg för att bedöma graden av koherens och utgår från ett komplext problem – som även kan vara politikområdets övergripande mål – där den högsta graden av samspel är när styrmedel kompletterar varandra på ett sådant sätt att det övergripande målet, eller problemet, fullständigt uppfylls. För den svenska hälso- och sjukvårdens del kan det tolkas på olika sätt. Dels kan skrivningarna i hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf ses som det övergripande målet och dels kan det problem plattformen adresserar – fördelningen av samhällets begränsade resurser – ses som det komplexa problemet. Då plattformens två första principer återspeglas i portalparagrafen kan det tolkas som att det övergripande målet och det komplexa problemet är kopplat till ett och samma styrmedel – den etiska plattformen. Till följd av detta inkluderas frågor kopplade till såväl hälso- och sjukvårdens övergripande mål som det komplexa problem som behöver lösas.

Studiens utgångspunkt är att politiska insatser bör ta hänsyn till den etiska plattformen och för att styrningen ska vara konsekvent bör de vara samstämmiga – gärna i en så hög grad som möjligt (May et al. 2005). För att klassificera empirin behövs dock en grund för att göra bedömningar. Tidigare forskning har visat att det är svårt att mäta och bedöma graden av

samspel och det finns inget komplett ramverk som passar alla typer av policydesignstudier. Cejudo och Michels ramverk illustrerar vad som kan undersökas för att studera koherens men ger ganska vag vägledning för hur empirin ska tolkas – det vill säga hur vi ska bedöma om styrmedlens mål, instrument och målgrupp är samstämmiga och i vilken grad. Den övergripande idén är att policys ska bedömas gentemot varandra samtidigt som de ska bedömas i relation till det övergripande målet och/eller problemet. Vad i attributen som ska undersökas och vilken bedömning som är viktigast för koherensen – är det policys samstämmighet med varandra, varje enskild policys samstämmighet med det övergripande målet/problemet eller en blandning av dem båda – är dock inte helt tydligt. Hur samstämmighet ska förstås och bedömas behöver klargöras för att öka studiens interna validitet.

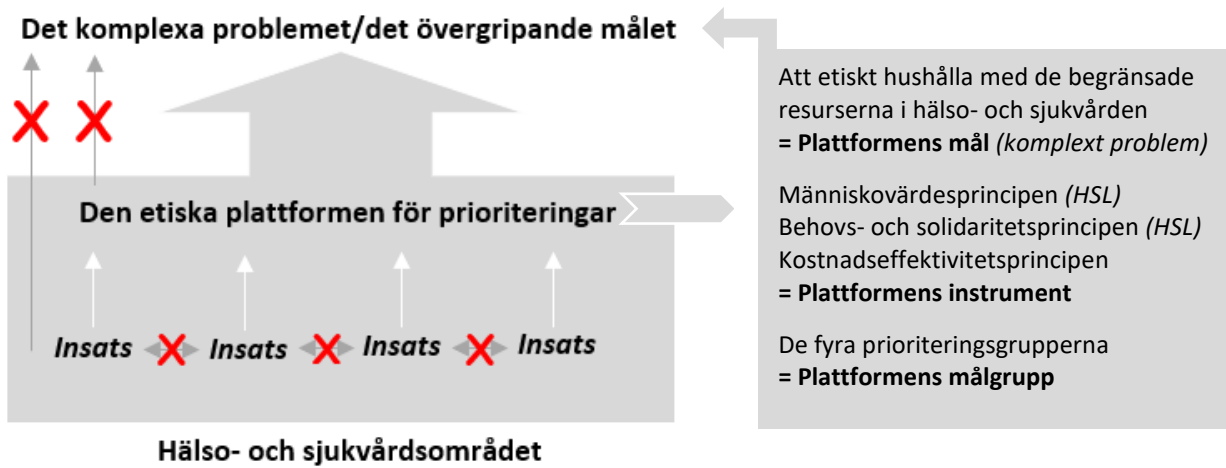
Ett första steg i processen är att komplettera ramverket med underfrågor och fler skalnivåer. Underfrågorna syftar till att tydligare vägleda processen av vad i attributen som ska undersökas och bedömas. Den lägsta nivån för koherens i Cejudo och Michels ramverk (nivå 1) utgår från premissen att två styrmedel simultant kan verka utan att komma i varandras väg. Det kan förstås som en *avsaknad av inkonsekvenser* och utgör studiens primära definition av samspel mellan styrmedel. Det saknas dock en nivå som täcker in om styrmedel är inkonsekventa och går i olika riktningar. Det bedöms därför vara nödvändigt att addera ytterligare nivåer i ramverket. Nivå - 1 täcker in om styrmedlen är motsägelsefulla och tydligt går i olika riktningar, medan nivå 0 täcker in det faktum att det kan saknas tydlig koppling och samspel men att det inte nödvändigtvis behöver betyda att styrningen är inkonsekvent. Det kan exempelvis finnas vissa osäkerheter i materialet som gör att det krävs mer information eller en annan metod för att studera samspelet (Howlett 2011).

5.5.1.1. Hur bedöms samstämmighet?

Studien utgår i första hand från attributen mål, instrument och målgrupp samt de kompletterande underfrågorna för att bedöma koherensen. Här har studien en *särskild fördel*. Det hör samman med den etiska plattformens speciella karaktär som riksdagsbeslut och en integrerad del av hälso- och sjukvårdslagen. Det är rimligt att betrakta den etiska plattformen som överordnad de politiska insatserna. Det för med sig att det blir ”enklare” att bedöma vad som är ”rätt” eller ”fel” när mål, instrument och målgrupp bedöms i relation till plattformen. Den speciella karaktären gör att det sista steget i Cejudo och Michels ramverk, att varje policy ska jämföras med det övergripande målet, inte behöver göras. Det är tillräckligt att undersöka

insats gentemot plattform för att bedöma samstämmigheten mellan styrmedlen och i längden säga något om samstämmigheten för området i stort. I figur 2 nedan visualiseras processen.

Figur 2. Process för bedömning av samspel.



Figuren visar hur varje insats mål, instrument och målgrupp bedöms gentemot den etiska plattformens mål, instrument och målgrupp. Plattformen kan även ses som det övergripande målet (portalparagrafen hälso- och sjukvårdslagen) och det komplexa problem som behöver lösas (fördelning av begränsande resurser). En insats kan även bedömas i relation till en annan insats men avgränsas bort i studien.

Analysramverket kompletteras således med delar ur empirin där plattformens syfte (mål), de prioriteringar som plattformen föreskriver i de etiska principerna (instrument) och de kliniska exemplen med prioriteringsgrupper (målgrupper) utgör de grundläggande attribut som insatser systematiskt bedöms mot. Bedömningen tar även hänsyn till om insatsens mål eller problem motiveras utifrån ett behov av prioriteringar⁵. En problematik som kan uppstå i bedömningen är att vissa delar av en insats överensstämmer mer eller mindre med plattformen eller att det finns vissa osäkerheter i materialet. Om så är fallet redovisas osäkerheterna öppet och tas med i helhetsbedömningen. Resultatet av studiens inledande fas tas också med i bedömningen, det vill säga om insatsen överhuvudtaget refererar till och/eller involverar plattformen. Graden av samspel baseras således på en sammantagen bedömning av samstämmigheten mellan attributen, om insatsen motiveras av ett prioriteringsbehov, vad behovet grundas på samt huruvida insatsen refererar eller knyter an till den etiska plattformen och/eller portalparagrafen. Det graderingsschema som används presenteras i tabell 2 s. 22.

⁵ Prioriteringar kan uttryckas som prioritering, fördelning, ransonering, rangordning eller avgränsning och därmed tas samtliga begrepp med i analysen. Se avsnitt 2.1. för begreppsdiskussion.

Tabell 2. Graderingsschema.

Skala	Insatsens mål...	Insatsens instrument...	Insatsens målgrupp...
<i>Nivå -1 Inkonsekventa</i>	Går tydligt mot plattformens mål och ger motstridiga effekter för politikområdet	Går tydligt mot plattformens etiska principer och ger motstridiga effekter för politikområdet	Går tydligt mot plattformens målgrupp och ger motstridiga effekter för politikområdet
<i>Nivå 0 Risk för inkonsekvenser</i>	Går delvis mot plattformens mål och kan ge motstridiga effekter för politikområdet	Går delvis mot plattformens principer och kan ge motstridiga effekter för politikområdet	Går delvis mot plattformens målgrupp och kan ge motstridiga effekter för politikområdet
<i>Nivå 1 Delvis överlappande (saknar inkonsekvenser)</i>	Går delvis samman med plattformens mål, och kan förstärka plattformen	Går delvis samman med plattformens principer, och kan förstärka plattformen	Går delvis samman med plattformens målgrupp, och kan förstärka plattformen
<i>Nivå 2 Överlappande</i>	Går samman med plattformens mål, och förstärker plattformen (kompletterande styrning)	Går samman med plattformens principer, och förstärker plattformen (kompletterande styrning)	Går samman med plattformens målgrupp, och förstärker plattformen (kompletterande styrning)
<i>Nivå 3 Perfekt koherens</i>	Återger eller återspeglar tydligt plattformens mål, är i fullt samspel med plattformen och kan tillsammans bidra till att lösa områdets komplexa problem	Återger eller återspeglar tydligt plattformens principer, är i fullt samspel med plattformen och kan tillsammans bidra till att lösa områdets komplexa problem	Återger eller återspeglar tydligt plattformens målgrupp, är i fullt samspel med plattformen och kan tillsammans bidra till att lösa områdets komplexa problem
<p><i>Tar insatsen hänsyn till den etiska plattformen och/eller hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf? Motiveras insatsens mål eller problem utifrån ett behov av prioriteringar? Om ja, sammanfaller det med plattformen?</i></p>			

Tabell 3. Analysramverk baserat på de teoretiska utgångspunkterna

Steg 1: Inledande fas	Steg 2: Innehållsmässig analys	Plattformens attribut
<p>1. Refererar insatsen till den etiska plattformen och/eller hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf? - Ja eller nej?</p> <p>2. Om ja, på vilket sätt knyter insatsen an till plattformen och/eller hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf? - Nämns den "i förbifarten"? - Involveras den aktivt i insatsens utformning?</p>	<p>De attribut som undersöks gentemot plattformens attribut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insatsens mål <ul style="list-style-type: none"> – vad är syftet med insatsen? – vilket mål ska insatsen uppnå eller vad är problemet som ska lösas? – vad motiverar insatsen? • Insatsens instrument <ul style="list-style-type: none"> – hur ska insatsen uppnå målet? – vilka verktyg består insatsen av? • Insatsens målgrupp <ul style="list-style-type: none"> – hur konstrueras insatsens målgrupp? till vem/vilka riktar sig insatsen? – vilket behov ligger bakom val av målgrupp, hur har det bedömts och motiverats? <p>Analysfrågor som ställs till materialet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjänar insats och plattform samma syfte? • Överlappar insatsen och plattformen varandra i termer av mål, instrument och målgrupp? • Förstärker insatsen och plattformen varandra för att lösa det komplexa problemet*? • Är insatsen tillräcklig för att nå det större målet (hälso- och sjukvårdens övergripande mål**)? <p>Bedömning av grad av koherens enligt skalnivåerna:</p> <p>Nivå -1: Insats och plattform går i olika riktningar i termer av mål, instrument och målgrupp och kan bedömas som inkonsekventa</p> <p>Nivå 0: Insats och plattform saknar tydlig koppling mellan varandra i termer av mål, instrument och målgrupp och det kan finnas risk för inkonsekvenser</p> <p>Nivå 1: Insats och plattform kan simultant verka utan att komma i varandras väg, men utan att bidra på ett tydligt sätt för att lösa samma komplexa problem (avsaknad av inkonsekvenser)</p> <p>Nivå 2: Insats och plattform kompletterar varandra, och kan bidra till att lösa samma komplexa problem</p> <p>Nivå 3: Insats och plattform kompletterar varandra för att adressera samma komplexa problem, och kan tillsammans bidra till att lösa det fullständigt</p>	<p>Plattformens mål och syfte (komplex problem) Att etiskt hushålla med de begränsade resurserna och redovisa prioriteringarna öppet i hälso- och sjukvården</p> <p>Plattformens instrument</p> <ul style="list-style-type: none"> • Människovärdesprincipen (<i>Mål i HSL</i>) • Behovs- och solidaritetsprincipen (<i>Mål i HSL</i>) • Kostnadseffektivitetsprincipen <p>Plattformens målgrupper</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prioriteringsgrupp I: Vård av livshotande akuta sjukdomar, Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död, Vård av svåra kroniska sjukdomar, Palliativ vård och vård i livets slutskede, Vård av människor med nedsatt autonomi. • Prioriteringsgrupp II: Prevention, Habilitering/rehabilitering. • Prioriteringsgrupp III: Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. • Prioriteringsgrupp IV: Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

* Fördelningen av hälso- och sjukvårdens begränsade resurser. ** Plattformens två första principer som återges i HSL: "Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården." (SFS 2017:30).

6. Resultat och analys

I kapitlet presenteras studiens empiri och en analys av samspelet mellan den etiska plattformen och de nationella insatserna. Resultatet för varje insats summeras under rubrikerna ”Bakgrund och syfte”, ”Mål och motivering”, ”Instrument” och ”Målgrupp” för att under ”Insatsens koppling till den etiska plattformen och bedömning av samspel” sättas i relation till den etiska plattformens mål, instrument och målgrupp. Analysramverkets fyra analysfrågor vägleder processen och samspelet graderas med hjälp av schemat som presenteras på s. 23. Hänsyn tas även till om insatsen motiveras av ett behov av prioriteringar, vad behovet grundas på samt om insatsen överhuvudtaget refererar till och/eller knyter an till plattformen och/eller portalparagrafen. En tabellsammanställning över den etiska plattformen och respektive satsnings mål, instrument och målgrupp finns under bilagor tillsammans med en bild över det bedömda samspelet (figur 3 i bilagor).

6.1. Kronikersatsningen 2014–2017

- **Bakgrund och syfte**

Kronikersatsningen 2014–2017 tar sin början i regeringens nationella strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Syftet med strategin är ”att utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar och därmed skapa förutsättningar för en långsiktigt hållbar, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård i Sverige.” (Regeringen 2014b, s. 4).

- **Mål och motivering**

Målet är att öka patientcentreringen, utveckla den kunskapsbaserade vården och öka fokus på prevention och tidig uppmärksamhet (Regeringen 2014a). Satsningen motiveras av att forskning och erfarenhet visat att kroniska sjukdomar kan förebyggas och behandlas och att bättre vård av kroniskt sjuka är samhällsekonomiskt viktigt: ”personer med kronisk sjukdom lever allt längre vilket ger stora ekonomiska konsekvenser för såväl samhället som den enskilde.” (ibid, s. 4). Det konstateras att vård av kroniker står för en stor del av sjukvårdens kostnader och att de i högre grad är långtidssjukskrivna eller står utanför arbetsmarknaden.

- **Instrument**

För att nå målen ska förebyggande insatser prioriteras, nationella riktlinjers genomslagskraft öka och patienter involveras i högre grad (Regeringen 2014b). Under satsningens samtliga år sluts överenskommelser mellan SKL och regeringen och dessa består i huvudsak av riktade stimulansmedel som fördelas baserat på befolkningsunderlaget i regionen (Överenskommelse

2, s. 13). För att få ta del av medlen ska regionernas arbete ha direkt koppling till de områden överenskommelserna belyser och regionerna får utifrån behov välja vilka de vill satsa på (Överenskommelse 3, s. 13). Dessa områden är 1) spridning och tillämpning av nationella kunskapsstöd, 2) behandlingsrekommendationer inom primärvården, 3) ledarskapets betydelse för uppföljning av resultat, 4) utvecklingen av resultatuppföljning samt 5) patientcentrerade arbetssätt och metoder i primärvården (Överenskommelse 4, s. 13). Regionerna har ett redovisningsansvar över de arbeten som genomförs och ska årligen rapportera till SKL, som i sin tur återrapporterar till Socialdepartementet. Satsningens instrument består således av överenskommelser (mjuk styrning), stimulansmedel (hård styrning) med ett redovisningsansvar (hård styrning), samt kunskapsstyrning där bland annat Socialstyrelsen fått i uppdrag att utveckla nationella riktlinjer (mjuk styrning).

- **Målgrupp – behov, bedömning och motivering**

Den primära målgruppen för satsningen är kroniskt sjuka personer. Från och med 2015 års överenskommelse antas ett jämställdhetsperspektiv (Överenskommelse 2, s. 3). Det går varken i överenskommelserna, handlingsplanen eller den nationella strategin att urskilja någon särskild målgrupp inom gruppen ”kroniskt sjuka” utan satsningen riktas till den breda grupp kroniker regeringen definierar som ”breda folksjukdomar såsom astma, diabetes, högt blodtryck och långvarig smärta till sällsynta sjukdomar eller syndrom som medför omfattande och livslånga funktionsnedsättningar” (Regeringen 2014a, s. 5). I den nationella strategin framgår att regeringen avser sjukdomar ”som en person har under sin livstid eller under mycket lång tid. De vanligaste förekommande kroniska sjukdomarna tillhör grupperna hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, cancersjukdomar, lungsjukdomar såsom astma, allergi och KOL, psykiska sjukdomar inklusive beroendesjukdomar, neurologiska sjukdomar, muskel- och ledsjukdomar samt långvariga smärttillstånd” (Regeringen 2014b, s. 4). Uppskattningsvis närmare hälften av Sveriges befolkning har minst en kronisk sjukdom (Vårdanalys 2018). Motivet bakom valet av målgrupp är att förbättra vården för kroniker och grundas i ett antal myndighetsrapporter och internationell statistik. Bättre vård lyfts fram som viktigt för patienter samtidigt som det förekommer upprepade hänvisningar till den samhällsekonomiska nyttan.

- **Insatsens koppling till den etiska plattformen och bedömning av samspel**

Den etiska plattformen berörs inte direkt i några av dokumenten. Det framgår aldrig heller ett explicit behov av att prioritera kroniskt sjuka personer i hälso- och sjukvården. När behovet att prioritera omskrivs görs det i relation till vikten av en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård och behovet att prioritera förebyggande insatser för att nå en sådan utveckling (Regeringens

2014b, s. 4). I överenskommelserna berörs portalparagrafen i viss mån genom hänvisning till människovärdesprincipen, exempelvis att ”hälso- och sjukvården ska vara jämlik och ges på lika villkor” (Överenskommelse 2, s. 3). Det förekommer dock inga kopplingar till portalparagrafens senare del: att den med störst behov ska ges företräde till vård.

Kronikersatsningen har bland annat syftet att förbättra förutsättningarna för en mer jämlik hälso- och sjukvård och sammanfaller med den etiska plattformens första princip om människovärde. Satsningens mål ska bland annat nås genom att prioritera förebyggande insatser och sammanfaller med plattformens andra prioriteringsmålgrupp. Nationella riktlinjers⁶ genomslagskraft ska öka inom ramen för satsningen vilket kan tolkas som en önskan från regeringen att regionernas resursallokering i ökad utsträckning ska följa vad som fastslås i plattformen. Målgruppen för satsningen är kroniskt sjuka personer vilket även utgör en prioriterad målgrupp i den etiska plattformen. I plattformen handlar det främst om svåra kroniska sjukdomar (prioriteringsgrupp I) medan mindre svåra akuta kroniska sjukdomar hamnar i en lägre prioriteringsgrupp (prioriteringsgrupp III). Enligt riksdagsbeslutet ska behoven i den högsta prioriteringsgruppen täckas i högre grad än i den andra gruppen och så vidare. Regeringen tar dock ett mycket brett grepp om gruppen kroniker och involverar såväl allergiker och astmatiker som cancer- och hjärt- och kärlsjuka personer. Det är således både mycket svåra kroniska sjukdomar av hög svårighetsgrad och sjukdomar av lägre svårighetsgrad som adresseras av regeringen. Det gör att närmare 50 procent av Sveriges befolkning är en tänkbar målgrupp för satsningen.

Det finns således ett antal aspekter som sammanfaller med den etiska plattformen samtidigt som det finns vissa delar av attributen som sammanfaller i mindre utsträckning. Plattformens mål handlar om att etiskt fördela de begränsade resurserna och redovisa prioriteringar öppet. Kronikersatsningen motiveras inte av ett explicit behov att prioritera kroniskt sjuka personer. Varför det inte görs är svårt att veta. En förklaring kan vara att satsningen i sig ses som en signal på att det är ett prioriterat område: vilket också är syftet med nationella satsningar (Statskontoret 2019). Att satsningen adresserar en så bred grupp kroniskt sjuka gör att eventuella prioriteringar inom ramen för gruppen kroniker också är svåra att utröna. Den öppenhet och transparens som

⁶ Nationella riktlinjer tas fram av Socialstyrelsen, är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter bör satsa resurser på (Socialstyrelsens hemsida ”Nationella riktlinjer och utvärderingar”, hämtat 2019-05-12). Riktlinjearbetet utgår från den etiska plattformen för prioriteringar och den nationella modellen för öppna prioriteringar framtagen av Prioriteringscentrum, baserad på den etiska plattformen.

utgör plattformens grundbult saknas. Den etiska plattformens instrument – de tre etiska principerna – finns till viss del representerande i satsningen. Exempelvis genom det övergripande syftet att förbättra förutsättningarna för en jämlik vård. Det är ett rimligt antagande att gruppen kroniskt sjuka ska ha företräde till vård framför många andra grupper i samhället – en så kallad horisontell prioritering. Inom regeringens mycket breda grupp kroniskt sjuka ska, enligt den etiska plattformen, de svårast sjuka ha företräde – en så kallad vertikal prioritering. Hur satsningen förhåller sig till skillnader i svårighetsgrad och behov mellan olika kroniska sjukdomar framgår dock inte i dokumenten.

Satsningen består av stimulansmedel och lämnar stora friheter för sjukvårdens huvudmän att utifrån behov välja vad som ska göras. Regeringen betonar denna valfrihet. Stimulansmedel utgör hård styrning men regionerna får, i kombination med de mjuka överenskommelserna och friheten att välja vad som ska göras, ett relativt stort utrymme att anpassa arbetet efter egna prioriteringsbehov. Huruvida sjukvårdens huvudmän har de resurser som krävs för att göra sådana behovsanalyser lämnas dock osagt. Inom ramen för satsningen framkommer inte några krav på att regionernas arbeten måste gå i linje med vad den etiska plattformen föreskriver och inte heller att det kommer följas upp om man i praktiken når de med störst behov. Det är således väldigt svårt för regeringen att i efterhand följa upp om behov har tagits i beaktande av sjukvårdshuvudmännen i arbetet med satsningen.

Kronikersatsningen kan, utifrån sin design, bidra till att lösa hälso- och sjukvårdens komplexa problem – etisk fördelning av resurser – och bidra till att nå hälso- och sjukvårdens övergripande mål om jämlikhet och att de med störst behov ska ges företräde till vård. Detta genom att gruppen kroniskt sjuka uppmärksammas och att satsningen bidrar med kunskapsuppbyggnad för en högt prioriterad grupp. Att det inte framgår explicit att kroniskt sjuka personer behöver prioriteras i sjukvården, hur kroniker ska prioriteras inom gruppen kroniskt sjuka och inte heller resoneras kring behovet av vård i relation till sjukdomars svårighetsgrad gör dock att satsningen inte bedöms utgöra kompletterande styrning. De ovannämnda faktorerna utgör viktiga stöd för den slutliga bedömningen av koherensgrad och gör att den sammantagna bedömningen blir som delvis överlappande med plattformen motsvarande koherensgrad 1 i analysramverket skalnivåer. Det saknas således inkonsekvenser i relationen mellan plattform och insats vilket utgör studiens primära definition av samspel. Samtidigt saknas dock viktiga aspekter för att styrmedlen ska anses kunna förstärka varandra

för att uppnå det övergripande målet, lösa det komplexa problemet samt sända fullständigt enhetliga styrsignaler till mottagarna i deras arbete med prioriteringar.

6.2. Satsningen på kvinnors hälsa 2015–2022

- **Bakgrund och syfte**

Satsningen på kvinnors hälsa består av överenskommelser mellan regeringen och SKL, uppdrag åt Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och lagändringar. Lagändringarna består av avgiftsfri mammografiscreening, avgiftsfri screening för livmoderhalscancer och kostnadsfria preventivmedel till unga under 21. Enligt regeringen är syftet med satsningen att ”minska ojämställdheten mellan kvinnor och män, motverka sjukskrivningar hos kvinnor och minska hälsoklyftorna i samhället” (Regeringen 2018). År 2016 blev jämställd hälsa ett jämställdhetspolitiskt delmål och satsningen är en del i att uppfylla det målet samt regeringens svar på behovet att öka medborgarnas tillit till förlossningsvården (Prop. 2016/17:99).

- **Mål och motivering**

Mål och syfte, vilka utmaningar som finns och vad som ska prioriteras skiljer sig åt mellan överenskommelserna. Det är därmed svårt att utröna en gemensam mål- och syftesbild baserat på innehållet i dokumenten. I den första överenskommelsen framgår exempelvis att parterna tillsammans vill ”verka för att uppnå målet om en mer tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och jämlik vård inom förlossningsvården, primärvården och annan hälso- och sjukvård som bidrar till att främja kvinnors hälsa” (Överenskommelse 1, s. 14). I den andra överenskommelsen framgår att målen även innefattar att vården ska utgå från kvinnans behov och att satsningen ska ”främja sjukvårdshuvudmännens förutsättningar att förbättra förlossningsvården och stärka insatserna för kvinnors hälsa samt stärka primärvårdens insatser som rör kvinnors hälsa” (Överenskommelse 2, s. 6: 13). I den senaste överenskommelsen framgår att syftet är att stärka förlossningsvården och kvinnors hälsa i övrigt och bidra till att uppnå målen om en mer jämställd vård och jämlik hälsa (Överenskommelse 4, s. 5). Satsningen kan tolkas ha ett övergripande syfte formulerat av regeringen samt ett antal delsyften i överenskommelserna som skiftar i fokus från år till år.

- **Instrument**

Överenskommelser med SKL har, i skrivande stund, slutits i fyra omgångar och utgör de huvudsakliga delarna av satsningen. I den första överenskommelsen pekar parterna ut ett antal

områden som ska prioriteras: minskade förlossningsskador, säkra en fortsatt god tillgång till medicinsk abort, förbättra bemanningen och kompetensförsörjningen i förlossningsvården, utveckla och förbättra kunskapsstöden samt stärka primärvårdens arbete med särskilt fokus på socioekonomiskt utsatta områden (Överenskommelse 1, s.). I den andra överenskommelsen framgår att sexuell och reproduktiv hälsa ska prioriteras, både generellt och i synnerhet för socioekonomiskt utsatta områden (Överenskommelse 2, s. 13). I den tredje överenskommelsen enas parterna om ytterligare särskilda utvecklingsområden: verksamhetsförlagd utbildning för sjuksköterskor och barnmorskor, utveckling av vårdkedjan före, under och efter graviditet samt framtagande av kunskapsstöd om förlossningsskador (Överenskommelse 3, s.). I den fjärde överenskommelsen framgår att eftervården av gravida ska prioriteras samt att insatser inom neonatalvården får genomföras (Överenskommelse 4, s. 9f).

I den första överenskommelsen upprepas flertal gånger att socioekonomiskt svagare grupper har sämre hälsa och att det finns ett ökande behov av nya metoder för att nå dem. Parterna enas om ”att vidta åtgärder för att förbättra primärvårdens verksamhet som möter dessa patienter.” (Överenskommelse 1, s. 12). I den andra överenskommelsen berörs behovet att prioritera primärvården för en mer jämlik vård ett flertal gånger (Överenskommelse 2, s. 12: 14). I den tredje överenskommelsen saknas skrivelser om behovet av att nå socioekonomiskt utsatta kvinnor. Dock hänvisar dokumentet till innehållet i den första överenskommelsen. I den fjärde överenskommelsen omskrivs behovet en gång kortfattat: ”i satsningen ingår insatser i primärvården som syftar till att stärka kvinnors hälsa [...] Denna del av överenskommelsen riktar sig särskilt till primärvården i socioekonomiskt utsatta områden.” (Överenskommelse 4, s. 6). Primärvården utgör även en avsevärt mindre del av satsningens totala medel. Drygt 130 miljoner per år kontra 673 miljoner till förlossningsvården år 2017 och 1,5 miljard år 2018. Under 2019 är drygt 120 miljoner riktade till primärvården och 1,3 miljarder till förlossnings- och neonatalvård⁷ (Socialdepartementet 2019). Satsningens särskilda inriktning på kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden upphör att gälla 2020 medan inriktningen på förlossnings- och neonatalvård fortsätter till 2022 (Prop. 2018/19:1, s. 49).

Satsningen består av stimulansmedel som betalas ut efter befolkningsunderlaget. Regionerna får stor frihet att själva bedöma hur de bäst använder medlen för att uppnå målen och parterna menar att ”en viktig utgångspunkt vid överenskommelser är ett tillitsbaserat förhållningssätt

⁷ Någon ny överenskommelse för 2020 finns ännu inte publicerad offentligt.

som bl.a. syftar till att ge mer långsiktiga planeringsförutsättningar.” (Överenskommelse 4, s. 4). För att få ta del av medlen ska regionerna årligen redovisa till SKL vad medlen använts till, som i sin tur redovisar uppgifterna till Socialdepartementet. Satsningens instrument består av överenskommelser (mjuk styrning), stimulansmedel (hård styrning) och ett redovisningsansvar (hård styrning) samt kunskapsstyrning där bland annat Socialstyrelsen fått i uppdrag att utveckla nationella riktlinjer (mjuk styrning).

- **Målgrupp - behov, bedömning och motivering**

Den primära målgruppen för satsningen – kvinnor – är bred och utgör ungefär hälften av Sveriges befolkning. I överenskommelserna anges dock ett antal grupper som särskilt angelägna. Inom primärvården ska insatserna ha en särskild inriktning mot socioekonomiskt utsatta områden och bland annat kvinnor med lägre utbildning och annat modersmål än svenska omnämns (Överenskommelse 1, s 12f). I den andra överenskommelsen nämns våldsutsatta kvinnor, könsstypade kvinnor samt män och partners som delaktiga i graviditet och i förebyggandet av oönskade graviditeter som särskilda målgrupper (Överenskommelse 2, s. 6-7: 15). Förlossningsvården lyfts fram som ett prioriterat område under hela satsningen. Gravida är därmed att betrakta som en prioriterad målgrupp inom den generella gruppen ”kvinnor”.

Hur behovet har bedömts och vilka underlag som ligger bakom satsningen är inte helt tydligt. I såväl budgetpropositionerna som överenskommelserna framgår att staten bedömer att det finns tydliga utvecklingsbehov inom såväl förlossningsvård som annan vård som rör kvinnors hälsa. Det framställs som ”ett komplext område med mycket varierande behov av åtgärder [...] bemanning, ökade kunskaper om sjukdomar som kvinnor drabbas av, patientbemötande samt metoder för att nå patientgrupper som inte är så benägna att söka vård, m.m.” (Överenskommelse 1, s. 5). I budgetpropositionen framgår att satsningen grundas i att efterfrågan på barnmorskor överstiger tillgången samt att sjukdomar som kvinnor drabbas av tenderar att vara lägre prioriterade i hälso- och sjukvården (Prop. 2014/15:99, s. 84; Prop. 2015/16:1, s. 39). Delutvärderingen av satsningen konstaterar dock att överenskommelsernas innehåll inte baseras på en bakomliggande nationell behovsanalys (Vårdanalys 2018, s. 121).

Valet av målgrupper motiveras av olika anledningar. En satsning på kvinnors hälsa generellt motiveras av att det ”inom hälso- och sjukvården kvarstår oacceptabla skillnader mellan kvinnor och män.” (Prop. 2015/16:1, s. 39). Att gravida kvinnor ska prioriteras motiveras bland annat av att förlossningsvården länge visat tecken på ett allt mer ansträngt läge

(Överenskommelse 4, s. 6) och att medborgarnas tillit till förlossningsvården är för låg (Prop. 2016/17:99). Våldsutsatta kvinnor, könsstympade kvinnor samt kvinnor med lägre utbildning eller annat modersmål än svenska kopplas samman med socioekonomiskt utsatta områden och motiveras av att klyftorna ökar mellan grupper i samhället (Överenskommelse 1, s. 12). Att män och partners pekats ut som särskilda målgrupper motiveras av att ”delaktiga män eller partnerna skapar bättre förutsättningar för kvinnors hälsa och det är ett perspektiv som bör genomsyra vårdens förhållningssätt.” (Överenskommelse 2, s. 6f). För tidigt födda barn i behov av neonatalvård motiveras av att det finns ”regionala skillnader och en allmän förbättringspotential jämfört med likvärdiga länder” (Överenskommelse 4, s. 11).

- **Insatsens koppling till den etiska plattformen och bedömning av samspel**

I överenskommelserna framgår att parterna särskilt vill betona att ”målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde.” (Överenskommelse 1, s. 14). Det finns således ett stycke om hälso- och sjukvårdens övergripande mål och indirekt den etiska plattformens två första principer. Det framkommer dock inte några resonemang om hur satsningen bidrar till att uppfylla målet eller på vilket sätt satsningen förhåller sig till principerna.

Baserat på den information som finns att hämta i nyckeldokumentet kan ett antal aspekter lyftas fram som särskilt väsentliga för bedömningen av samspelet mellan satsningen på kvinnors hälsa och den etiska plattformen. Satsningens övergripande syfte är att minska hälsoklyftorna och motiveras av att kvinnor som grupp tenderar att vara lägre prioriterade i sjukvården och är sjukskrivna i högre grad än män. Det är ett rimligt antagande att kvinnor kan behöva prioriteras i relation till andra patientgrupper – indirekt patientgruppen män – för att en mer jämlik hälsa ska uppnås på samhällsnivå. Satsningen har således en övergripande horisontell dimension som samspelar med plattformens syfte och mål. Satsningen är till viss del inriktad på primärvården med särskilt fokus på socioekonomiskt utsatta kvinnor. Motivet är att svagare grupper har ett större behov av vård och att det krävs nya metoder för att nå dem. Det sammanfaller väl med den etiska plattformens människovärdes- och behovs- och solidaritetsprincip. Socialstyrelsen får även i uppdrag att ta fram nationella riktlinjer vilket kan tolkas som att regeringen anser att regionerna behöver bättre stöd för att allokera resurser i enlighet med den etiska plattformen.

Det finns således ett antal aspekter som sammanfaller med plattformens attribut, samtidigt som det finns vissa delar som sammanfaller i mindre utsträckning. Några målgrupper lyfts till exempel fram som särskilt angelägna: gravida, socioekonomiskt svaga, våldsutsatta och könsstympande. Sist men inte minst nämns även män och partners som särskilt viktiga för främjandet av kvinnors hälsa samt vård av för tidigt födda barn. Att försöka klassificera satsningens målgrupper i linje med den etiska plattformens fyra prioriteringsgrupper är lättare sagt än gjort. Till exempel kan graviditet inte klassas som ett sjukdomstillstånd och att benämna en gravid kvinna som patient är inte heller helt ändamålsenligt. Baserat på den etiska plattformens prioriteringsgrupper bör de flesta gravida falla in under den lägsta gruppen ”vård av andra skäl än sjukdom eller skada” och eventuellt under den andra gruppen ”prevention” då barnmorskors arbete till stor del består av preventivt arbete: exempelvis i förebyggande av förlossningsskador och främjandet av hälsosamma levnadsvanor. Svårigheten att klassificera målgrupperna hör till stor del samman med att dokumenten inte öppet och tydligt förhåller sig till skillnader i svårighetsgrad och att behovet av vård inom och mellan olika grupper av kvinnor kan skilja sig åt. Ett rimligt antagande är till exempel att socioekonomiskt svagare kvinnor, äldre kvinnor och kvinnor med svåra kroniska sjukdomar är i mer behov av insatser från hälso- och sjukvården än gravida kvinnor med ett stabilt allmäntillstånd. Att majoriteten av satsningens medel dock riktas till just vård av gravida utgör ett viktigt stöd för bedömningen av samspel. Det framgår inte hur behovs- och solidaritetsprincipen tillgodoses eller varför just de utpekade målgrupper anses vara de viktigaste att prioritera för att främja kvinnors hälsa.

Satsningen består av stimulansmedel och utgör hård styrning. Regeringen betonar dock att ett tillitsbaserat förhållningssätt är viktigt och att regionerna får stor frihet att själva välja vad som ska göras utifrån lokala behov. ”Att sätta före” och ”att något väljs och att annat väljs bort” utgör Prioriteringsutredningens definition av begreppet prioritera (SOU 1995:5, s. 45). Baserat på satsningens utformning är det inte tydligt om regeringen menar att de områden och målgrupper som understryks som prioriterade ska sättas före allt annat som kan röra kvinnors hälsa, om prioriteringarna baseras på behovsanalyser eller om de utgör förslag på sådant som kan prioriteras av regionerna. Det framgår inte heller hur regionerna ska förhålla sig till de prioriterade områdena och målgrupperna, till exempel om vissa ska väga tyngre än andra. Det är oklart vad regeringen menar med begreppet ”prioritera” inom ramen för satsningen. Att satsningens fokus successivt flyttas från att gälla förlossningsvård och primärvård till att endast gälla förlossningsvård är också ett viktigt stöd för bedömningen av samspel. I dokumenten framgår inte vad som leder fram till att primärvården, med särskilt fokus socioekonomiskt

utsatta kvinnor, inte längre anses vara ett prioriterat område för den förlängda satsningen. Den öppenhet och transparens plattformen föreskriver att prioriteringar i hälso- och sjukvården ska präglas av saknas.

Satsningen har, som nämnts tidigare, en övergripande horisontell dimension som går samman med den etiska plattformens mål. Det finns dock ett antal viktiga aspekter som talar för att styrmedlen motverkar varandra och ger motstridiga effekter för regionernas prioriteringsarbeten. Avsaknaden av tydliga kopplingar till den etiska plattformen, i synnerhet hur satsningens prioriterade områden och målgrupper förhåller sig till varandra, avsaknad av tydliga resonemang kring skillnader i svårighetsgrader samt hur satsningen förhåller sig till behovs- och solidaritetsprincipen väger tungt för bedömningen. Inom ”gruppen kvinnor” och i de utpekade målgrupperna finns således en påtaglig vertikal och horisontell problematik. Satsningens förändrande fokus från förlossningsvård och primärvård till att enbart fokusera på gravida för att främja kvinnors hälsa är också att bedöma som en ny prioritering av regeringen. Det är en utveckling som både går emot Socialutskottets betänkande (2017/18:SoU1) att det är ”positivt att regeringens satsning på kvinnors hälsa, med inriktning på primärvården, fortsätter” och slutsatser i delutvärderingen: insatser för socioekonomiskt utsatta kvinnor bedöms nödvändigt att prioritera utifrån kända behov (Vårdanalys 2018, s. 116f). Mot bakgrund av de aspekter som lyfts ovan är den sammantagna bedömningen av satsningen på kvinnors hälsa att den, utifrån sin design, är inkonsekvent gentemot plattformen. Det motsvarar den lägsta koherensgraden för samspel, nivå -1, i studiens analysramverk. Satsningen går således tydlig mot den etiska plattformens attribut i ett flertal viktiga aspekter, exempelvis vad gäller dess inbördes prioriteringar, avsaknad av öppenhet och transparens och att de med störst behov ska ges företräde. Styrningen bedöms därför ge motstridiga effekter för området samt sända konflikterande signaler till mottagarna i deras arbete med prioriteringar.

6.3. Satsningar på psykisk ohälsa 2001–2020

Statliga satsningar inom området psykisk ohälsa har genomförts upprepade gånger de senaste 20 åren. Nedan redovisas satsningarna var för sig i termer av mål, instrument och målgrupp för att sedan diskuteras tillsammans vad gäller samspelet med den etiska plattformen.

- **Handlingsplan del 1 och 2 2001-2007: Bakgrund och syfte**

I början av 2000-talet presenterades den första *nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården*. Handlingsplanen fokuserar på fyra utvalda områden: primärvård,

äldreomsorg, psykisk ohälsa och mångfald i vården (Prop. 1999/2000:149). Handlingsplanen upphörde att gälla vid slutet av 2004 men åtföljdes av *överenskommelser om fortsatta satsningar på primärvård, äldreomsorg och psykiatri* (Regeringen 2005). En separat överenskommelse slås för psykiatrin. I praktiken innebär det att den inriktning som fastlagts i den första handlingsplanen fortsätter. Båda handlingsplanerna har det övergripande syftet att utveckla hälso- och sjukvården, förbättra tillgänglighet och kvalitet och minska det hårda trycket på personalen genom att öka resurserna och förändra inriktningen med ett ökat fokus på förebyggande och tidiga insatser (Prop. 1999/2000:149; Regeringen 2005).

- **Handlingsplan del 1 och 2 2001-2007: Mål och motivering**

Målet med satsningen är att samhällets förmåga att hantera psykisk ohälsa ska förbättras (Prop. 1999/2000:149, s. 43). Regeringen motiverar satsningen utifrån ett flertal utvärderingar av sjukvårdens utveckling under 1990-talet (ibid, s. 5f). En grundläggande anledning är psykiatrireformen 1995 där uppföljningar visar brister både vad gäller socialt stöd och hur olika somatiska och psykiatriska vårdbehov tillgodoses. Förlängningen av satsningen motiveras även av flodvågskatastrofen 2004. Regeringen menar att följderna av den kan komma att innebära påfrestningar för det svenska samhället på både lång och kort sikt (Prop. 2005/06:01, s. 29).

- **Handlingsplan del 1 och 2 2001-2007: Instrument**

För att uppnå målet med satsningen ska förebyggande och tidiga insatser prioriteras, vården av personer med både psykiska problem och missbruk ska utvecklas samt en ökad samverkan mellan aktörer (Prop. 1999/2000:149, s. 43). Inom ramen för handlingsplanerna slås utvecklingsavtal mellan regeringen och dåvarande Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet (Prop. 1999/2000:149, bilaga 1; Regeringen 2005). Det beslutas om ett resurstillskott till regioner och kommuner om nio miljarder kronor. Det saknas dock uppgifter om hur stor del av de totala medlen som satsas på psykisk ohälsa (Riksrevisionen, redogörelse till riksdagen:RRS6). Pengarna ingår i det generella statsbidraget och utgör således inte ett riktat bidrag i egentlig mening. Dock framgår i propositionen att resurstillskottet inte är att "betrakta som en allmän förstärkning av kommunsektorns ekonomi" och att regionernas arbete kommer att följas upp (Prop. 1999/2000:149, s. 59). Förlängningen 2005-2007 är inte kopplad till något nytt riktat statsbidrag utan medlen ingår i ett höjt generellt bidrag på fyra miljarder kronor, varav cirka 500 miljoner är avsedda att gå till psykiatrin (Prop. 2005/06:1, s. 28; Bet. 2005/06:SoU6). De två första handlingsplanerna består av utvecklingsavtal (mjuk styrning), uppföljningar (hård styrning) samt ökningsbidrag i det generella statsbidraget (hård styrning). Att

tillskottet är en del av det generella statsbidraget gör dock att det inte kan bedömas som lika hård styrning som ett riktat statsbidrag.

- **Handlingsplan del 1 och 2 2001-2007: Målgrupp - behov, bedömning och motivering**

Målgruppen är personer med psykisk sjukdom men tre målgrupper framställs som särskilt viktiga; barn och ungdomar, psykiskt funktionshindrande samt äldre (Prop. 1999/2000:149). Behovet att prioritera målgrupperna grundas i att de bedöms vara mer utsatta än andra. Enligt regeringen är det en stor andel barn och unga som uppvisar olika former av psykisk ohälsa, att psykiatriskt funktionshindrande ofta hamnar mellan stolarna för att vård, psykiatri och socialtjänst är för dåligt samordnade samt att psykisk ohälsa hos äldre i stor utsträckning utgör ett dolt vårdbehov.

- **Statens psykiatrisatsning 2008–2011: Bakgrund och syfte**

När handlingsplanen för psykiatri löpte ut i slutet av 2007 tog nästa statliga satsning vid. Syftet med *regeringens samlade psykiatrisatsning* är att stödja sjukvårdshuvudmännen och förbättra tillgängligheten till och kvaliteten i den psykiatriska vården och dess stödverksamheter (Prop. 2008/09:1, s. 35; Bet. 2008/09:SoU1). Inom satsningen berörs flera områden utanför hälso- och sjukvården, bland annat arbetsmarknad, högskoleutbildning och forskning (Skr. 2008/09:185). Det framgår att satsningen är ett av flera samtida statliga ingripanden på området och att den utgör en del av regeringens omfattande arbete att påverka såväl vård som samhällsstöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykisk funktionsnedsättning (ibid, s. 47).

- **Statens psykiatrisatsning 2008–2011: Mål och motivering**

Var och en av satsningens tre huvudområden, vården, vardagen och valfriheten, tillskrivs ett övergripande syfte och mål (Skr. 2008/09:185). För ”vården” gäller att barn, vuxna och äldre ska ha tillgång till en kunskapsbaserad och god vård samt rehabilitering när de behöver det. För ”vardagen” gäller att utbudet av arbete, sysselsättning, boendeformer och hjälpmedel ska vara varierat och anpassat och för ”valfriheten” gäller att patienter i ökad utsträckning ska ges möjlighet att välja och ha inflytande över vem som ska utföra vården och hur den utformas. Det bakomliggande motivet för satsningen är att psykiatrin är ett av regeringens mest prioriterade områden för att stärka välfärden. Det grundas i att andelen personer som upplever psykiska besvär ökar, framförallt bland barn och unga, samt att personer med psykisk sjukdom och deras anhöriga har betydligt högre förväntningar på vården jämfört med tidigare. Regeringen konstaterar att ”många människor ännu inte får den psykiatriska vård, den rehabilitering och det stöd som de har behov av.” (ibid, s 5).

- **Statens psykiatrisatsning 2008–2011: Instrument**

För huvudområdena (vården, vardagen och valfriheten) presenteras fyra särskilt prioriterade delområden: 1) insatser riktade till barn och unga, 2) arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning, 3) satsningar på kompetens och evidens samt 4) stöd för långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete (ibid, s. 23). Prioriteringarna utgår från nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande och från regeringens egna bedömningar (ibid). Satsningen består av stimulansmedel och det fördefinieras närmare 40 stycken insatser som ska genomföras. Det handlar till exempel om minskning av självmord, anpassning av boenden, ökad sysselsättning och en ökning av sociala företag och ideella organisationer som ska stödja i arbetet med psykiska sjukdomar (ibid, s. 22ff). För var och en av de fördefinierade insatserna anges olika aktörer som delaktiga eller ansvariga. I vissa fall sluts överenskommelser med SKL, i andra fall ges uppdrag till myndigheter att till exempel ta fram kunskapsstyrning. I syfte att öka tillgängligheten i barn- och ungdomspsykiatrien provas även en ny form av styrning genom prestationsbaserad ersättning. Från och med 2009 villkoras stimulansmedlen, som under det första året varit ovillkorade, till att enbart utbetalas om väntetiderna förbättrats (Bilaga till regeringsbeslut 2009). Satsningens instrument består av överenskommelser samt kunskapsstyrning (mjuk styrning), 40 fördefinierade insatsområden som ska genomföras (hård styrning), riktade statsbidrag i form av stimulansmedel (hård styrning) samt prestationsbaserad ersättning (hård styrning).

- **Statens psykiatrisatsning 2008–2011: Målgrupp - behov, bedömning och motivering**

Satsningen har en annan karaktär än tidigare handlingsplaner och spretar i många riktningar. Enligt regeringens skrivelse riktas satsningen till personer med psykisk sjukdom och/eller psykisk funktionsnedsättning. Det framgår dock inga definitioner, hur grupperna ska avgränsas eller vilka personer som ingår i respektive grupp. Det är därmed mycket svårt att utröna specifika målgrupper för satsningen. Baserat på hur de prioriterade områdena beskrivs tycks målgrupperna variera från insats till insats. Exempelvis anges studenter som målgrupp för att öka antalet utbildade psykologer, arbetsgivare anges som målgrupp för ett utökad högriskskydd och arbetssökande med psykisk funktionsnedsättning anges som målgrupp för arbetsmarknadspolitiska program. Det framgår dock i en mening att ”insatser riktade till barn och unga är särskilt prioriterade i regeringens arbete och likaså i satsningarna på psykiatriområdet” (Skr. 2008/09:185, s. 46).

- **PRIO psykisk ohälsa 2012–2016: Bakgrund och syfte**

År 2012 presenterar regeringen *PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016* som till viss del grundas i sin föregångare psykiatrisatsningen (Regeringen 2012a). Syftet är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt förändringsarbete och ge hållbara vinster för framtiden. Regeringen belyser att man genom satsningen vill markera att psykisk ohälsa är ett område som måste prioriteras av alla berörda aktörer och att man vill ”minska de negativa konsekvenserna av den psykiska ohälsan så att dessa personer ska kunna leva som andra och ha ett så bra liv som möjligt.” (ibid, s. 10).

- **PRIO psykisk ohälsa 2012–2016: Mål och motivering**

Satsningen utgår från tre övergripande mål: 1) en jämlik kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet, 2) tillgång till arbete och anpassad sysselsättning samt 3) möjlighet till delaktighet och inflytande. Satsningen motiveras av att utvärderingar indikerar att personer med psykisk ohälsa inte har samma tillgång till god vård som personer med somatisk ohälsa (ibid, s.4) och att de krafttag som tagits under tidigare år måste intensifieras om vården ”av personer med psykisk ohälsa ska fungera på en nivå som motsvarar samhällets ambitioner och de krav som medborgarna ställer.” (Överenskommelse 1 PRIO, s. 1).

- **PRIO psykisk ohälsa 2012–2016: Instrument**

För att nå målet ska exempelvis den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin stärkas, metoder för att identifiera riskgrupper utvecklas, självskaðebeteende, självmord och självmordsförsök hos barn och unga minskas, sysselsättningen ska öka samt ett mer varierat utbud av verksamheter med meningsfull sysselsättning för psykiskt funktionsnedsatta (Regeringen 2012a, s. 11f). Insatser ska även göras inom två prioriterade områden: 1) kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete och 2) bemötande, delaktighet och inflytande (ibid, s. 10). Tanken är att de prioriterade områdena ska ha betydelse ”för alla personer med psykisk ohälsa, dvs. inte enbart för de prioriterade målgrupperna.” (ibid, s. 14). Satsningen består av överenskommelser med SKL samt uppdrag åt myndigheter att ta fram kunskapsstöd. Statsbidraget består till viss del av utvecklingsmedel men framförallt prestationsbaserad ersättning som betalas ut efter uppnådda resultat och efter befolkningsunderlag. Medlen betalas ut till de regioner som uppfyller ett antal grundkrav, till exempel att man genomfört samverkansöverenskommelser kring personer med psykisk funktionsnedsättning, samt uppnått ett eller flera av åtta prestationsmål, till exempel om ökad tillgänglighet eller uppnått ett visst antal registrerade patienter i kvalitetsregister (Socialstyrelsen 2015). Enligt parterna syftar prestationsmålen till ”att stimulera att landsting

och kommuner uppmärksammar behov hos de målgrupper satsningen tar sikte på” (Överenskommelse 3 PRIO, s. 11). Satsningens instrument består av överenskommelser (mjuk styrning), uppdrag till myndigheter att ta fram kunskapsstöd (mjuk styrning) samt utvecklingsmedel men framförallt prestationsersättning där kraven för ersättning höjs under satsningens gång (hård styrning).

- **PRIO psykisk ohälsa 2012–2016: Målgrupp - behov, bedömning och motivering**

Två målgrupper är särskilt prioriterade: barn och unga som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa samt personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik (Överenskommelse 2 PRIO, s. 7f). Det sistnämnda innefattar personer som ”till följd av en allvarlig psykisk sjukdom eller en långvarig psykisk funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter inom viktiga livsområden som t.ex. boende, arbete, sysselsättning, ekonomi, sociala relationer och fritid.” (Regeringen 2012a, s. 12). I överenskommelserna framgår att den psykiska ohälsan bland barn och unga måste prioriteras då det kan vara avgörande för den personliga utvecklingen. För personer med omfattad psykiatrisk problematik grundas behovet i att dessa, trots ansträngningar, fortfarande har en utsatt situation. Genom ”att rikta fokus mot den mest utsatta gruppen med de svåraste sjukdomstillstånden, mest omfattande funktionsnedsättningarna och de största konsekvenserna på livssituationen kan samhällets insatser samordnas bättre” (ibid) Att parterna har ”valt att prioritera dessa två målgrupper handlar om behovet att kraftsamla och verkligen åstadkomma förändringar.” (Överenskommelse 1, s. 5).

- **Psykisk hälsa 2016–2020: Bakgrund och syfte**

Den senaste i raden av satsningar på psykisk ohälsa är *regeringens strategi för insatser inom området psykisk hälsa 2016–2020*. Strategin utgår från fem fokusområden som regeringen menar är de mest angelägna för att stärka den psykiska hälsan, motverka psykisk ohälsa och förebygga suicid (Regeringen 2015). Dessa fem områden är 1) förebyggande och främjande arbete, 2) tillgängliga tidiga insatser, 3) enskildas delaktighet och rättigheter, 4) utsatta grupper och 5) ledning, styrning och organisation (ibid). Bakgrunden till en nysatsning är att det har saknats långsiktighet i statens satsningar, varit en överdriven användning av projekt samt brist på tillgång till kunskapsbaserade metoder (Överenskommelse 2, s. 1). Vidare lyfts att det saknas tillräcklig analyskapacitet på området.

- **Psykisk hälsa 2016–2020: Mål och motivering - behov, bedömning och motivering**

Målet med satsningen är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete med ett gemensamt ansvarstagande av samtliga berörda aktörer. Det ska ske genom att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet samt genom att prioriterade förebyggande åtgärder (Överenskommelse 1, s. 6). Satsningen är även direkt kopplad till regeringens övergripande mål om att sluta de påverkbara klyftorna inom en generation (Överenskommelse 1, 2, 3). En ny nationell strategi motiveras av att psykisk ohälsa är ett stort och växande folkhälsoproblem och kan drabba ”vem som helst, när som helst” (Regeringen 2015 s. 8). Människor med psykisk ohälsa lyfts fram som de mest utsatta vad gäller socioekonomi och tillgång till sjukvård i jämförelse med övriga befolkningen och med andra patient- eller funktionshindergrupper (Överenskommelse 1, s. 5). Det lyfts att, mätt i förlorade friska levnadsår, psykisk ohälsa är en av de dominerande sjukdomskategorierna (ibid, s. 2 bilaga).

- **Psykisk hälsa 2016–2020: Instrument**

För att uppnå målet ska offentliga aktörer arbeta gemensamt, vården ska bli mer personcentrerad, kostnadseffektiviteten ska öka, samarbete på alla nivåer ska öka, rätt data ska användas på rätt sätt och kunskapsstöd ska vara effektiva (Regeringen 2015, s. 32ff). Satsningen består i huvudsak av den nationella strategin, överenskommelser med SKL samt uppdrag åt myndigheter att ta fram kunskapsstöd. I överenskommelserna framgår att regionerna ska göra fördjupade analyser av de behov som finns hos barn, unga och unga vuxna, inklusive de med olika funktionsnedsättningar och att ”analysen ska resultera i målsättningar på fem års sikt inom fem fokusområden och lokala och/eller regionala handlingsplaner för att nå målen.” (Överenskommelse 1, s. 4). Regeringen lyfter att de olika förutsättningarna som finns i landet gör att de lokala behoven ges stort utrymme ”vid prioriteringen av vad som ska göras” (Överenskommelse 2, s. 7). Satsningen består i huvudsak av stimulansmedel som fördelas efter befolkningsunderlaget. Regionerna ska årligen rapportera till SKL vilka arbeten som genomförts, som i sin tur återrappporterar till Socialdepartementet. Satsningens instrument består av överenskommelser (mjuk styrning), uppdrag till myndigheter att ta fram kunskapsstyrning (mjuk styrning), redovisningsansvar (hård styrning) samt stimulansmedel (hård styrning).

- **Psykisk hälsa 2016–2020: Målgrupp - behov, bedömning och motivering**

Regeringen väljer, till skillnad från tidigare strategier och planer, att inte prioritera några målgrupper utan riktar satsningen till hela samhället. Närmare bestämt ”personer som mår bra, personer som har, eller riskerar att drabbas av, psykisk ohälsa och personer med långvarig

psykisk funktionsnedsättning.” (Regeringen 2015, s. 6). Det nya förhållningssättet motiveras av att det inte är meningsfullt att hantera utmaningen med psykisk ohälsa isolerat. Trots den uttalande riktningen att inga målgrupper prioriteras framgår i såväl strategin som överenskommelserna att det finns grupper som regeringen anser är särskilt viktiga. Exempelvis barn och unga med LSS-insatser, ensamkommande eller barn utsatta för våld. Det framgår också att vuxna är en investering för Sverige samt att äldre, deras anhöriga och personalen behöver ett särskilt fokus. Ett av satsningens fokusområden är utsatta grupper som bland annat innefattar ”att öka kunskapen om skillnader i psykisk hälsa som kan relateras till sexuell läggning, könsidentitet eller könstuttryck, både hos professionella och hos allmänheten” (Överenskommelse 1, s. 5 bilaga). Personer med funktionsnedsättningar, romer, samer, finlandfödda män, våldsutsatta kvinnor, nyanlända samt personer med samsjuklighet lyfts fram som utsatta grupper. Regeringen avslutar: ”även andra grupper kan ha särskilt behov av att deras förutsättningar löpande analyseras för att kunna möta behoven”. (ibid s. 6 bilaga).

- **Insatsernas koppling till den etiska plattformen och bedömning av samspel**

Överlag har satsningarna på psykisk ohälsa haft en bristande direkt koppling till den etiska plattformen. I den första handlingsplanen finns dock ett avsnitt om plattformen där regeringen konstaterar att ”vilka insatser som faktiskt utförs och för vilka patienter avgörs genom prioriteringar. Kravet på att prioritera mellan olika insatser och patienter är en ständigt närvarande realitet [...] Eftersom det inte finns något sätt att undvika prioriteringar är det desto viktigare att prioriteringarna redovisas öppet. Det är enda sättet att kunna bedöma om gjorda prioriteringar överensstämmer med riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar.” (Prop. 1999/2000:149, s. 16f). Det framgår även att handlingsplanen ”ligger i linje med den grundläggande huvudstrategin för arbetet med prioriteringar – att tillse att resurserna utnyttjas rätt.” (Prop. 1999/2000:149, s. 25). I efterföljande satsningar finns ingen direkt koppling till plattformen. I enstaka fall nämns portalparagrafen och stycket om jämlik vård.

Baserat på den information som finns att hämta i nyckeldokumentet kan ett antal aspekter lyftas fram som särskilt väsentliga för bedömningen av samspelet mellan regeringens olika satsningar på psykisk ohälsa och den etiska plattformen. De två första handlingsplanerna både nämner, tar hänsyn till och involverar aktivt den etiska plattformen. Det framkommer tydligt vilka behovsunderlag som ligger bakom satsningen, varför regeringen bedömer att det är motiverat med en satsning och varför just barn och ungdomar, psykiskt funktionshindrande och äldre är prioriterade målgrupper. Regeringen belyser således inte bara att målgrupperna ska prioriteras

utan också vilka bedömningar som ligger bakom och varför behovet bedöms utgöra en grund för nationella prioriteringar. Det är således en välgrundad design som går väl i hand med plattformens mål, instrument och målgrupp. Den sammantagna bedömningen är att de två första handlingsplanerna mycket tydligt återspeglar den etiska plattformen och att styrmedlen tillsammans kan bidra till att nå hälso- och sjukvårdens övergripande mål och det komplexa problem som behöver lösas – etisk och öppen fördelning av resurser. Samspelet motsvarar därmed den högsta koherensgraden, nivå 3, i det analytiska ramverket och innebär att styrmedlen bedöms vara i perfekt koherens med varandra. En aspekt som kan tala mot bedömningen är det faktum att satsningens medel inte utgör ett riktat bidrag utan ingår i det generella statsbidraget. Kontrollen är således begränsad och det går inte att med säkerhet veta hur medlen använts och om regeringens intentioner uppfyllts. Det är dock en fråga att undersöka på implementeringsnivå.

De två efterföljande satsningarna – statens psykiatrisatsning och PRIO – har varken direkt koppling till den etiska plattformen eller är lika rättfram i sin design. Exempelvis är statens psykiatrisatsning mycket spretig, stor och svåröverblickbar. Det gör inte bedömningen av samspel lättare. Det finns dock några aspekter som kan lyftas som särskilt väsentliga. Den horisontella dimensionen, att personer med psykisk sjukdom ska prioriteras framför andra sjukdomsgrupper, kan bedömas utgöra en rimlig prioritering mot bakgrund av de motiveringar som framförs. Exempelvis att andelen som lider av psykiska besvär ökar, att många ännu inte får den vård, rehabilitering och stöd som de har behov av och att personer med psykisk ohälsa inte har samma tillgång till god vård som personer med somatisk ohälsa. Den etiska plattformens mål – att etiskt hushålla med begränsade resurser – samspelar bra med en sådan öppen horisontell prioritering. Socialstyrelsen får även i uppdrag att ta fram nationella riktlinjer inom ramen för de två satsningarna. I psykiatrisatsningen menar regeringen att ”de nationella riktlinjerna ska ge stöd i sjukvårdshuvudmännens arbete [...] målet är att bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter behov och styrs av öppna och tydliga prioriteringsbeslut.” (Skr. 2008/09:185, s. 35). Att nationella riktlinjer tas fram kan således tolkas som en önskan från regeringen att regionernas resursallokering i högre grad ska baseras på den etiska plattformen.

Personer med psykisk sjukdom, och/eller psykisk funktionsnedsättning samt personer med komplicerad psykiatrisk problematik utgör satsningarnas målgrupper. Barn och unga utpekade som särskilda målgrupper och motiveras av det är viktigt att tidigt motverka och hantera

psykiska besvär. Det framgår dock inte varför vissa tidigare prioriterade målgrupper inte omfattas av satsningarna. Exempelvis visar Socialstyrelsens utvärdering av psykiatrisatsningens föregångare – de två handlingsplanerna – att äldres psykiska ohälsa fortfarande är ett stort problem, ett eftersatt område och att det finns goda skäl för att överväga en långsiktig satsning (Socialstyrelsen 2008, s. 9). Parallellt med PRIO löper även den ”nationella strategin för en god och mer jämlik vård” som lyfter att äldre är en missgynnad grupp och att psykisk sjukdom är minst lika vanligt bland äldre som yngre (Regeringen 2012b). Det är inte tydligt varför till exempel äldre inte inkluderas som en prioriterad målgrupp i en satsning på psykisk ohälsa när de samtidigt belyses som missgynnade i den parallella strategin för jämlik vård. Det är viktiga aspekter att beakta enligt både människovärdes- och behovs- och solidaritetsprincipen. I PRIO-satsningen finns dock två prioriterade insatsområden som enligt regeringen ska ha ”betydelse för alla personer med psykisk ohälsa”. Den transparens och öppenhet som den etiska plattformen föreskriver att prioriteringar ska präglas av saknas dock.

De två satsningarnas instrument består bland annat av prestationsbaserad ersättning. Ersättning efter prestation utgör ett starkare ekonomiskt styrmedel än medel som utbetalas före prestation, ett så kallat stimulans- eller utvecklingsmedel. Mottagarna kan få svårt att prioritera på annat sätt än i den riktning pengarna styr och det behöver inte nödvändigtvis vara i den rätta riktningen. Det innebär att sjukvårdens huvudmän i praktiken får mindre utrymme att utgå från lokala behov. Statens psykiatrisatsning definierar till exempel 40 stycken insatser som ska genomföras för att få ta del av medlen. Det är att betrakta som detaljstyrning på en högre nivå än tidigare satsningar. PRIO-satsningen består enbart av prestationsbaserad ersättning med ett antal uppsatta grundkriterier och kvantitativa prestationsmål. Styrningens hårdare karaktär gör att det är av större vikt att satsningarnas attribut överensstämmer med plattformens för att det inte ska ge motverkande effekter och konflikterande styrsignaler för mottagaren.

Vad gäller bedömningen av samspelet mellan statens psykiatrisatsning och plattformen finns ett antal aspekter som är av särskild vikt för bedömningen. De övergripande målgrupperna har ofta besvär av hög svårighetsgrad och ett stort behov av hälso- och sjukvård. De faller därmed in under plattformens högsta prioriteringsgrupp (I). Det framgår dock inte hur satsningen bidrar till att säkerställa att de med störst behov ges företräde till den psykiatriska vården. Inom ramen för satsningen finns exempelvis ett prestationsbaserat bidrag för att öka tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri. Det framgår inte att regionernas tillgänglighetsarbete måste ta hänsyn till behov eller svårighetsgrad. Det framgår inte heller hur regionerna ska förhålla sig

till de tre huvudområdena, de 40 prioriterade insatsområdena eller de utpekade målgrupperna – till exempel om vissa ska väga tyngre än andra. De ovannämnda faktorerna, den hårdare prestationsbaserade styrningen i kombination med en högre detaljstyrning, samt avsaknaden av transparens och öppenhet gör att statens psykiatrisatsning bedöms ha risk för inkonsekvenser gentemot plattformen. Det motsvarar koherensgrad 0 i det analytiska ramverket och innebär att attributen delvis går mot den etiska plattformens. Baserat på satsningens design finns således risk för inkonsekvenser mellan styrmedlen som kan ge motstridiga effekter och styrsignaler för mottagarna. Det går dock inte att skarpt bedöma att de är motstridiga. Det beror på satsningens omfattning, att så många sektorer i samhället inkluderas samt svårigheten att få en överblick över satsningens alla delar i de dokument som studeras.

Nästa satsning, PRIO, delar flera av de aspekter som lyfts ovan. De övergripande målgrupperna har ofta besvär av hög allvarlighetsgrad och ett stort behov. Det saknas dock även här en inbördes prioritering mellan satsningens mål, områden och målgrupper, hur de relaterar till varandra och om några väger tyngre än andra och så vidare. Det innebär att hela ansvaret för att prioritera mellan satsningens olika delar lämnas över på mottagarna. Den horisontella dimensionen, att psykisk ohälsa prioriteras framför andra sjukdomsgrupper, sammanfaller dock med den etiska plattformen syfte och mål. De utvalda målgrupperna är också att betrakta som sammanfallande med den etiska plattformens högsta prioriteringsmålgrupp. Den hårdare styrningen genom prestationsersättning i kombination med avsaknaden av transparens och öppenhet, resonemang om behovs- och solidaritetsprincipen, hänsyn till skillnader i svårighetsgrad samt konsekvensanalyser för hur den enskilda satsningen förhåller sig till hälso- och sjukvårdens övergripande mål och den etiska plattformen utgör dock viktiga stöd för den slutliga bedömningen av samspel. Samspelet bedöms ha risk för inkonsekvenser gentemot plattformen och motsvarar koherensgrad 0 i det analytiska ramverket. Det innebär att satsningens attribut delvis går mot den etiska plattformens i ett antal viktiga aspekter. Det finns således risk för inkonsekvenser mellan styrmedlen som kan ge motstridiga effekter och styrsignaler för mottagarna. En faktor av tyngd för att insatsen inte bedöms sakna inkonsekvenser gentemot plattformen, motsvarande koherensgrad 1 i ramverket, är att den prestationsbaserade ersättningen utgör ett så pass hårt styrmedel att en tydlig koppling till den etiska plattformen bedöms vara särskilt viktigt för koherensen.

Regeringens senaste satsning på psykisk hälsa skiljer sig från de andra. I dokumenten framgår att regeringen inte prioriterar några målgrupper utan riktar sig till hela befolkningen och

inkluderar alla åldrar och alla tillstånd, inklusive personer som inte lider av psykisk ohälsa. Motivet är att psykisk ohälsa är ett växande folkhälsoproblem som kan drabba vem som helst när som helst. Att satsningen adresserar alla i befolkningen, oavsett tillstånd, sammanfaller inte väl med den etiska plattformens mål, instrument eller målgrupp. I dokumenten framgår aldrig heller ett explicit behov av att prioritera personer med psykisk ohälsa. När prioriteringar omskrivs görs det i relation till behovet att prioritera förebyggande åtgärder för en effektiv resursförbrukning. Det läggs ett stort fokus på prevention som grund för resursfördelning och det lyfts flertal gånger att det förebyggande arbetet inte får nedprioriteras. Mot bakgrund av den etiska plattformens prioriteringsgrupper sammanfaller förebyggande arbete med den andra prioriteringsgruppen ”prevention”. Enligt plattformen ska dock behoven täckas i högre grad i den högsta prioriteringsgruppen än i den andra och innebär att personer med allvarlig psykisk ohälsa (prioriteringsgrupp I) bör få sina behov täckta i högre grad än personer som riskerar att drabbas av psykisk ohälsa (prioriteringsgrupp II). Hur satsningen förhåller sig till skillnader i svårighetsgrad och behov av vård mellan och inom grupper framgår dock inte i dokumenten.

I den nationella strategin lyfts även kostnadseffektivitet som ett medel för att nå målen. Regeringen bedömer att det finns risk att tidiga, kostnadseffektiva, insatser prioriteras bort till förmån för att möta omfattande behov i ett senare skede av sjukdomsutvecklingen (Regeringen 2015, s. 16). Det kan tolkas som att mer resurser ska satsas på att nå de som riskerar att drabbas av psykisk ohälsa framför att behandla de som har psykisk ohälsa. Regeringen lyfter även att det är regioner och kommuners ansvar att utföra ”ändamålsenliga prioriteringar och analyser av var de största behoven finns” (Regeringen 2015, s. 31). Det framgår även att beslutsfattare lokalt, regionalt och nationellt har ett särskilt ansvar att ”prioritera och investera effektivt för att möta de behov som finns.” (ibid). Det finns en annan kravställning än tidigare på både beslutsfattarna själva och på sjukvårdshuvudmännen vad gäller behovsanalyser. Trots att inga målgrupper ska prioriteras lyfter regeringen fram ett antal grupper som särskilt viktiga och konkluderar att det kan finnas andra grupper som också har ett särskilt behov av att få deras förutsättningar analyserade. Det är tydligt att regeringen inte vill lämna någon utanför inom ramen för satsningen. Att regeringen inte öppet prioriterar några målgrupper utan riktar satsningen till alla kan ses som ett medvetet beslut att överlämna hela ansvaret för prioriteringar åt sjukvårdshuvudmännen.

Mot bakgrund av faktorerna ovan bedöms satsningen vara inkonsekvent gentemot plattformen, och motsvarar koherensgrad -1 i det analytiska ramverket. Det innebär att satsningens attribut

tydligt går mot den etiska plattformen och ger motstridiga effekter för politikområdet. Något som kan tala mot bedömningen är regeringens nya förhållningssätt kring behovsanalyser som grund för prioriteringar. Det visar på en markering från regeringens håll att regionerna i högre grad ska analysera vilka behov som finns hos deras lokala befolkning samt tillgodose dessa behov. Det finns således en explicit prioritering av behovsanalyser som grund för prioriteringar. Det framgår även att nationella politiker har ett ansvar att prioritera och investera för att möta de behov som finns. Det faktum att regeringen tydligt tar avstånd från att prioritera inom ramen för en satsning på psykisk (o)hälsa utgör dock belägg för att det prioriteringsansvaret inte återspeglas i satsningens design. En satsning som prioriterar en hel befolkning kan inte bedömas som en aktiv prioritering, utifrån tanken om begränsade resurser, från nationellt håll. Vad regeringen menar med begreppet ”prioritera” är inte tydligt.

6.4. Kömiljarden 2009–2014

- **Bakgrund och syfte**

Den nationella satsningen på en fungerande vårdgaranti, den så kallade kömiljarden, kom till stånd genom en överenskommelse mellan SKL och regeringen i januari 2009. Bakgrunden till satsningen är att uppföljningar visat att regionerna inte levt upp till vårdgarantins åtaganden. Regeringen föreslår därför en riktad miljard med avsikten ”att genom tydliga incitament ytterligare stimulera landstingen att erbjuda patienter vård i enlighet med vårdgarantin.” (Prop. 2009/10:67, s. 23). Kömiljarden är således ett kompletterande styrmedel till den lagstiftade vårdgarantin. Själva sakfrågan, tillgänglighet, har således först reglerats i lagstiftningen för att sedan kompletteras med ett riktat statsbidrag för att stimulera till önskat handlande. Vid kömiljardens införande innebar garantin att primärvården ska finnas tillgänglig per telefon eller på plats samma dag patienten kontaktar vården, patienten ska erbjudas läkarbesök inom en vecka, en remitterad patient ska erbjudas ett första besök i den specialiserade vården inom tre månader, och i de fall ett beslut om operation eller annan åtgärd har tagits ska patienten erbjudas en tid inom tre månader. Sjukvårdshuvudmännen har skyldighet att tillhandahålla vård inom tidsgränserna, informera patienten om garantin och om vård inte kan erbjudas i tid ska patientens extra kostnader för exempelvis resor till ett annat sjukhus täckas av hemregionen (Vårdanalys 2014).

- **Mål och motivering**

I den första överenskommelsen benämns kömiljarden som långsiktig och menad att förbättra tillgängligheten i vården. Målet är att genom ”ekonomiska incitament uppmuntra och stärka

tillgänglighetsarbetet i landstingen.” (Överenskommelse 3, s. 1). Satsningen motiveras av att regeringen vill ”få en fungerande vårdgaranti och korta de vårdköer som i dag medför förlängt lidande för patienterna, försvårar behandlingar och ökar det offentliga kostnader för hälso- och sjukvården.” (Överenskommelse 1, s. 2). Regeringen belyser även att medborgarna uppfattar tillgänglighet till vård som för dålig, trots tidigare tillgänglighetssatsningar (Prop. 2009/10:67).

- **Instrument**

Satsningen består av årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL. Prestationsbaserade ersättningar betalas ut efter uppnådda resultat för väntetider och för de regioner som uppnår målen fördelas medlen efter befolkningsstorlek. En förutsättning för att få ta del av bidraget är att väntetider rapporteras löpande till SKL (Prop. 2009/10:1, s. 22). Över tid har fördelningskriterier och kraven för utbetalning skärpts. I de två första överenskommelserna betalas medel ut om regionerna uppnår målet att 80 procent av patienterna väntat högst 90 dagar på besök respektive behandling. I överenskommelsen för 2014 betalas medel ut om patienten genomfört besök eller behandling inom en tidsram om 60 dagar. Det grundläggande kravet är att 70 procent av patienterna ska ha väntat högst 60 dagar på besök respektive behandling (Prop. 2012/13:1, s. 55f). De instrument kömiljarden består av är överenskommelser (mjuk styrning), redovisningsansvar (hård styrning) samt prestationsbaserad ersättning (hård styrning).

- **Målgrupp - behov, bedömning och motivering**

Målgruppen för satsningen är nya patienter som söker sig till primärvården (Socialstyrelsen 2012). Det vill säga, ersättning betalas ut om väntetiderna för nybesök når upp till de satta målen. I överenskommelsen för 2012 finns ett stycke om att vårdgarantin ska utvecklas så att "den täcker en större del av patientens väg genom vården.” (Överenskommelse 3, s. 3). I nästa överenskommelse finns skrivelser om att införa en modell för återbesök (Överenskommelse 4, s. 6). I de efterföljande överenskommelserna framgår att regionerna ska börja rapportera väntetider för återbesök till den planerade specialiserade vården (Överenskommelse 5, s. 4; Överenskommelse 6, s. 5).

- **Insatsens koppling till den etiska plattformen och bedömning av samspel**

Det finns ett avsnitt om den etiska plattformen i regeringens proposition 2009/10:67. Regeringen redogör för vad den etiska plattformen är och innebär. Till exempel att behov ska täckas i fallande ordning (Prop. 2009/10:67, s. 24). Det görs dock ingen direkt koppling mellan plattformen och övriga delar av propositionen – till exempel i relation till kömiljarden eller vårdgarantin – och det framgår inte heller vad plattformen har för betydelse för kömiljarden.

Det görs konsekvensanalyser över regeringens förslag men de inbegriper inte hur kömiljarden förhåller sig till plattformen eller hur den kan komma att påverka regionernas arbete med prioriteringar. Ingen av överenskommelserna berör den etiska plattformen eller hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf.

Baserat på den information som finns att hämta i nyckeldokumentet kan ett antal aspekter lyftas fram som särskilt väsentliga för bedömningen av samspelet mellan kömiljarden och den etiska plattformen. Det finns en särskild problematik vad gäller prioriteringen av nybesök i kombination med hård prestationsbaserad styrning. Det kan göra att personer som har återkommande behov och regelbundna kontakter med vården nedprioriterats till förmån för nybesök som genom kömiljarden genererar ett ekonomiskt tillskott till regionen. Ett annat möjligt scenario är att en patient med lägre svårighetsgrad som närmar sig vårdgarantins gränser kan prioriteras före en patient med ett allvarligare tillstånd som ligger längre ifrån gränsvärdet och har "tid kvar". Det blir per automatik mer lukrativt för regionen att leva upp till kömiljardens åtaganden än att utgå från prioriteringsbehov. Att det kan finnas risker för bieffekter uppmärksammas dock tidigt och regeringen ger 2010 Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en analys med särskilt fokus på bieffekter (Socialstyrelsen 2012).

De löpande uppföljningarna visar att vissa patientgrupper kan gynnas mer än andra och att det kan ske på bekostnad av andra gruppers tillgänglighet. Socialstyrelsen definierar bieffekten som "när lägre prioriterade patienter (det vill säga patienter som har problem av mindre medicinsk allvarlighetsgrad) får vård före patienter som har högre prioritet (det vill säga ett större medicinskt behov)". (Socialstyrelsen 2012, s. 78). Att Socialstyrelsen får i uppdrag att undersöka eventuella bieffekter påvisar en medvetenhet hos regeringen att satsningen kan riskera att snedvrider prioriteringar. Det görs dock inga större förändringar i kömiljardens design under satsningens fortsatta år trots återkommande rapporter från såväl myndigheter som kliniskt verksamma att satsningen kan snedvrider prioriteringar. I de sista överenskommelserna framgår att regionerna ska börja rapportera väntetider för återbesök men det kopplas inte till de prestationsbaserade målen om vård inom tidsgränserna. Att personer ska ha tillgång till vård är en viktig del av den etiska plattformens principer och riktlinjer men ökad tillgänglighet får inte ske på bekostnad av de som har störst behov av vård. Kömiljarden riskerar att, utifrån sin design, bidra till detta scenario. Det framgår inte i dokumentet att vissa personer kan behöva företräde framför andra. Att det inte förs några resonemang kring behovet av vård baserat på svårighetsgrad, att det lyfts från såväl myndigheter som kliniskt verksamma att prioriteringar

kan snedvridas samt att det inte görs några betydande förändringar i satsningens design utgör viktiga stöd för bedömningen av samspel. Kömiljarden bedöms vara inkonsekvent gentemot den etiska plattformen, vilket motsvarar koherensgrad -1 i det analytiska ramverket. Det finns således tydliga inkonsekvenser i relationen mellan plattform och insats som ger motstridiga effekter för politikområdet och sänder konflikterande styrsignaler till mottagarna i deras arbete med prioriteringar.

7. Diskussion och slutsatser

I avsnittet sammanfattas studiens syfte, studiens resultat diskuteras i relation till de teoretiska utgångspunkterna och centrala slutsatser presenteras. Det lämnas även förslag för fortsatt forskning på ämnet och studiens bidrag till forskningsfältet redogörs för.

7.1. Sammanfattning av studiens syfte

I studien har den statliga styrningen av hälso- och sjukvården, med särskilt fokus på prioriteringar, studerats. Syftet har varit att undersöka hur sammanhållen styrningen är genom att studera samspelet mellan nationella insatser i hälso- och sjukvården och riksdagens etiska plattform för prioriteringar. Studien har utgått från en central huvudfrågeställning – hur styrmedlen förhåller sig till varandra – samt ett antal underfrågor som besvarats genom en analys i två steg: en inledande fas och en innehållsmässig analys. Studien ska ses som ett första försök att studera samspel mellan två olika former av styrmedel – temporära satsningar i hälso- och sjukvården och ett permanent styrinstrument för prioriteringar. Förhoppningen är att bidra med ny kunskap till forskningsfältet om hur temporär och permanent styrning samspelar samt vidareutveckla teori om vilka faktorer som kan ha betydelse för detta samspel.

7.2. Hur förhåller sig temporära satsningar till riksdagens etiska plattform för prioriteringar?

Den etiska plattformen omnämns explicit i endast tre av de åtta satsningar som studerats, medan övriga stundtals – eller inte alls – nämner hälso- och sjukvårdens övergripande mål om jämlikhet eller vård efter behov. Det finns således en tydlig avsaknad av direkt förbindelse mellan de temporära satsningarna och det permanenta styrinstrumentet för prioriteringar. Inom policykoherensteori är det viktigt att ny styrning uppmärksammar existerande styrmedel men det utgör dock ingen nödvändighet för koherens – det viktigaste är att innehållet i styrningen är samstämmigt. Detta undersöks genom att studera attributen: mål, instrument och målgrupp.

Nationella satsningar görs i syfte att visa de politiska prioriteringarna och förverkliga regeringens politik på området. Ibland framgår det explicit att regeringen vill prioritera en viss målgrupp, exempelvis satsningen på kvinnors hälsa, i andra fall framgår det inte alls i dokumenten, exempelvis insatser för psykisk hälsa. Vad det beror på är svårt att veta. Ett genomgående tema är dock att den horisontella prioriteringen – att en viss sjukdomsgrupp ska prioriteras – bedöms vara konsekvent med den etiska plattformens syfte. Regeringen lyfter att det finns ett behov av en satsning och att det till exempel råder ojämlikheter eller att ett område är eftersatt. Det är faktorer som samspelar väl med en etisk och öppen resursfördelning. I majoriteten av dokumenten är det dock inte transparent vad behovet grundas på eller hur bedömningen förhåller sig till den etiska plattformens principer och riktlinjer. Till exempel är det inte alltid tydligt varför vissa målgrupper lämnas utanför trots att det lyfts från olika håll att de bör prioriteras i hälso- och sjukvården.

Vissa satsningar motiveras av att befolkningens förväntningar på vården har ökat och att satsningen är ett svar på den utvecklingen. Det kan tolkas som beslut förankrade i rummet (Andersson, Erlandsson & Sundström 2017). Det behöver dock inte nödvändigtvis betyda att förväntningarna motsvaras av en faktisk ökning i behov. Att styra efter förväntningar kan vara opportunt framför att styra efter de prioriteringar som den etiska plattformen föreskriver. Det framgår till exempel mycket sällan hur satsningarna förhåller sig till att de med störst behov ska ges företräde eller svårighetsgrad i relation till behov av vård. Den öppenhet och transparens som den etiska plattformen föreskriver att prioriteringar i hälso- och sjukvården ska präglas av saknas.

I studien sticker två satsningar ut ur mängden – de två första handlingsplanerna för psykisk ohälsa 2001–2007. Av samtliga satsningar överensstämmer de allra mest med den etiska plattformen och är de enda som både nämner, tar hänsyn till och aktivt involverar den i designen. I studier av policydesign finns ett särskilt fokus på att undersöka förändring över tid då politikernas grad av frihet påverkas av tidigare beslut (se exempelvis Howlett, Mukherjee & Woo 2015). Utifrån tankar om stigberoende bör de efterföljande satsningarna på psykisk ohälsa fortsatt ha en tydlig koppling till den etiska plattformen. Denna trend framträder dock inte i materialet – det tycks däremot som att styrmedlen påverkas av förändringar i kontexten. Det finns flera politiska aspekter i satsningarnas utformning som kopplar an till andra politiska mål eller pågående processer. Exempelvis prioriteras ökad sysselsättning och valfrihet i satsningar på psykisk ohälsa mellan 2007–2014, medan satsningar från 2015 och framåt kopplas an till ett

större pågående jämställdhetsarbete. Detta kan tolkas som beslut förankrade i rummet (Andersson, Erlandsson & Sundström 2017). I stort sett samtliga av de studerade satsningarna nämner eller kopplar an till andra pågående insatser i hälso- och sjukvården. Det lyfts att varje insats var för sig och tillsammans utgör en del av regeringens större arbete eller strategi för att uppnå ett högre mål, till exempel ökad sysselsättning eller att minska de påverkbara klyftorna. Det finns en explicit medvetenhet att det enskilda styrmedlet kan påverka eller påverkas av annan styrning vilket går väl i hand med policykoherensteori. Samma medvetenhet kring styrmedlens påverkan på prioriteringar i vården och sjukvårdshuvudmännens arbete saknas dock.

I många fall sänder satsningarna signaler om prioriteringar som riskerar att – eller går i direkt – strid med plattformen. Det finns inga belägg för att de politiska insatserna (de två första handlingsplanerna exkluderade) görs som komplement till den etiska plattformen. Satsningarna är istället i hög grad fristående från den. Ett annat återkommande tema är den bristande interna logiken bakom satsningarnas inbördes prioriteringar. Det framgår inte hur regeringen förhåller sig till olika prioriterade områden och målgrupper – om vissa ska vara överordnade andra – eller hur mottagarna i sin tur ska förhålla sig till dem. Det skulle kunna förklaras av att temporära satsningar är politiskt laddade till sin natur samt att många aktörer varit med och berett underlagen och velat få med sina specifika önskemål i designen (Baier, March & Saetren 1986). Det kan således finnas vetskap från politiskt håll att en satsning inte är logisk men att problemet överlämnas åt mottagarna att hantera. Det finns dock en påtaglig problematik för koherensen att sjukvårdshuvudmännen förväntas efterleva plattformens mjuka principer samtidigt som hård nationell styrning går i andra riktningar. Det är tänkbart att regionerna i högre grad svarar upp mot de ekonomiska incitament bidragen står för än den mjukare normativa styrning plattformen utgör. Om målet är att prioriteringar i hälso- och sjukvården ska vägledas av plattformen, att de med störst behov ska ges företräde och att prioriteringarna ska vara öppna och transparenta så utgör den mjuka karaktären en nackdel i sammanhanget.

Tidigare forskning finner att politiker gärna samlas kring tanken om mer vård åt alla och har en mer tillåtande inställning kring tillgång till vård oberoende av behov (Blomqvist 2007b; Rosén, de Fine Licht & Ohlsson 2014). Det finns belägg i studien för en värdekonflikt mellan ökad tillgänglighet till vård och prioriteringar enligt den etiska plattformen – det ges betydligt större utrymme åt det tidigare än det senare. Kömiljarden är ett hårt komplement till den permanenta vårdgarantin och kan tolkas som en markering från statligt håll att tillgänglighet är högt

prioriterat. I majoriteten av satsningarna är ökad tillgänglighet också ett prioriterat område medan de öppna prioriteringar plattformen föreskriver saknas i hög grad. Den etiska plattformen är oförändrad sedan införandet 1997 medan vårdgarantin, å sin sida, har förändrats vid ett flertal tillfällen sedan införandet 1992. Ett förslag på vidare studier på ämnet är att undersöka samspelet mellan den etiska plattformen och vårdgarantin – två permanenta och lagstadgade styrinstrument som värnar om olika värden i hälso- och sjukvården.

Tidigare forskning finner att regionala politiker tenderar att passa vidare ansvar för prioriteringar till kliniskt verksamma (Rosén & Karlberg 2002; Werntoft & Edberg 2009). I studien framträder belegg för att nationella politiker i sin tur passar vidare ansvar till regionala politiker. Till exempel adresserar kronikersatsningen och satsningen på kvinnors hälsa halva befolkningen, medan satsningen på psykisk hälsa riktas till alla. Det innebär att en kvinna med astma och psykiskt välmående omfattas av samma nationella satsningar som en kvinna med cancer och psykisk ohälsa. Trots att syftet med styrningen är att belysa de politiska prioriteringarna finns en målgruppskonstruktion som i slutändan täcker en stor del av befolkningen. Det kan tolkas som en tydlig motvilja från regeringens håll att lämna någon utanför och att hela ansvaret för prioriteringar lämnas över till sjukvårdshuvudmännen – trots att det är ett ansvar för alla beslutsnivåer. Det kan förstås med hjälp av Schneider och Ingrams (1993; 1997) sociala målgruppskonstruktioner: att politiker tenderar att fatta beslut som gynnar stora grupper.

Utvecklingen av satsningen på kvinnors hälsa, från en satsning på primärvård med särskilt fokus på socioekonomiskt utsatta kvinnor till att enbart fokusera på vård av gravida, kan också ses i ljuset av dessa målgruppskonstruktioner. Vissa grupper kan vara starkare i sin argumentation och bättre på att mobilisera sig, till exempel genom att synas och höras i media, medan grupper som är av större reellt behov av vård inte nödvändigtvis syns eller hörs på liknande sätt. Behov av vård är inte detsamma som efterfrågan av vård och fastslås också i flera av dokumenten. Det finns således en medvetenhet hos regeringen att efterfrågan av vård kan skilja sig mellan grupper i samhället. Varför en nationell satsning på att främja kvinnors hälsa smalnas av till att enbart gälla gravida kvinnor öppnar upp för tolkningar om betydelse av externt påtryck i designen av satsningar. Det är en aspekt som bör studeras vidare. Det är även regeringens uppgift att återrapportera till riksdagen hur arbetet med prioriteringar fortlöper. Den tydliga bristen av koppling mellan styrmedlen öppnar upp för vidare studier om styrning mellan riksdag

och regering: hur ser styrningen ut, återförs information om prioriteringar till riskdagen och efterfrågas det överhuvudtaget?

Tidigare forskning framhåller att prioriteringar är obekväma frågor för politiker att hantera (Rosén & Karlberg 2002; Werntoft & Edberg 2009; Rosén, de Fine Licht & Ohlsson 2014) och det finns flera fynd i studien som stödjer den slutsatsen ytterligare, till exempel avsaknaden av öppenhet kring prioriteringar och en tydlig ansvarsförskjutning till regionerna. "Prioritera" har en diffus innebörd och det är inte tydligt vad regeringen menar med begreppet. Det är oklart om det som prioriteras ska sättas före allt annat eller om begreppet används för att belysa något särskilt viktigt och som inte nödvändigtvis innebär att något annat samtidigt väljs bort. Begreppets betydelse är centralt, men inte givet i sammanhanget. Det finns även belägg i studien för att tidsaspekten har betydelse. Till skillnad från de temporära satsningarna, som studien visar har skiftat i både fokus och design över åren, är den etiska plattformen ett permanent styrinstrument som inte har förändrats över tid. Det finns däremot stöd i empirin för att omgivningens syn på plattformen kan ha förändrats under samma period. Utvecklingen kan förstås utifrån teori om institutionellt minne och att kunskap i en institution kan klinga av över tid (Richards & Smith 2016; Corbett et al. 2017). Om det är ett fall av medveten eller omedveten institutionell glömska kräver vidare studier.

Det finns således ett antal centrala slutsatser som kan dras av studiens resultat. I majoriteten av satsningarna saknas direkt koppling till den etiska plattformen, den öppenhet plattformen föreskriver att prioriteringar ska präglas av saknas samt att de uppvisar flera inkonsekventa drag gentemot plattformens syfte och mening. Det finns stöd i empirin för att regeringen i många fall sänder konflikterande signaler till mottagarna och att det finns en påtaglig risk för att styrningen på området blir fragmenterad. Nationell nivå tycks inte alltid leva som den lär. Att den etiska plattformen trots allt är en del av lagen och de nationella målen för hälso- och sjukvården samtidigt som så lite hänsyn tas till den i nationella satsningar är anmärkningsvärt.

Tidigare forskning slår fast att det är svårt att undersöka och bedöma samspel mellan styrmedel (Howlett 2011; Nilsson et al 2012) och även i denna studie finns ett antal utmaningar – framförallt gällande validitet i bedömningen av koherensgrad. Det är svårt att göra nyanserade och konsekventa bedömningar när materialet skiftar i både omfattning och detaljeringsgrad. Till exempel har processen att bedöma samspel varit enklare när materialet varit av mindre omfattning än att bedöma samspel där materialet varit större och innehållet spretat i många

riktningar. En politisk insats som är stor och spretig i sin design utgör dock, enligt policykoherensteori, en direkt nackdel för samstämmigheten och påverkar mottagarens möjligheter att omsätta styrningen i konkret handling (Nissinen et al. 2015). Det finns således en koherensfaktor av betydelse även här. Dock utgör bedömningen av den exakta koherensgraden inte det huvudsakliga syftet med studien utan snarare att undersöka hur förbindelsen mellan styrmedlen ser ut och om de i någon mån går i samma riktning.

Studien lämnar ett bidrag till forskningsfältet. Ett analytiskt ramverk med utgångspunkt i policykoherensteori tillämpas för att undersöka samspelet mellan ett permanent styrinstrument och temporära insatser. Analysramverket vidareutvecklas med hjälp av teori som bedöms kunna bidra med förståelse för samspelet mellan olika former av statlig styrning – hur målgrupper konstrueras, betydelsen av styrmedlens hårda eller mjuka karaktär samt vikten av tid. I den empiriska undersökningen framgår att ramverket fyller sitt tilltänkta syfte. Det finns stöd i studien för att tid spelar roll och att såväl institutionellt minne som politiska motiv och styrmedlens karaktär kan ha betydelse för samspelet. Samhället är i ständig omvandling och synen på ett permanent styrinstrument kan förändras över tid. Det sker regeringsskiften, en allmän utveckling i samhället och andra förändringar som tar uppmärksamhet och som kan påverka synen på tidigare styrning och kunskap. Temporära styrmedel är tillfälliga, påverkas av externa faktorer och förändras i takt med samhället medan ett permanent styrmedel består.

Studiens resultat ger belägg för att en politisk aspekt tillsammans med en tidsdimension och ett kriterium för styrmedlens karaktär bör inkluderas i en modell vars syfte är att studera samspelet mellan permanent och temporär styrning. Hård styrning är kraftigare än mjuk och kan inverka på mottagarnas uppfattning av styrmedlens relevans i sammanhanget. Det mjuka kan få stå tillbaka för det hårda och därigenom inverka på koherensen med annan styrning. Politik tycks utgöra en viktig faktor tillsammans med aspekten av tid och där ett institutionellt minne – eller glömska – kan utgöra centrala faktorer. Det är inte en självklarhet att ett permanent styrinstrument uppfattas som en naturlig del av den statliga styrningen över tid, samtidigt som det inte heller är en självklarhet att det bör göra det. Fortsatta studier i ämnet är önskvärt.

Källförteckning

- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur.
- Andersson, C., Erlandsson, M., & Sundström, G. (2017). *Marknadsstaten: om vad den svenska staten gör med marknaderna-och marknaderna med staten*. Liber.
- Ashoff, G. (2005). *Enhancing policy coherence for development: justification, recognition and approaches to achievement*. Report: German Development Institute
- Baier, V. E., March, J. G. & Saetren, H. (1986). Implementation and ambiguity. *Scandinavian Journal of Management*, 2(3-4): 197-212.
- Betänkande 2014/15:UbU14. *Specialdestinerade statsbidrag – ett sätt att styra mot en mer likvärdig skola?*
- Blomqvist, P. (2007a). *Kan politikerna styra sjukvården?* Institutet för framtidsstudier. *Framtider* 2/2007, 28-33.
- Blomqvist, P. (Red). (2007b). *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS
- Boréus, K., & Bergström, G. (2012). *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text-och diskursanalys*. Studentlitteratur.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder* (2 uppl.). Malmö: Liber.
- Christensen, T., & Lægreid, P. (2007). The whole-of-government approach to public sector reform. *Public administration review*, 67(6), 1059-1066.
- Christensen, T., & Lægreid, P. (2008). The challenge of coordination in central government organizations: The Norwegian case. *Public Organization Review*, 8, 97–116.
- Cejudo, G. M., & Michel, C. L. (2017). Addressing fragmented government action: Coordination, coherence, and integration. *Policy Sciences*, 50(4), 745-767.
- Corbett, J., Grube, D. C., Lovell, H., & Scott, R. (2017). Singular memory or institutional memories? Toward a dynamic approach. *Governance*, 31(3), 555-573. 2018.
- Dahlberg, M., & Rattsö, J. (2010). *Statliga bidrag till kommunerna – i princip och praktik*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, 2010:5.
- Day, G., (1994). The Capabilities of Market-Driven Organizations. *Journal of Marketing*, Vol. 58, No. 4 (Oct., 1994) (s. 37-52)
- Dir. 1997:135. *Delegation för uppföljning av riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Beslut vid regeringsammansammanträde den 23 oktober 1997.
- Dir. 1992:8. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- Feltenius, D. (2010). Decentraliserad äldreomsorg under förvaltning. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 14(3and4), 61-85.
- Forster, J., & Stokke, O. (1999). *Coherence of policies towards developing countries: Approaching the problematique*. In J. Forster & O. Stokke (Eds.) (1999), *Policy coherence in development co-operation*. London: Frank Cass.
- Fukasaku, K., & Hirata, A. (1995). The OECD and ASEAN: Changing economic linkages and the challenge of policy coherence. In K. Fukasaku, M. G. Plummer, & L.-H. Tan (Eds.), *OECD and ASEAN economies: The challenge of policy coherence*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Hallin, B., & Siverbo, S. (2002). *Jakten på den goda styrningen*. Göteborg: Centrum för hälso- och sjukvårdsanalys.
- Head, B. W., & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & society*, 47(6), 711-739.
- Helgesson, C-F. (2011). *Reflektioner rörande den mångfaldiga styrningen till statens vård- och omsorgsutredning*. Underlag till statens vård- och omsorgsutredning SOU 2012:33

- Holan, P., & Phillips, N., (2004). Remembrance of Things Past? *The Dynamics of Organizational Forgetting. Management Science, Vol. 50, No. 11 (Nov., 2004).*
- Howlett, M. (2011). *Designing public policies: Principles and instruments.* Routledge.
- Howlett, M., & Lejano, R. P. (2013). Tales from the crypt: The rise and fall (and rebirth?) of policy design. *Administration & Society, 45(3), 357-381.*
- Howlett, M., & Rayner, J. (2013). Patching vs packaging in policy formulation: Assessing policy portfolio design. *Politics and Governance, 1(2), 170-182.*
- Howlett, M., Mukherjee, I., & Woo, J. J. (2015). From tools to toolkits in policy design studies: the new design orientation towards policy formulation research. *Policy & Politics, 43(2), 291-311.*
- Howlett, M., & Mukherjee, I. (2017). Policy design: From tools to patches. *Canadian Public Administration, 60(1), 140-144.*
- Hsieh, H-F. & Shannon, S-E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research 15(9), 1277-1288.*
- Hwang, K. (2014). Policy Design Theory: Its Utilities and Challenges. *International Journal of Policy Studies, 5(1), 1-12.*
- Jacobsson, B., Pierre, J., & Sundström, G. (2015). *Governing the embedded state: The organizational dimension of governance.* OUP Oxford.
- Kern, F., Kivimaa, P., & Martiskainen, M. (2017). Policy packaging or policy patching? The development of complex energy efficiency policy mixes. *Energy Research & Social Science, 23, 11-25.*
- Koschinsky, J., & Swanstrom, T., (2001). Confronting Policy Fragmentation: A Political Approach to the Role of Housing Nonprofits. *Review of Policy Research, 18(4), 111-127.*
- Leavy, P. (Ed.). (2014). *The Oxford handbook of qualitative research.* Oxford library of psychology.
- Liss, P-E. (2002). *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys.* Prioriteringscentrum 2002:4
- May, T. (2013). *Samhällsvetenskaplig forskning.* 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- May, P. J., Jones, B. D., Beem, B. E., Neff-Sharum, E. A., & Poague, M. K. (2005). Policy coherence and component-driven policymaking: Arctic Policy in Canada and the United States. *The Policy Studies Journal, 33(1), 37-63.*
- May, P., Sapotichne, J., & Workman, S. (2006). Policy coherence and policy domains. *Policy Studies Journal, 34(3), 381-403*
- McKillip, J. (1998). *Need analysis. Process and techniques* i Bickman, L & D. J. Rog (Red.) *Handbook of applied social research methods.* Thousand Oaks, Ca: Sage
- Nilsson, M., Zamparutti, T., Petersen, J. E., Nykvist, B., Rudberg, P., & McGuinn, J. (2012). Understanding policy coherence: analytical framework and examples of sector–environment policy interactions in the EU. *Environmental Policy and Governance, 22(6), 395-423.*
- Nissinen, A., Heiskanen, E., Perrels, A., Berghäll, E., Liesimaa, V., & Mattinen, M. K. (2015). Combinations of policy instruments to decrease the climate impacts of housing, passenger transport and food in Finland. *Journal of Cleaner Production, 107, 455-466.*
- OECD (2001). *The DAC Guidelines – Poverty reduction.* OECD PUBLICATIONS, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
- OECD (2018). *Policy Coherence for Sustainable Development 2018 - Towards Sustainable and Resilient Societies.* Published on May 28, 2018. OECD Publishing, Paris
- Pollitt, C. (2008). *Time, policy, management: Governing with the past.* Oxford, UK: Oxford University Press.
- Prioriteringscentrum (2007). *Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården.* Rapport 2007:2

- Prioriteringscentrum (2016). *Uppföljning av prioriteringsarbeten: exempel på olika tillvägagångssätt*. Prioriteringscentrum 2016:2.
- Prop. 1991/92:150. *Med förslag om slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93, m.m. (kompletteringsproposition)*.
- Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- Prop. 2009/10:67. *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.
- Richards, D., & Smith, M. (2016). The Westminster model and the “indivisibility of the political and administrative elite”: A convenient myth whose time is up? *Governance*, 29(4), 499–516.
- Riksrevisionen (2004). *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård*. RiR 2004:9
- Riksrevisionen (2014). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*. RiR 2014:20
- Riksrevisionen (2016). *Statens styrning genom riktade statsbidrag inom hälso- och sjukvården*. RiR 2016:29
- Riksrevisionen (2017). *Riktade statsbidrag till skolan – nationella prioriteringar men lokala behov*. RiR 2017:30
- Rosén P., & Karlberg I. (2002). Opinions of Swedish citizens, healthcare politicians, administrators and doctors on rationing and health-care financing. *Health Expectations* 2002;5:148–55.
- Rosén, P., de Fine Licht, J., & Ohlsson, H. (2014). Priority setting in Swedish health care: Are the politicians ready? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2014; 42: 227–234
- Schneider, A., & Ingram, H. (1990). Behavioral assumptions of policy tools. *The Journal of Politics*, 52(2), 510-529.
- Schneider, A., & Ingram, H. (1993). Social Construction of Target Populations. Implications for Politics and Policy. *The American Political Science Review*, 87(2): 334-34
- Schneider, A., & Ingram, H. (1997). *Policy design for democracy*. Lawrence: University Press of Kansas
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet
- Sianes, A. (2017). Shedding light on policy coherence for development: A conceptual framework. *Journal of international development*, 29(1), 134-146.
- Simões, S., Huppés, G., Seixas, J., (2005). A tangled web: Assessing overlaps between energy and environmental policy instruments in place along electricity systems. In: *ECEEE 2005. Summer Study Proceedings, vol. 1, pp. 125e126*.
- Simons, H. (2009). *Case study research in practice*. London: SAGE, 2009.
- Socialdepartementet (2005). *Uppdrag att utvärdera och utveckla arbetet med prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. S2005/xxxx/HS. 2005-12-01.
- Socialstyrelsen (2006). *Avtal om uppdrag att utvärdera och utveckla arbetet med prioriteringar inom hälso- och sjukvård*. Dnr 01-03536/2006. 2006-04-04. Stockholm
- Socialstyrelsen (2017). *Uppföljning av Prioriteringscentrum 2016. Redovisning av 2016 års verksamhet*. Artikelnummer 2017-3-64
- SOU 1995:5. *Vårdens svåra val*. Stockholm mars 1995.
- SOU 2001:8. *Prioriteringar i vården. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen*. Fritzes, Stockholm, Offentliga Publikationer
- SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande av Ansvarskommittén*. Stockholm: Fritzes, Offentliga Publikationer.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Elanders Sverige AB, Stockholm 2016
- SOU 2017:47. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa*. Elanders Sverige AB, Stockholm 2017

- SOU 2018:39. *God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.* Elanders Sverige AB, Stockholm 2018
- SOU 2018:80. *Samspel för hälsa - Finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring. Betänkande av Utredningen om finansiell samordning mellan hälso- och sjukvård och sjukförsäkring.* Elanders Sverige AB, Stockholm 2018
- Statens medicinsk-etiska råd – SMER (2009). *Om Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården.* Bilaga till beslut av Statens medicinsk etiska råd (S 1985:A) den 23 januari 2009, Dnr 03/09
- Statskontoret (2005). *Reglering och andra styrmedel. En studie av hur staten styr kommuner och landsting.* 2005:28
- Statskontoret (2019). *Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och landsting – en analys.* Statskontoret 2019:2
- Sundström, G. (2016). Strategisk styrning bortom NPM. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 118(1), 145-171.
- Swanborn, P. G. (2010). *Case Study Research : What, Why and How?* SAGE Publications Ltd, 2010.
- Thoresson, K. (2012). ”Mångfaldig styrning – en teoriöversikt” i Krohwinkel Karlsson & Winberg (2012) *På väg mot en värdefull styrning.* LHC Report: #1 2012
- Vartiainen, P. (2005). Wicked health care issues: an analysis of Finnish and Swedish health care reforms. In *International Health Care Management* (pp. 159-182). Emerald Group Publishing Limited.
- Vedung, E. (1997). *Public Policy and Program Evaluation.* New Brunswick, Transaction Publishers.
- Vedung, E. (1998). “Policy Instruments: Typologies and Theories”. I: Ray C. Rist, Evert Vedung & Marie-Louise Bemelmans-Videc (eds), *Carrots, Sticks and Sermons: Policy Instruments and Their Evaluation.* New Brunswick, NJ, Transaction.
- Vedung, E. (2003). ”Styrmedel”. I: Energimyndigheten, Naturvårdsverket och Boverket, *Effektivare energi i bostäder: En antologi om framtidens styrmedel.* Eskilstuna, Energimyndighetens förlag.
- Vedung, E. (2009). *Utvärdering i politik och förvaltning.* Studentlitteratur AB
- Werntoft, E., & Edberg, A.K. (2009). Decision makers’ experiences of prioritisation and views about how to finance healthcare costs. *Health Policy* 2009;92:259–67.
- Yin, R. K. (2007). *Fallstudier: design och genomförande.* Liber.
- Östergren, K. & Sahlin-Andersson, K., (1998). *Att hantera skilda världar. Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration.* Stockholm: Landstingsförbundet

Kronikersatsningen

- Regeringen (2014a). Handlingsplan 2014. Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Socialdepartementet. S2014.016
- Regeringen (2014b). Nationell strategi för att förebygga och behandla kroniska sjukdomar. Socialdepartementet. S2014.005
- Vårdanalys (2018). Stöd på vägen. En uppföljning av satsningen på att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. Rapport 2018:3. ÅTTA.45 Tryckeri
- Överenskommelse 1 (2014). Socialdepartementet. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2014.
- Överenskommelse 2 (2015). Socialdepartementet. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015.

Överenskommelse 3 (2016). Socialdepartementet. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2016.

Överenskommelse 4 (2017). Socialdepartementet. Insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar m.m. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017.

Satsningen på kvinnors hälsa

Bet. 2017/18:SoU1. Socialutskottets betänkande

Prop. 2014/15:99

Prop. 2015/16:1

Prop. 2016/17:99

Prop. 2018/19:1

Regeringen (2018). <https://www.regeringen.se/artiklar/2016/11/insatser-for-kvinnors-halsa/>. Publicerad 30 november 2016 · Uppdaterad 27 mars 2018. [Hämtad 2019-05-01].

Socialdepartementet (2019). Utbetalningar för kvinnors hälsa och förlossningsvård 2019 (kronor). 2019-05-02.

Vårdanalys (2018). I väntans tider. En delrapport om satsningen på kvinnors hälsa. Rapport 2018:2. ÅTTA.45 Tryckeri

Överenskommelse 1 (2015–2016). En förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

Överenskommelse 2 (2017–2019). Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017 - 2019.

Överenskommelse 3 (2017–2019). Ökad tillgänglighet och jämlikhet i förlossningsvården och förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017 - 2019.

Överenskommelse 4 (2018–2019). Ökad tillgänglighet och jämlikhet i mödra- och förlossningsvården samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2018 - 2019

Satsningar på psykisk ohälsa

Bet. 2005/06:SoU6 Socialutskottets betänkande 2005/06:SoU6. Psykiatri

Bet. 2008/09:SoU1 Socialutskottets betänkande. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg m.m.

Bilaga till regeringsbeslut (2009). Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. 2009-02-26 nr 1:7.

Prop. 1999/2000:149 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.

Prop. 2005/06:1 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. UTGIFTSOMRÅDE 9. Förslag till statsbudget för 2006.

Regeringen (2005). Överenskommelse om en fortsatt satsning för utveckling av psykiatri. Socialdepartementet. S2005/3716/HS.

Regeringen (2012a). PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016. S2012:006.

Regeringen (2012b). Strategi för en god och mer jämlik vård 2012–2016. S2012.013

Regeringen (2015). Regeringens strategi inom området psykisk hälsa 2016–2020. Fem fokusområden fem år framåt.

Riksrevisionen, redogörelse till riksdagen. 2009/10:RRS6
 Skr. 2008/09:185. En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.
 Socialstyrelsen (2008). Uppföljning av överenskommelserna om en fortsatt satsning på primärvård, äldreomsorg och psykiatri. Slutrapport – februari 2008. Artikelnr 2008-103-3
 Socialstyrelsen (2015). Överenskommelse mellan staten och SKL inom området psykisk ohälsa Redovisning av 2015 års bedömning av grundkrav och prestationsmål.
 Överenskommelse 1 PRIO (2012). Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. S2012/8769/FS
 Överenskommelse 2 PRIO (2013). Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2014. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. S2013/8791/FS
 Överenskommelse 3 PRIO (2014). Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2015. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting. S2014/8909/FS
 Överenskommelse 1 (2015). Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.
 Överenskommelse 2 (2016). Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2017. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.
 Överenskommelse 3 (2017). Insatser inom psykisk hälsa - området 2018. Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting.

Kömiljarden

Prop. 2009/10:67.

Prop. 2012/13:1.

Regeringen (2015). <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2015/04/en-miljard-for-utveckling-av-samordning-och-tillganglighet-i-varden/> Publicerad 25 april 2015 · Uppdaterad 28 april 2015. [Hämtad 2019-05-03]

Socialstyrelsen (2012). Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011. Artikelnr 2012-5-16.

Vårdanalys (2014). Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden? Rapport 2014:3. TMG Sthlm, Stockholm 2014

Överenskommelse 1 (2008). Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti. 2009.

Överenskommelse 2 (2009). Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. 2009-12-16. S2009/10117/HS

Överenskommelse 3 (2010). 2011 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. 2010-12-22. S2010/9125/HS

Överenskommelse 4 (2011). 2012 års överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. 2011-12-15. S2011/11007/FS

Överenskommelse 5 (2012). Fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård ("kömiljarden") 2013. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2012-12-13. S2012/8767/FS (delvis)

Överenskommelse 6 (2013). Fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård ("kömiljarden") 2014. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. 2013-12-12. S2013/8788/FS (delvis)

Bilagor

Den etiska plattformens attribut

Mål	Instrument	Målgrupp
<ul style="list-style-type: none"> Att etiskt hushålla med hälso- och sjukvårdens begränsade resurser och redovisa prioriteringar öppet och offentligt. 	<p>För att etiskt hushålla med de begränsade resurserna ska hälso- och sjukvården vägledas av tre etiska principer (rangordnade):</p> <ul style="list-style-type: none"> Människovärdesprincipen <ul style="list-style-type: none"> Alla människors lika värde, oberoende ursprung, personliga egenskaper eller bakgrund. Behovs- och solidaritetsprincipen <ul style="list-style-type: none"> Resurser ska satsas på de patienter och verksamheter med störst behov. Kostnadseffektivitetsprincipen <ul style="list-style-type: none"> Vård av svårare sjukdomar går före lindrigare, trots att vård för de svårare tillstånden kostar mer. 	<p>Prioriteringsriktlinjer med kliniska exempel (rangordnade):</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriteringsgrupp I: Vård av livshotande akuta sjukdomar: Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död: Vård av svåra kroniska sjukdomar: Palliativ vård och vård i livets slutskede: Vård av människor med nedsatt autonomi. Prioriteringsgrupp II: Prevention, habilitering/rehabilitering. Prioriteringsgrupp III: Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. Prioriteringsgrupp IV: Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Kronikersatsningen 2014–2017

Mål	Instrument	Målgrupp
<p>– vad är syftet med insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Utveckla vården för personer med kroniska sjukdomar Stärka förutsättningarna för en god och jämlik hälso- och sjukvård <p>– vilket mål ska insatsen uppnå eller vad är problemet som ska lösas?</p> <ul style="list-style-type: none"> Insatsen ska uppnå: <ul style="list-style-type: none"> Mer patientcentrerad Mer kunskapsbaserad vård Fokus på prevention och tidig uppmärksamhet <p>– vad motiverar insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Forskning/erfarenhet visat att kroniska sjukdomar kan förebyggas och behandlas, vilket är viktigt för patientens välbefinnande Viktigt för samhällsekonomin Vård av kroniskt sjuka står för en stor del av sjukvårdskostnaderna Kroniskt sjuka i högre grad långtidssjukskrivna/står utanför arbetsmarknaden 	<p>– hur ska insatsen uppnå målet?</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioritera förebyggande insatser Öka nationella riktlinjers genomslagskraft Involvra patienter <p>– vilka hårda och/eller mjuka verktyg består insatsen av?</p> <ul style="list-style-type: none"> Överenskommelser med SKL (mjuk styrning) Uppdrag till myndigheter att utveckla kunskapsstyrning (mjuk styrning) Riktade statsbidrag i form av stimulansmedel (hård styrning) Redovisningsansvar samt uppföljningar/utvärdering (hård styrning) <p>→ Betonas att regionerna får, utifrån behov, välja vad som ska göras inom ramen för satsningen</p>	<p>– till vem/vilka riktar sig insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kroniskt sjuka Jämställdhetsperspektiv ska genomsyra Kroniskt sjuka innefattar allt från breda folksjukdomar (t.ex. astma, diabetes, högt blodtryck och långvarig smärta) till sällsynta sjukdomar eller syndrom som medför omfattande och livslånga funktionsnedsättningar. <p>– vilket behov ligger bakom val av målgrupp, hur har det bedömts och motiverats?</p> <ul style="list-style-type: none"> Behov av att: <ul style="list-style-type: none"> Förbättra vården för kroniskt sjuka Har bedömts genom: <ul style="list-style-type: none"> Forskning och tidigare erfarenhet påvisar att kroniska sjukdomar både kan förebyggas och behandlas (hänvisar till myndighetsrapporter och internationell statistik). Motiveras av att: <ul style="list-style-type: none"> Bättre vård är viktigt för patienters välbefinnande Att det är samhällsekonomiskt viktigt
<p>– Tar insatsen hänsyn till den etiska plattformen/hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf? Nej.</p> <p>– Motiveras insatsens mål eller problem utifrån ett behov av prioriteringar? Inte explicit.</p>		

Satsningen på kvinnors hälsa 2015–2022

Mål	Instrument	Målgrupp
<p>– vad är syftet med insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minska ojämställdheten mellan kvinnor och män • Motverka sjukskrivningar hos kvinnor • Minska hälsoklyftorna i samhället • Bidra till att uppnå det jämställdhetspolitiska delmålet • Öka medborgarnas tillit till förlossningsvården <p>– vilket mål ska insatsen uppnå eller vad är problemet som ska lösas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • En mer tillgänglig, säker, kunskapsbaserad och jämlik vård inom förlossningsvård, primärvård och annan vård som bidrar till att främja kvinnors hälsa • Vården ska utgå från kvinnans behov • Främja sjukvårdshuvudmännens förutsättningar • Jämlik vård och jämlik hälsa <p>– vad motiverar insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bättre tillgänglighet till förlossningsvård • Brist på kontinuitet i vårdkedjan före, under och efter graviditet • Bristande eftervård för kvinnor med förlossningsskador • Skillnader i hälsa mellan befolkningen • Kvinnor lägre prioriterade i vården och sjukskrivna i högre grad än män 	<p>– hur ska insatsen uppnå målet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avgiftsfri mammografiscreening • Avgiftsfri screening livmoderhalscancer • Kostnadsfria preventivmedel • Minskade förlossningsskador • God tillgång till medicinsk abort • Förbättra bemanning och kompetensförsörjning • Ökad kunskapsstyrning • Stärka primärvården, i synnerhet för socioekonomiskt utsatta områden • Främja den sexuella och reproduktiva hälsan, generellt och i synnerhet i socioekonomiskt utsatta områden • Utbyggnad av utbildningar • Stärka vårdkedjan för gravida • Förbättra bemanningssituationen inom förlossningsvården • Stärka kompetensförsörjningen • Prioritera eftervård av gravida • Förbättrad neonatalvård <p>– vilka hårda och/eller mjuka verktyg består insatsen av?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Överenskommelser med SKL (mjuk styrning) • Uppdrag till myndigheter att utveckla kunskapsstyrning (mjuk styrning) • Riktade statsbidrag i form av stimulansmedel (hård styrning) • Redovisningsansvar samt uppföljningar/utvärdering (hård styrning) <p>→ Betonas ett tillitsbaserat förhållningssätt och att regionerna får stor frihet att själva bedöma vad som ska göras för att nå målen</p>	<p>– till vem/vilka riktar sig insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvinnor generellt • I synnerhet gravida kvinnor, socioekonomiskt svaga kvinnor, våldsutsatta kvinnor, könsstympade kvinnor, män och partners, för tidigt födda barn * För år 2020–2022, enbart förlossningsvården (indirekt gravida kvinnor) <p>– vilket behov ligger bakom val av målgrupp, hur har det bedömts och motiverats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behov av att: <ul style="list-style-type: none"> - Utjämna olikheter mellan regioner och hälsoklyftor mellan befolkningen - Förbättra det ansträngda läget i förlossningsvården - Skapa bättre förutsättningar för kvinnors hälsa • Har bedömts genom: <ul style="list-style-type: none"> - Att regeringen bedömer att det finns utvecklingsbehov - Efterfrågan på barnmorskor överstiger tillgången - Kvinnor lägre prioriterade i vården • Motiveras genom: <ul style="list-style-type: none"> - Regionala skillnader i vård - Skillnader mellan grupper i hälsa och vård - Delaktiga män/partners skapar bättre förutsättningar för kvinnors hälsa
<p>– Tar insatsen hänsyn till den etiska plattformen/hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf? Portalparagrafen omnämns i överenskommelserna.</p> <p>– Motiveras insatsens mål eller problem utifrån ett behov av prioriteringar? Ja, med skiftande fokus från år till år.</p>		

Handlingsplan del 1 och 2 Psykisk ohälsa 2001–2007

Mål	Instrument	Målgrupp
<p>– vad är syftet med insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utveckla och förbättra den samlade hälso- och sjukvården • Förbättra tillgänglighet och kvalitet • Minska trycket på personalen • Öka resurserna till hälso- och sjukvården • Förändra inriktningen genom ett ökat fokus på förebyggande och tidiga insatser <p>– vilket mål ska insatsen uppnå eller vad är problemet som ska lösas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förbättra samhällets förmåga att hantera psykisk ohälsa <p>– vad motiverar insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brister i vården av psykisk sjuka • Flodvågskatastrofen 2004 	<p>– hur ska insatsen uppnå målet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prioritera förebyggande och tidiga insatser • Utveckla vården för personer med både psykiska- och missbruksproblem • Ökad samverkan mellan aktörer <p>– vilka hårda och/eller mjuka verktyg består insatsen av?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utvecklingsavtal med SKL (mjuk styrning) • Ökning i det generella statsbidraget (hård styrning, men inte lika hård som ett riktat bidrag) • Redovisningsansvar samt uppföljningar/utvärdering (hård styrning) <p>→ Principen om kommunalt självstyre slås fast och regionerna får själva bestämma hur medlen används</p>	<p>– till vem/vilka riktar sig insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barn och ungdomar • Psykiskt funktionshindrade • Äldre <p>– vilket behov ligger bakom val av målgrupp, hur har det bedömts och motiverats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behov av att: <ul style="list-style-type: none"> - Nå grupper som är mer utsatta än andra * Har bedömts genom: <ul style="list-style-type: none"> - Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande - Psykiatriutredningens slutbetänkande • Motiveras av att: <ul style="list-style-type: none"> - Stor andel barn och unga uppvisar olika former av psykisk ohälsa - Psykiatriskt funktionshinder hamnar ofta i kläm för att vård, psykiatri och socialtjänst är för dåligt samordnade - Äldres psykisk ohälsa ett dolt vårdbehov, där vårdens kunskaper är för dåliga i relation till andra åldersgrupper
<p>– Tar insatsen hänsyn till den etiska plattformen/hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf? Ja, den etiska plattformen omskrivs utförligt och involveras aktivt i satsningens utformning.</p> <p>– Motiveras insatsens mål eller problem utifrån ett behov av prioriteringar? Ja.</p>		

Statens psykiatrisatsning 2007–2011

Mål	Instrument	Målgrupp
<p>– vad är syftet med insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stödja sjukvårdshuvudmännen i arbetet med att förbättra tillgängligheten till och kvaliteten i den psykiatriska vården och de sociala stödverksamheterna • Stärka valfrihet och delaktighet för personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning <p>– vilket mål ska insatsen uppnå eller vad är problemet som ska lösas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vården: barn, vuxna, äldre ska ha tillgång till en kunskapsbaserad god vård och rehabilitering • Vardagen: utbudet av arbete, sysselsättning, boendeformer och hjälpmedel ska vara varierat och anpassat • Valfriheten: personer med psykisk sjukdom/nedsättning ska ha möjlighet att välja vem som ska utföra vården <p>– vad motiverar insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrin ett av regeringens mest prioriterade områden • Andelen personer som upplever psykiska besvär ökar, framförallt bland barn och unga vuxna • Personer med psykisk sjukdom och deras anhöriga har betydligt högre förväntningar på vården jämfört med tidigare 	<p>– hur ska insatsen uppnå målet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fyra särskilt prioriterade delområden: <ol style="list-style-type: none"> 1) insatser riktade till barn och ungdomar 2) arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning 3) satsningar på kompetens och evidens 4) stöd för långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete • 40 stycken fördefinierade insatser fördelade på de fyra delområdena, t.ex. ökning av sociala företag, arbetsmarknadsprogram för personer med psykiska besvär, förlängd allmäntjänstgöring i psykiatri och stöd till föräldrar. • Öka tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri <p>– vilka hårda och/eller mjuka verktyg består insatsen av?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Överenskommelser med SKL (mjuk styrning) • Uppdrag till myndigheter att utveckla kunskapsstyrning (mjuk styrning) • Stimulansmedel samt prestationsbaserad ersättning (hård styrning) • Redovisningsansvar samt uppföljningar/utvärdering (hård styrning) • 40 fördefinierade insatsområden som ska genomföras (hård styrning) <p>→ De fördefinierade insatserna ger lite utrymme för regionerna att själva bestämma inriktning</p>	<p>– till vem/vilka riktar sig insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning • Varierande målgrupper från insats till insats • Framgår att barn och unga är särskilt prioriterade <p>– vilket behov ligger bakom val av målgrupp, hur har det bedömts och motiverats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behov av att: <ul style="list-style-type: none"> - Öka tillgängligheten för barn- och unga - Förbättra vården av psykisk sjuka/funktionsnedsatta - Öka arbete och sysselsättning för personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning • Har bedömts genom: <ul style="list-style-type: none"> - Bedömningar och förslag i nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande - Regeringens bedömning att de fyra särskilt prioriterade delområdena behöver stärkas • Motiveras av att: <ul style="list-style-type: none"> - Kraven på samhällets vård-, rehabiliterings- och stödinsatser har ökat betydligt - Många med psykisk sjukdom får inte den vård, rehabilitering och stöd de har behov av
<p>– Tar insatsen hänsyn till den etiska plattformen/hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf? Hälso- och sjukvårdslagen omnämns i termer av att sjukvården ska vara "lättillgänglig och likvärdig över hela landet".</p> <p>– Motiveras insatsens mål eller problem utifrån ett behov av prioriteringar? Ja.</p>		

PRIO-satsningen 2012–2015

Mål	Instrument	Målgrupp
<p>– vad är syftet med insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Genom strategiska insatser skapa förutsättningar för ett långsiktigt förändringsarbete som ger hållbara vinster för framtiden Markera att psykisk ohälsa är ett område som måste prioriteras av alla berörda aktörer Minska de negativa konsekvenserna av den psykiska ohälsan <p>– vilket mål ska insatsen uppnå eller vad är problemet som ska lösas?</p> <ul style="list-style-type: none"> En jämlik kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet Tillgång till arbete och anpassad sysselsättning Ökad möjlighet till delaktighet och inflytande <p>– vad motiverar insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Uppföljningar och utvärderingar indikerar att personer med psykisk ohälsa inte har samma tillgång till god vård som personer med somatisk ohälsa Vården måste uppfylla samhällets ambitioner och de krav som medborgarna ställer 	<p>– hur ska insatsen uppnå målet?</p> <ul style="list-style-type: none"> Utveckla och tillgängliggöra den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Utveckla kunskap och metoder för att identifiera riskgrupper Minska förekomsten av självskadande beteende, självmordsförsök och självmord Stärka samverkan och samordning mellan huvudmännen Öka kompetensen och kunskapen om personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik Minska behovet av tvångsåtgärder och förbättra patientens upplevelse vid tvångsvård Öka sysselsättningsgraden samt ett mer varierat utbud av verksamheter med meningsfull sysselsättning för Mer kunskapsstöd, kompetensutveckling och kvalitetsarbete Bättre bemötande, delaktighet och inflytande <p>– vilka hårda och/eller mjuka verktyg består insatsen av?</p> <ul style="list-style-type: none"> Överenskommelser med SKL (mjuk styrning) Uppdrag till myndigheter att utveckla kunskapsstyrning (mjuk styrning) Utvecklingsmedel, men främst prestationsbaserad ersättning (hård styrning) Redovisningsansvar samt uppföljningar/utvärdering (hård styrning) <p>→ Kraven för utbetalning av de prestationsbaserade ersättningarna höjs succesivt. Kan ge mindre utrymme för mottagarna att utgå från lokala och regionala behov (incitamentstyrning).</p>	<p>– till vem/vilka riktar sig insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Barn och unga Personer med omfattande eller komplicerade psykiatrisk problematik ”Alla med psykisk ohälsa” genom två prioriterade insatsområden <p>– vilket behov ligger bakom val av målgrupp, hur har det bedömts och motiverats?</p> <ul style="list-style-type: none"> Behov av att: <ul style="list-style-type: none"> Förebygga och hantera psykisk ohälsa bland barn och unga Prioritera personer med omfattande psykiatrisk problematik Har bedömts genom: <ul style="list-style-type: none"> Regeringen anser att det finns ett behov att ”kraftsamla och verkligen åstadkomma förändringar” Motiveras av att: <ul style="list-style-type: none"> Avgörande för barn och ungas personliga utveckling att tidigt upptäcka och hantera psykisk ohälsa Personer med psykiatrisk problematik har fortsatt en utsatt livssituation, trots ansträngningar de senaste decennierna
<p>– Tar insatsen hänsyn till den etiska plattformen/hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf? Nej.</p> <p>– Motiveras insatsens mål eller problem utifrån ett behov av prioriteringar? Ja.</p>		

Insatser för psykisk hälsa 2016–2020

Mål	Instrument	Målgrupp
<p>– vad är syftet med insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärka den psykiska hälsan • Motverka psykisk ohälsa • Förebygga suicid <p>– vilket mål ska insatsen uppnå eller vad är problemet som ska lösas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skapa förutsättningar för ett långsiktigt arbete med gemensamt ansvarstagande av samtliga berörda aktörer • Ökad tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet • Prioritering av förebyggande åtgärder <p>– vad motiverar insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regeringens mål om att sluta de påverkbara klyftorna inom en generation • Psykisk ohälsa ett stort växande folkhälsoproblem – kan drabba vem som helst, när som helst • Människor med psykisk ohälsa är som grupp mest utsatt vad gäller socioekonomiska faktorer, i jämförelse med befolkningen och andra grupper 	<p>– hur ska insatsen uppnå målet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alla offentliga aktörer ska samarbeta • Vården ska bli personcentrerad • Ökad kostnadseffektivitet • Mer samarbete på alla nivåer • Rätt data ska användas på rätt sätt • Mer effektiva kunskapsstöd <p>– vilka hårda och/eller mjuka verktyg består insatsen av?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Överenskommelser med SKL (mjuk styrning) • Uppdrag till myndigheter att utveckla kunskapsstyrning (mjuk styrning) • Stimulansmedel (hård styrning) • Redovisningsansvar samt uppföljningar/utvärdering (hård styrning) <p>→ Stort utrymme för lokala och regionala behov vid prioriteringen av vad som ska göras. Sjukvårdshuvudmännen åläggs att göra behovsanalyser för prioriteringar.</p>	<p>– till vem/vilka riktar sig insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hela befolkningen: de som mår bra, de som har eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa och personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning • Inga prioriterade målgrupper men går att utläsa särskilt viktiga: <ul style="list-style-type: none"> - Barn och unga, bland annat våldsutsatta, ensamkommande, med LSS-insatser, tvångsomhändertagna - Nationella minoriteter, samer, romer, finlandsfödda män - Asylsökande, nyanlända, ensamkommande - Personer med olika sexuell läggning, könsidentitet eller konstuttryck samt personal och allmänhet - Äldre, deras anhöriga och personal - Vuxna som arbetar - Personer med samsjuklighet - Våldsutsatta kvinnor - Personer med funktionsnedsättning - ”Andra grupper som kan ha särskilt behov av att deras förutsättningar löpande analyseras för att möta behoven” <p>– vilket behov ligger bakom val av målgrupp, hur har det bedömts och motiverats?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behov av att: <ul style="list-style-type: none"> - Nå hela befolkningen och ta ett helhetsgrepp om problematiken med psykisk ohälsa • Har bedömts genom: <ul style="list-style-type: none"> - Tidigare erfarenheter och statistik visar att psykisk ohälsa är ett folkhälsoproblem • Motiveras av att: <ul style="list-style-type: none"> - Är inte meningsfullt att hantera psykisk ohälsa i isolerade öar - Förebyggande insatser riskerar att nedprioriteras om psykisk ohälsa enbart behandlas som en fråga för sjukvården
<p>– Tar insatsen hänsyn till den etiska plattformen/hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf? Nej.</p> <p>– Motiveras insatsens mål eller problem utifrån ett behov av prioriteringar? Till viss del, finns inga utpekade prioriterade målgrupper utan ”hela befolkningen” ska adresseras.</p>		

Kömiljarden 2009–2014

Mål	Instrument	Målgrupp
<p>– vad är syftet med insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Förbättra tillgängligheten i vården <p>– vilket mål ska insatsen uppnå eller vad är problemet som ska lösas?</p> <ul style="list-style-type: none"> Att patienter erbjuds vård i enlighet med vårdgarantins gränser och stärka regionernas arbete med tillgänglighet <p>– vad motiverar insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Uppföljningar visat att regionerna inte levt upp till vårdgarantins åtaganden Vårdköerna i dag medför förlängt lidande för patienterna, försvårar behandlingar och ökar det offentliga kostnader för hälso- och sjukvården Medborgarna uppfattar tillgängligheten till vård som dålig 	<p>– hur ska insatsen uppnå målet?</p> <ul style="list-style-type: none"> Genom ekonomiska incitament stimulera regionerna till att erbjuda vård inom vårdgarantins gränser <p>– vilka hårda och/eller mjuka verktyg består insatsen av?</p> <ul style="list-style-type: none"> Överenskommelser med SKL (mjuk styrning) Prestationsbaserad ersättning (hård styrning) Redovisningsansvar samt uppföljningar/utvärdering (hård styrning) <p>→ Kraven för utbetalning av de prestationsbaserade ersättningarna höjs succesivt. Kan ge mindre utrymme för mottagarna att utgå från lokala och regionala behov (incitamentstyrning).</p>	<p>– till vem/vilka riktar sig insatsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Patienter som söker sig till primärvården: nybesök <p>– vilket behov ligger bakom val av målgrupp, hur har det bedömts och motiverats?</p> <ul style="list-style-type: none"> Behov av att: <ul style="list-style-type: none"> Förbättra tillgängligheten till vård Har bedömts genom: <ul style="list-style-type: none"> Vårdköerna är för långa, medborgare missnöjda och regioner har inte levt upp till de lagstadgade kraven Motiveras av att: <ul style="list-style-type: none"> Medborgarna är missnöjda med tillgängligheten Förlängt lidande för patienter, försvårar behandlingar Ökade kostnader för det offentliga
<p>– Tar insatsen hänsyn till den etiska plattformen/hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf? Nej.</p> <p>– Motiveras insatsens mål eller problem utifrån ett behov av prioriteringar? Nej.</p>		

Figur 3. Bedömt samspel.

Insats är inkonsekvent gentemot plattformen (-1, inkonsekvens)
Satsningen på kvinnors hälsa
Kömiljarden
Insatser för psykisk hälsa

