

# Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys

*Statens medicinsk-etiska råd*

*Stockholm 2019*



Smer rapport 2019:2

Smer rapport 2019:2. Styrmodeller i hälso- och sjukvården  
– förslag till modell för etisk analys

Rapporten finns att ladda ned gratis på [www.smer.se](http://www.smer.se) eller kan köpas  
från Norstedts Juridiks kundservice.

Norstedts Juridiks kundservice  
106 47 Stockholm  
Ordertel: 08-598 191 90

E-post: [kundservice@nj.se](mailto:kundservice@nj.se)  
Webbplats: [www.nj.se/offentligapublikationer](http://www.nj.se/offentligapublikationer)

Statens medicinsk-etiska råd (S 1985:A)  
103 33 Stockholm  
Tel: 08-405 10 00

Tryckt av Elanders Sverige AB  
Stockholm 2019

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet  
Omslag: Elanders Sverige AB

ISBN 978-91-38-24920-8  
ISSN 1101-0398

# Förord

Hälso- och sjukvårdens styrning är och har varit föremål för en intensiv debatt de senaste åren. Nya styrmodeller för hälso- och sjukvård lanseras med täta intervall. Flera utredningar har nyligen tillsatts av regeringen för att ge förslag på hälso- och sjukvårdens framtida styrning.

Frågan om hur den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdens verksamheter styrs och konsekvenserna av detta har stor betydelse för patienter, anhöriga och medborgare, profession och personal, för närliggande verksamheter och ytterst för samhället som helhet.

Statens medicinsk-etiska råd, Smer, har i uppgift att bl.a. sprida kunskap om de medicinsk-etiska frågorna och främja informations- och åsiktsutbyte. Rådet har beslutat att ta fram ett förslag på hur en etisk analysmodell kan tillämpas inför valet av styrmodeller för hälso- och sjukvården.

Rapporten syftar till att lyfta de organisationsetiska frågornas relevans vad gäller styrning och organisering av hälso- och sjukvården. Dessutom presenteras ett konkret förslag på verktyg för etisk analys av styrmodeller i vården. Vi hoppas att rapporten kan bidra till en bred diskussion på olika nivåer i Sverige om var, när och hur den etiska analysen bör användas i beslutsfattande om hälso- och sjukvårdens styrning.

Denna rapport har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av Göran Hermerén, professor em. och sakkunnig, Ingemar Engström, adj. professor och sakkunnig, och Lotta Eriksson, huvudsekreterare.

Beslut om denna rapport har fattats av rådets ledamöter, Chatrine Pålsson Ahlgren, Finn Bengtsson, Sven-Olov Edvinsson, Åsa Gyberg-Karlsson, Anna-Lena Sörenson och Barbro Westerholm. I beredningen av rapporten har rådets sakkunniga Emil Bergschiöld, Ingemar Engström, Göran Hermerén, Ann Johansson, Olle Ohlsson,

Bengt Rönngren, Nils-Eric Sahlin, Mikael Sandlund, Anna Singer,  
Marie Steen och Elisabeth Wennlund deltagit.

Stockholm, april 2019

För rådet,

Chatrine Pålsson Ahlgren

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>11</b>
1.1 Vad är en styrmodell? .....	13
<b>2 Organisationsetik på hälso- och sjukvårdens område</b> .....	<b>17</b>
<b>3 Styrning av svensk hälso- och sjukvård</b> .....	<b>21</b>
3.1 Hälso- och sjukvården en svårstyrd verksamhet .....	22
3.2 Brist på konsekvensanalyser och etisk analys?.....	23
3.2.1 Brist på etisk kompetens i ledning och styrning av hälso- och sjukvården .....	25
3.3 Debatten om styrning och organisering av hälso- och sjukvården.....	26
<b>4 Modell för etisk analys</b> .....	<b>29</b>
4.1 Analysmodeller .....	29
4.2 Bruksanvisning för modellen .....	30
4.2.1 Nuläget.....	30
4.2.2 Mål.....	31
4.2.3 Hinder och problem för att uppnå uppsatta mål genom styrmodell.....	35
4.2.4 Strategier för att ta sig förbi de hinder som identifierats .....	37
4.3 Avslutande ord.....	38

<b>5</b>	<b>Frågeguide för etisk analys .....</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>Avslutande överväganden och rekommendationer .....</b>	<b>45</b>
	<b>Referenser .....</b>	<b>49</b>
<b>Bilagor</b>		
Bilaga 1	Utdrag från artikel. Frågor som beslutsstöd inför bedömning av olika policys .....	55
Bilaga 2	Mål, etiska värden och principer för svensk hälso- och sjukvård .....	59

# Sammanfattning

Frågan om hur hälso- och sjukvårdens verksamheter styrs och konsekvenserna av detta har stor betydelse för patienter, anhöriga och medborgare, profession och personal, för närliggande verksamheter och ytterst för samhället som helhet.

Hälso- och sjukvårdens styrning har varit föremål för en intensiv debatt de senaste åren. Å ena sidan har det ställts krav på förändrade arbetssätt och styrmodeller för att effektivisera vården, å andra sidan har olika modeller kritiserats för att de inte får avsedda effekter och kan komma i konflikt med målen för hälso- och sjukvården.

Hur kan och bör då styrningen bäst ske på olika nivåer för att uppfylla hälso- och sjukvårdens mål, en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, samtidigt som den är kostnadseffektiv?

## **Hälso- och sjukvården ska styras utifrån fastställda mål och syften**

Hälso- och sjukvården i Sverige är i allt väsentligt offentligt finansierad, vilket innebär krav på att styrningen av verksamheten utformas utifrån fastställda mål och syften. De övergripande ramarna för att leda och organisera offentlig verksamhet sätts av regering och riksdag. Enligt regeringsformen (1974:152) ska den offentliga makten utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. För hälso- och sjukvården finns en ramlag, hälso- och sjukvårdslagen, med många mål. Ekonomin, resurserna, är inte ett mål i sig utan ett medel för att uppnå målen eller det efterfrågade resultatet.

## **Etisk analys behövs innan styrmodeller införs**

Begreppet styrmodell används i rapporten i bred betydelse för att beskriva olika modeller för hur en verksamhet ska styras och organiseras på olika nivåer inom hälso- och sjukvården.

Styrmodeller för hälso- och sjukvården är inte värdeneutrala, varför rådet i denna rapport framhåller att en ingående etisk konsekvensanalys bör göras av förändringar i styrsystemen innan de införs. Detta innebär att man analyserar de värden som explicit eller implicit ingår i styrmodellen, de konsekvenser modellen sannolikt leder till samt hur dessa värden och modellens förmodade konsekvenser förhåller sig till de mål som hälso- och sjukvården ska uppnå enligt hälso- och sjukvårdslagen liksom till andra mål och krav i lagstiftningen.

En analys som sker inför att en ny styrmodell på någon nivå införs bör rimligen involvera en jämförelse mellan olika alternativ, där ett alternativ är att fortsätta som förut.

Detta är en utgångspunkt för rådets rapport om etiska aspekter inför val av styrmodeller inom hälso- och sjukvården.

## **Förslag till modell för strukturerad etisk analys av styrmodeller i hälso- och sjukvården**

Ett etiskt metodstöd kan vara ett värdefullt verktyg i processen att utforma och förbättra sjukvårdens styrning. Det kan utgöra ett verktyg – genom vilket beslutsfattare, tjänstemän och professionen kan samverka – för att med den etiska analysen som utgångspunkt anpassa eller ta fram modeller som stödjer både kvalitet och kostnadseffektivitet och står i överensstämmelse med uppsatta värden och mål för hälso- och sjukvården. Modellerna ska bygga på ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12) som möjliggör ständiga förbättringar samt risk- och konsekvensbedömningar.

Inom ramen för arbetet har rådet inte funnit något ramverk för etisk analys med fokus på styr- och organisationsmodeller i hälso- och sjukvården, varken hos andra nationella etikråd eller i litteraturen. Rådet har därför tagit fram ett förslag på en modell för strukturerad etisk analys av styrmodeller i hälso- och sjukvården. Ett konkret verktyg i form av en frågeguide som kan vara till stöd för en sådan



analys presenteras också. Tanken är att verktyget kan vara användbart inför styr- och organisationsförändringar på olika nivåer, såsom nationell, regional, sjukhus- eller vårdenhetsnivå. Modellen kan användas både vid introduktion av nya modeller och vid analys av de system eller modeller som redan är införda. Det etiska verktyget är ett förslag och är tänkt att fungera som underlag för fortsatt diskussion och utveckling av hälso- och sjukvårdens styrning, ledning och organisering.

## Verktyg för etisk analys

Den analysmodell som presenteras är en så kallad mål- och hinderanalys, en modell som är speciellt lämplig när den verksamhet eller aktivitet som diskuteras har rimligt tydliga mål. Modellen utgår från fyra grundbegrepp: nuläge, mål, hinder och strategier, och de frågor som aktualiseras under dessa rubriker. Var befinner vi oss? Vart vill vi komma? Vilka hinder finns på vägen och hur kan vi ta oss förbi dessa hinder? I rapporten presenteras en anvisning till hur modellen kan användas och en frågeguide som operationaliserar modellen.

Syftet med denna analysmodell är att visa på ett sätt att tänka om man på ett välgrundat sätt vill ta ställning till styrmodeller. Den går ut på att peka på ett antal frågor under ovan angivna rubriker. Ett centralt inslag i analysmodellen är att det ställs vissa kvalitetskrav på de svar som ges. Evidensen för svaren måste kunna redovisas och svaren får inte bygga på dålig forskning, en problembild utan verklighetsförankring eller alternativa fakta.

Det innebär sålunda en kritisk granskning av de skäl eller belägg som finns för det som påstås om en styrmodell och dess förväntade effekter. Det viktiga är att relevanta frågor ställs, och att seriösa försök görs för att besvara dem liksom att behovet av etisk kompetens understryks. Det är särskilt angeläget att lyfta fram och tydliggöra de värderingar som står på spel och eventuella värdekonflikter som uppkommer.

Rådets allmänna slutsatser och rekommendationer utifrån den föreslagna modellen är följande 1) utgå från de frågor som aktualiseras av mål- och hinder analysen; 2) jämför svaren på dessa frågor med det som påstås i eller om de föreslagna förändringarna av styrsystemet; och 3) granska de belägg eller skäl som ges för dessa påståenden.

## Målgrupp

Den primära målgruppen för denna rapport är beslutsfattare på olika nivåer (nationell, regional och kommunal), tjänstemän samt professioner inom hälso- och sjukvården. Texten kan också vara av intresse för patienter och deras organisationer, då de i sista hand är de som berörs av de val av styrmodeller som görs.

## Rekommendationer

Det finns ett stort behov av kontinuerlig uppföljning och utvärdering av styrning och styrmodeller för hälso- och sjukvårdens olika verksamheter och på olika nivåer. Det finns flera statliga myndigheter som analyserar den statliga styrningen av kommunal verksamhet inklusive hälso- och sjukvård. Men varken Ekonomistyrningsverket (ESV), Statskontoret, Socialstyrelsen eller någon annan myndighet har i uppgift att vägleda kommuner och regioner när det gäller hur de ska styra sin verksamhet. Detta kan ha bidragit till det stora intresset för nya styrmodeller för hälso- och sjukvård som ofta marknadsförs intensivt av olika företag. Staten bör ha en större kunskapsstödjande roll när det gäller styrning och styrmodeller i hälso- och sjukvården.

Det behövs mer forskning om styrning av offentligt finansierad hälso- och sjukvård och etiska analyser på detta område.

Rådet anser att

- Etisk analys är ett verktyg som bör användas på olika nivåer inför introduktion av styr- och organisationsmodeller (och i analysen av befintliga sådana) i hälso- och sjukvården.
- Etisk kompetens bland beslutsfattare på olika ledningsnivåer måste tillföras och utvecklas.
- Nya modeller bör utvecklas och förbättras i samverkan mellan profession och beslutsfattare, där värdefrågorna och den etiska analysen bör vara en utgångspunkt.

# 1 Inledning

Hälso- och sjukvården i Sverige ska utformas utifrån fastställda mål och syften med verksamheten. Den svenska hälso- och sjukvården är i allt väsentligt offentligt finansierad. Ansvaret för hälso- och sjukvården delas mellan regering, regioner och kommuner. Det övergripande målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården är en komplex tjänsteproducerande verksamhet med högt kvalificerad personal, som styrs av en ramlag med många mål.

Det finns styrmodeller av olika slag där ekonomiska, juridiska, organisatoriska och andra incitament används – var för sig eller i olika kombinationer. Frågan om hur hälso- och sjukvårdens verksamheter styrs och konsekvenserna av detta har stor betydelse för patienter, anhöriga och medborgare, professioner, närliggande verksamheter och ytterst för samhället som helhet. Många frågor aktualiseras.

Det råder även särskilda krav på styrning av offentligt finansierad verksamhet.<sup>1</sup> De övergripande ramarna för att leda och organisera offentlig verksamhet sätts av regering och riksdag. Enligt regeringsformen (1974:152) ska den offentliga makten utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Ekonomin, resurserna, är inte ett mål i sig utan ett medel för att uppnå målen eller det efterfrågade resultatet.<sup>2</sup>

Beslut om styrmodeller kan fattas på olika nivåer i hälso- och sjukvården: nationellt, regionalt, på sjukhusledningsnivå och kliniknivå. Valmöjligheter och ansvarsförhållanden på dessa nivåer är inte desamma. Målen är heller inte alltid desamma på olika nivåer: på högre nivå är de mer allmänt formulerade, på lägre nivå är de mer specifika. De val som fattas på en högre nivå innebär vissa

---

<sup>1</sup> Ekonomistyrningsverket 2014.

<sup>2</sup> Ibid, s. 37.

begränsningar i valmöjligheterna på lägre nivåer.<sup>3</sup> Det kan oavsett nivå handla om helt olika typer av styrning. Olika styrmodeller kan behövas beroende på nivå och verksamhet.

Under senare år har valet av styrmodeller i hälso- och sjukvården varit föremål för omfattande diskussion. Ett antal centrala frågor med etisk relevans har uppmärksamrats i dessa sammanhang. Exempel på sådana frågor är: På vilka grunder väljs modeller för styrning och organisering av hälso- och sjukvård på olika nivåer? Vilka överväganden bör ligga till grund för val av sådana modeller? Vilka etiska frågor aktualiseras i sammanhanget? Vilka konsekvenser med etiska implikationer kan olika styrmodeller medföra? Vilka är aktörerna och de berörda, och vilken kompetens bör de som har att fatta beslut om styrmodeller ha?

Bakgrunden till rådets rapport är den intensiva debatten om värdebaserad vård 2017. Regeringen gav i augusti 2017 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i uppdrag att kartlägga kunskapsläget avseende styrmodellen värdebaserad vård, VBV. Smer tillfrågades då av SBU om Smer kunde bistå dem med en etisk analys vad gäller VBV inom ramen för deras arbete. Under arbetets gång beslöts att Smer redovisar sitt arbete separat. SBU:s arbete redovisades i maj 2018. Smer:s arbete har därefter utvecklats till en generell diskussion om styr- och organisationsmodeller, med fokus på etiska aspekter och konsekvenser av val av styrmodeller allmänt inom hälso- och sjukvården.

Frågor om hälso- och sjukvårdens styrning och organisering handlar i allra högsta grad om värdefrågor och potentiella värdekonflikter. Styrmodeller för hälso- och sjukvården är inte värdeneutrala. Det är därför viktigt att tydliggöra hur de värderingar som explicit eller implicit läggs in i modellen förhåller sig till de mål som hälso- och sjukvården ska uppnå enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), och andra mål och krav i lagstiftningen. Detta är en central utgångspunkt för denna text. I dag görs såvitt rådet vet inga etiska analyser av nya eller befintliga styrmodeller.

Inom bioetiken används ofta begreppet *organisationsetik* för att beskriva detta kunskapsområde. Smer har tidigare arbetat med frågor som tangerar organisationsetiken t.ex. i projekt om prioriteringar i

---

<sup>3</sup> Det regionala och kommunala självstyret kan å andra sidan innebära vissa begränsningar i styrningen från nationell nivå.

hälso- och sjukvården och senast i den etiska analysen av förslag om att införa medfinansieringsmodeller i hälso- och sjukvården.<sup>4</sup>

Syftet med denna rapport är att presentera ett förslag på en etisk analysmodell avsedd att användas inför val av styr- och organisationsmodeller i hälso- och sjukvården. Den ska även kunna användas vid bedömning av de styrsystem som för närvarande används, eller i situationer där det inte finns någon tydlig modell för hur verksamheten styrs och organiseras. Rapporten ger förslag på frågor som är relevanta att beakta i detta sammanhang och hur man kan tänka när en ny styrmodell föreslås internt eller inför externa propåer om att välja en ny styrmodell. Målet med denna rapport är att den ska leda till att mer djupgående kritiska och granskande frågor ställs inför beslut om nya styrmodeller i hälso- och sjukvården och att kunskapen om den etiska analysens relevans på området ökar och sprids.

Den primära målgruppen för denna text är beslutsfattare på olika nivåer; nationellt, regionalt och lokalt, opolitiska tjänstemän liksom professionerna i hälso- och sjukvården. Texten kan också vara av intresse för patienter och deras organisationer, då de i sista hand är de som berörs av de val av styrmodeller som görs.

Rapporten inleds med en beskrivning och definition av begreppet styrmodell, följt av ett kort avsnitt om organisationsetik på hälso- och sjukvårdens område. Därefter ges en kort bakgrund om hälso- och sjukvårdens styrning. Sedan redogörs för en etisk analysmodell för hur man kan tänka på ett strukturerat sätt inför introduktion av en ny styrmodell i hälso- och sjukvården. Den etiska modellen operationaliseras genom en frågeguide, ett konkret verktyg i en sådan analys. Rapporten avslutas med överväganden och rekommendationer.

## 1.1 Vad är en styrmodell?

Ekonomistyrningsverket definierar en styrmodell som en övergripande idé som avgör hur styrningen och dess delar ska utformas.<sup>5</sup> Begreppet styrmodell används i denna rapport i bred betydelse för att beskriva olika modeller rörande hur en verksamhet ska styras och organiseras på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Styrmodell används i denna rapport således som ett samlingsbegrepp för olika

---

<sup>4</sup> Statens medicinsk-etiska råd, 2014.

<sup>5</sup> Ekonomistyrningsverket, s. 44.

typer av insatser för styrning och organisering av hälso- och sjukvården.

Den strukturella nivån rör hur verksamheten ska organiseras och styras, medan den individuella styr hur den enskilda medarbetaren ska agera. En förutsättning för en framgångsrik styrmodell är att styrningen på organisations- och individnivå samverkar och skapar en kultur där medarbetarna känner sig motiverade och delaktiga. En förutsättning för effektiv styrning är en genomtänkt styrmodell som påverkar organisationens beslut och beteende i önskvärd riktning.<sup>6</sup>

Utgångspunkten för styrningen är vad som passar för verksamheten utifrån dess syfte och uppdrag. Vad ska styras, på vilken nivå, hur kan man uppnå resultat och hur förhåller sig olika styrmedel till varandra och till helheten?<sup>7</sup> I situationer där man står inför att införa en ny modell, är utgångspunkten även vad som inte fungerar med den modell som används i dag.

En styrmodell består av *styrform*, *styrmedel* och *styrverktyg*. *Styrform* anger styrningens form och riktning. Resultatstyrning, regelstyrning, värderingsstyrning och finansiell styrning är olika styrformer som kan kombineras.<sup>8</sup> Verksamhetens uppgift och karaktär, interna strategiska vägval och önskad inriktning avgör vilken eller vilka *styrformer* som passar bäst. Kombinationen av styrformer samspelar med styrningen både på organisations- och individnivå.

*Styrmedel* är de relativt fasta strukturer som utformas utifrån vad som behöver styras. Strukturen, organisationens utformning, består både av gemensamma organisatoriska faktorer som uppdrag, strategi, organisering och fördelning av resurser och av organisationens kultur i form av gemensamma föreställningar och värdegrund. De strukturella faktorerna sätter ramar för organisationens kultur, ansvarsförhållanden och verktyg för styrning.<sup>9</sup>

Exempel på *organisatoriska styrmedel* kan vara organisationsstruktur, arbetsordning samt besluts- och ansvarsfördelning. Styrmedel kan handla om *regler*, som riktlinjer, regler och rutiner. *Arbetsgivarpolitiska styrmedel* kan vara lön och karriärvägar, kompetensstrategier, ledar- och medarbetarskap, organisationskultur eller kommunikation. *Planering och uppföljning* är styrmedel för att få önskad inriktning av

---

<sup>6</sup> Ibid.

<sup>7</sup> Ibid.

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> Ibid.

verksamheten. Valet av olika styrmedel beror på vad styrningen ska fokusera på. Det är viktigt att styrmedlen drar åt samma håll och på så sätt förstärker varandra.<sup>10</sup>

*Styrverktyg* förser verksamheten med den information som behövs för styrningen. Det är den mest praktiska nivån av styrningen som inverkar på en medarbetares vardagliga arbete. Det kan vara t.ex. systemstöd, processtyrning, indikatorer och internredovisning samt analys av resultat.<sup>11</sup> Styrverktyg ska väljas utifrån verksamhetens uppgift och karaktär, dess inriktning och form samt styrformer. Styrverktygen ska kopplas till styrmedel för verksamhetens inriktning.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Andra exempel är ersättningsmodeller, uppdragsbeskrivningar, avtal för upphandlad verksamhet, kravböcker för vårdval m.m.

<sup>12</sup> Ekonomistyrningsverket 2014, s. 44 ff.





## 2 Organisationsetik på hälso- och sjukvårdens område

De organisationsetiska frågorna blir allt mer relevanta i ett hälso- och sjukvårdslandskap i förändring. Det har skett genomgripande förändringar av hälso- och sjukvården de senaste decennierna, och fler väntar. I dag sker en snabb teknisk utveckling med medicinska framsteg vid sidan om nya idéer och forskningsrön om styrning av vården. Hälso- och sjukvården har därtill utvecklats i riktning mot en alltmer marknadsanpassad organisation. De olika domänernas<sup>1</sup> inre logik och intressen påverkas, nya och gamla målkonflikter har skärpts och kan komma att skärpas ytterligare. Andra mål kan dessutom komma i konflikt med hälso- och sjukvårdens mål. En begynnande forskning och litteratur analyserar dessa frågor.<sup>2</sup>

Organisationsetik kallas det område inom bioetiken som analyserar etiska aspekter på frågor om vårdens struktur och organisation, exempelvis olika ersättningssystem<sup>3</sup>, vårdval, och prioriteringsetiska frågor, till skillnad från vårdetik som fokuserar på individen och relationen mellan patient och läkare.<sup>4</sup> I litteraturen påpekas att organisationsetiken inom bioetiken är och har varit en naturlig utveckling av bioetiken – mot en version av bioetiken som studerar ”the moral

---

<sup>1</sup> I litteraturen beskrivs hälso- och sjukvården tre domäner med inbyggda intressekonflikter: politiken, förvaltningen (administratörerna) och professionen. Domänerna bygger på olika logiker och har olika uppgifter. Se t.ex. Berlin och Kastberg 2011.

<sup>2</sup> Se bland annat Dahlgren 2018, Falkenström och Höglund 2018, Firth 2013, Firth 2018 och Feiler et al. 2018. Mot bakgrund av den pågående utvecklingen föreslår t.ex. forskaren Firth att organisationsetiska program bör införas inom NHS för att analysera de etiska frågorna och problemen relaterade till styrning och organisation i Storbritannien. I Kanada finns exempel på att lokala etikkommittéer som vid sidan om klinisk etik även har att ta ställning till organisationsetiska frågeställningar.

<sup>3</sup> Det finns däremot annan forskning (ej utifrån etiskt perspektiv) som analyserar t.ex. olika ersättningssystem för och nackdelar främst inom ekonomi. Se t.ex. Anell 2010 och Lindgren 2014.

<sup>4</sup> Spencer et al. 2002.

sociology of organisations and the broader context of individuals as biosocial organisms.”<sup>5</sup>

Aktuella frågor utifrån ett generellt organisationsetiskt perspektiv är bland annat: Vilka är organisationens mål och värden? Vilka är organisationens arbetsmodeller, riktlinjer, befodringskriterier? Hur hanterar organisationen intressekonflikter? Vilket ansvar har organisationen gentemot sina uppdragsgivare? Hur påverkar organisationens handlande samhället i stort?<sup>6</sup>

Gibson et al. lyfter fram tre huvudtyper av organisationsetiska frågor: 1) etiska frågor som väcks i den kliniska vården/vardagen som är ett resultat av beslut fattade någon annanstans i organisationen, 2) etiska frågor i den kliniska vården som har omfattande organisatoriska implikationer, 3) etiska aspekter som är relaterade till företagsaspekter av hälso- och sjukvårdsorganisationen.<sup>7</sup>

Organisationsetiken har till stor del utvecklats i Nordamerika, men det finns en begynnande diskussion också i Europa.<sup>8</sup> Etiska frågor relaterade till resursfördelning, dvs. prioriteringsetik (vilket hör till det organisationsetiska fältet inom bioetiken) har sedan länge analyserats i t.ex. Sverige och Norge. Dessa frågor har även återkommande analyserats av Statens medicinsk-etiska råd.

När det gäller andra delar av organisationsetiken som analyserar etiska aspekter av olika former av styrmodeller (ersättningsmodeller och andra organisatoriska modeller) finns det ännu inte så mycket forskning i Sverige, även om de etiska implikationerna av förändringar inom hälso- och sjukvårdens styrning och organisation i allra högsta grad diskuteras och analyseras i olika sammanhang.<sup>9</sup> Några aktuella exempel som tangerar styrmodeller utifrån ett etiskt perspektiv är Falkenström och Höglunds (2018) studie<sup>10</sup> och Ljungblom (2014),<sup>11</sup>

---

<sup>5</sup> Potter 1996; Bishop et al 1999; Gibson et al. 2008; Firth 2018; Wolpe et al. 2000.

<sup>6</sup> Firth 2018.

<sup>7</sup> Gibson et al. 2008.

<sup>8</sup> "Organizational Ethics in Healthcare." Encyclopedia of Bioethics. Encyclopedia.com. Hämtad: 2 januari 2019 <<https://www.encyclopedia.com>>

<sup>9</sup> Däremot finns det en hel del annan litteratur från t.ex. ekonomiskt perspektiv som analyserar t.ex. konsekvenserna av olika typer av ersättningsmodeller såsom t.ex. Anell 2010 och Lindgren 2014. I denna rapport belyses frånvaron av analyser utifrån ett etiskt perspektiv.

<sup>10</sup> Falkenström och Höglund 2018.

<sup>11</sup> Ljungblom 2014.

som studerat om etiska värden beaktas vid implementering av LEAN. I den internationella litteraturen finns desto fler artiklar.<sup>12</sup>

Utgångspunkten för rådets arbete i denna rapport är att analysera etiska problem i verksamheter med angivna mål. Syftet är att rikta uppmärksamheten på att en rad värdefrågor aktualiseras i samband med förändrad ledning och styrning av hälso- och sjukvård. Uppgiften var att mot denna bakgrund ta fram ett beslutsstöd, en frågeguide med exempel på frågor som kan ställas i samband med jämförelse och analys av hitintills använda styrformer, styrverktyg och styrmedel och inför att nya modeller övervägs, för att utvärdera vilken som passar organisationen bäst.

Inom ramen för detta arbete har arbetsgruppen gjort sökningar i den organisationsetiska litteraturen för att se om någon annan tagit fram ett beslutsstöd eller en frågeguide för etisk analys av nya styrmodeller inför beslut. I våra sökningar har vi funnit en artikel av intresse för vårt arbete, som formulerar frågor till stöd för bedömning av nya policyer, som i viss mån även överensstämmer med den frågeguide vi tagit fram. Författarna beskriver i artikeln, utifrån sina erfarenheter som medlemmar i etikrådet på IWK Health Centre, Kanada, de erfarenheter och utmaningar de mött när de gått från teori till praktik och inkluderar organisationsetiska frågeställningar i sitt arbete. Kommittén har bland annat formulerat ett antal frågor till stöd för dess etiska analys av olika policyer.<sup>13</sup> Frågorna de utvecklat som stöd i sin bedömning av olika typer av riktlinjer är bl.a. följande:<sup>14</sup>

- Vilka värden aktualiseras explicit och implicit av policyn?
- Är dessa värden tydligt formulerade eller borde de vara det?
- Är dessa värden i överensstämmelse med vårdgivarens värden?
- Vilka är de relevanta etiska principer eller teorier som aktualiseras i situationen?
- Vad är det potentiellt goda alternativt potentiellt dåliga med policyn (inklusive risken för moralisk stress?)

---

<sup>12</sup> Se t.ex. följande artiklar som problematiserar VBV utifrån etiska perspektiv Bailes et al. 2014, Bircher, och Hahn 2017, Bozic och Wright 2012, Dainty et al. 2016, Enthoven, Crosson, Shortell et al. 2007, Enthoven och Tollen 2015, Faith 2013, Goldstein 2016, Oprea, et al. 2010, Putera, 2017, Simpson 2012, Indrakanti, et al. 2012.

<sup>13</sup> McDonald, Simpson och O'Brien 2008.

<sup>14</sup> En fullständig lista presenteras i bilaga 1.

- Medför policyn avgränsningar eller begränsningar i behandlingsmöjligheter?
- Behandlar policyn alla som påverkas av den på samma villkor?
- Har rätt personer (dvs. de som kommer påverkas, de som kommer att tillämpa riktlinjerna, etc.) inkluderats i utvecklingen av policyn?

### 3 Styrning av svensk hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården är en verksamhet med många mål att förhålla sig till som uttrycks i en ramlag och ett flertal andra styrdokument av olika slag.<sup>1</sup> Därtill kan flera aktörsgupper urskiljas vilka har eller kan ha konkurrerande mål och intressen.<sup>2</sup> Hälso- och sjukvården är därmed en särskilt utmanande verksamhet att styra. Det finns inga självklara lösningar på hur denna verksamhet bäst ska organiseras och styras.

Utifrån ett historiskt perspektiv har forskare identifierat tre olika faser i utvecklingen av nationella hälso- och sjukvårdssystem. En första fas med fokus på vård på lika villkor, en andra fas där det ställs krav på kostnadskontroll som sedan följs av en tredje fas med ökade krav på resultat och värde för pengarna.<sup>3</sup> Dessa faser kan även identifieras i utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Det finns tydliga kopplingar mellan respektive fas och sättet att styra vården och hur ersättningsprinciperna utformats.<sup>4</sup>

Sedan 1970-talet har det enligt litteraturen på området ”funnits fyra dominerande organisationsidéer inom landstingens hälso- och sjukvårdsplanering<sup>5</sup>, decentralisering, marknadsefterlikning samt samverkan och samordning.”<sup>6</sup> Dessa idéer har avlöst varandra, men även

---

<sup>1</sup> Se bilaga 2.

<sup>2</sup> Hallin och Siverbo 2003.

<sup>3</sup> Cutler 2002.

<sup>4</sup> Anell 2010, s. 28.

<sup>5</sup> Med planering syftar Hallin och Siverbo på, att den dominerande idén i landstingen under 1970-talet och början av 1980-talet var långsiktig planering, där Spri (Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut), Socialstyrelsen och Socialdepartementet var centrala aktörer i denna process.

<sup>6</sup> Hallin och Siverbo 2003, s. 51–52.

existerat samtidigt i organisationerna.<sup>7</sup> Det finns flera organisationsidéer som konkurrerar om inflytandet över den fortsatta utvecklingen av vården. En rad styrmodeller har prövats och omprövats de senaste decennierna främst för att uppnå en större kostnadskontroll, högre effektivitet och fördjupad demokrati. En vård på lika villkor har också varit ett mål.<sup>8</sup>

Sedan 1990-talet har de mest spridda styrmodellerna i hälso- och sjukvården varit s.k. New Public Management (NPM) inspirerade modeller<sup>9</sup>, såsom Målstyrning, Total Quality Management (TQM), Kvalitet, Utveckling och Ledarskap (QUL), Balanserad Verksamhetsstyrning (BVS), Lean production och Värdebaserad Vård.<sup>10</sup> Överlevnadstiden i hälso- och sjukvården för olika koncept är generellt kort. Internationella erfarenheter visar på överlevnadstider på 3–5 år, ett par av modellerna lever ytterligare några år i olika varianter men med begränsad praktisk betydelse.<sup>11</sup> Begreppet ”pseudoinnovation” har använts i den vetenskapliga litteraturen för att beskriva detta fenomen. Detta innebär att koncept ersätter varandra, men i grunden bygger de på liknande idéer och metoder fast de använder olika terminologi.<sup>12</sup>

Det finns en hög grad av smittoeffekt när nya styrmodeller och lösningar sprids. Idéer och lösningar för Sverige hämtas ofta från den anglosaxiska delen av världen, främst från USA och Storbritannien.<sup>13</sup> Det kan dock uppstå många problem när styrmodeller överförs mellan länder med olika sjukvårds- och sjukförsäkringssystem, samt olika verksamheter.

### 3.1 Hälso- och sjukvården en svårstyrd verksamhet

Sjukvården i Sverige är en svårstyrd verksamhet. Det finns ibland en diskrepans mellan olika styrmodeller utifrån den administrativa nivån, målen i praktiken (t.ex. professionernas yrkesetik) och de officiella målen för denna verksamhet som framgår av lagar, riktlinjer och internationella överenskommelser som Sverige förbundit sig att följa.

---

<sup>7</sup> Berlin och Kastberg 2011, s. 30 ff. Hallin och Siverbo, 2003.

<sup>8</sup> Hallin och Silverbo 2010, s. 187 ff.

<sup>9</sup> NPM står för New Public Management. Det avser den samling av marknadsinspirerade lösningar i offentliga organisationer som gradvis introducerats inom offentlig sektor sedan 1980-talet.

<sup>10</sup> Öhrming 2017.

<sup>11</sup> Walche 2009; Fredriksson et al. 2015; SBU 2018.

<sup>12</sup> SBU 2018.

<sup>13</sup> Anell 2010, s. 27.

Detta utesluter inte att man kan jämföra de mål som olika styrmodeller avser att uppnå med målen för den verksamhet modellen ska tillämpas på. I vissa avseenden kan skillnaden vara fullt tydlig.

Det finns flera orsaker till att hälso- och sjukvården är svårstyrd. I litteraturen lyfter man fram olika förklaringar bland annat följande:

- Sjukvården omfattar många olika verksamheter, och en förändring i en del kan få följder i andra delar. Detta ställer krav på samarbete och samordning.<sup>14</sup>
- De politiska, administrativa och professionella aktörerna konkurrerar med varandra om kontrollen över verksamheten och vilka värden som ska skapas.<sup>15</sup>
- De administrativa styrmodellerna har svårt att tränga genom då de flesta i vården arbetar efter en professionell logik. Även om en styrmodell används ger den ofta inte avsedd effekt.<sup>16</sup>
- Professionens beslutsmandat och roll. Politiker har mandat att fatta beslut om resurser och i vilken riktning verksamheten ska utvecklas, men de är samtidigt starkt beroende av professionens beslutsfattande vid bedömning av enskilda fall. Läkarna har stora möjligheter att fatta beslut som får en väsentlig betydelse för verksamhetens innehåll och resursförbrukning.
- Sjukvården styrs av folkvalda politiker som under mandatperioden har att besluta om verksamhetens mål, inriktning och finansiering. (De politiska mandatperioderna kan t.ex. ha en inverkan på om beslut fattas snabbt och utan föregående fördjupad analys.)
- Omfattande reglering av verksamheten finns som kan vara svår att överblicka för beslutsfattarna.

### 3.2 Brist på konsekvensanalyser och etisk analys?

Frågan är då om, och i så fall hur, konsekvensanalyser görs av beslutsfattare på olika nivåer i hälso- och sjukvården inför olika typer av reformer och förändringar vad gäller styrning och organisering av hälso- och sjukvården i Sverige. Inom ramen för detta arbete har

---

<sup>14</sup> Hallin och Siverbo 2003. Lindberg och Blomgren 2009

<sup>15</sup> Hallin och Siverbo 2003.

<sup>16</sup> Broström et al. 2000.

rådet inte gjort någon fördjupad analys av dessa frågor. Mot bakgrund av debatten och nyligen publicerade studier samt arbetsgruppens och rådets dialog med olika experter, finns det emellertid stöd för att påstå att konsekvensanalyser<sup>17</sup> av styrmodeller i dag, vilka även inkluderar etisk analys, inte genomförs eller endast gör det i ringa omfattning.

I en nyligen publicerad ESO<sup>18</sup>-rapport framkommer att det föreligger stora brister generellt vad gäller konsekvensanalyser inför stora reformbeslut i Sverige. Antingen görs det inga fördjupade analyser eller också kommer de för sent, är för smala eller undermåliga. I efterhand har det i flera fall framstått som obegripligt att vissa konsekvenser inte kunnat förutses och motverkas på förhand. I rapporten rekommenderas att det bör göras förutsättningslösa samhällsekonomiska konsekvensanalyser i ett tidigt skede med brett fokus på konsekvenser för stat, medborgare och näringsliv. Vidare påpekas i rapporten att arbetet med samhällsekonomiska konsekvensanalyser bör förstärkas i alla delar av statsförvaltningen.<sup>19</sup> Analysen fokuserar på bristen av samhällsekonomiska konsekvensanalyser inför att reformer görs samt att det inte heller görs uppföljningar av effekterna av olika reformer.<sup>20</sup>

I en studie av Öhrming<sup>21</sup> framhålls det som förvånande att Stockholms läns landsting anlitar externa managementkonsulter i stor omfattning efter decennier av en marknadisering och privatisering av sjukvården i Stockholm.<sup>22</sup> I studien lyfter han fram flera exempel på att det förekommer stora brister i kunskapsunderlag

---

<sup>17</sup> I en konsekvensanalys ska konsekvensernas sannolikhet anges eller uppskattas, sedan ska de bedömas utifrån värden och principer.

<sup>18</sup> ESO, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.

<sup>19</sup> Forsstedt, 2018.

<sup>20</sup> EU har ett pågående arbete kring förbättrade konsekvensanalyser Regulatory Impact Assessment (RIA). Det är en del i EU:s arbete med "Better regulation" och är en överenskommelse mellan kommissionen, rådet och parlamentet 2003 och 2016. Målsättning för RIA är att åstadkomma förslag som leder till att politiska mål nås till lägsta kostnad och största möjliga nytta för medborgare, företag och anställda. Det är ett verktyg för att strukturera och göra beslutsfattande mer transparent och möjliggöra avvägningar (kostnad-nytta, effektivitet). I Sverige görs inga RIA analyser enligt Forsstedts studie 2018.

<sup>21</sup> Öhrming 2017: En studie om hur det gick till när besluten om vård, forskning och utbildning vid Nya Karolinska Sjukhuset fattades. I studien diskuteras NKS-projektets otillräckliga beslutsunderlag och de utdragna beslutsprocessernas konsekvenser för det regionala vårdssystemet.

<sup>22</sup> Öhrming 2017, s. 122.



och konsekvensanalyser inför viktiga beslut i det studerade landstinget.<sup>23</sup>

### 3.2.1 Brist på etisk kompetens i ledning och styrning av hälso- och sjukvården

Såvitt rådet vet förekommer inte något systematiskt arbete vad gäller etiska analyser av frågor som berör införandet av nya styrmodeller i hälso- och sjukvården i Sverige eller av befintliga modeller, varken på regional eller lokal nivå i samband med beslut. I den grad det förekommer är det ringa och inte systematiskt.<sup>24</sup>

Etikarbetet bedrivs på olika sätt i de olika regionerna och på sjukhusnivå. I dag finns det etikråd med uppdrag från respektive region i 9 av de 20 regionerna. Det finns även lokala etikråd/etikgrupper på sjukhus/universitetssjukhus i de flesta regioner.<sup>25</sup>

Det finns flera exempel på att etiska frågor som tangerar ledning- och styrningsfrågor uppmärksammas och diskuteras<sup>26</sup> men vi har inte funnit några systematiska etiska analyser i respektive region rörande frågor som berör nya styrmodeller, varken i etikråden eller i regionernas ledning. I en aktuell kartläggning framkommer att flera av etikråden kopplade till regionerna påtalar att det finns en brist på dialog, och att de från etikgruppernas sida önskar få mer insyn och inflytande i beslut för att kunna öka möjligheten att integrera de etiska aspekterna i regionernas dokument och arbete.<sup>27</sup> I rådets möten med olika landsting om etikarbete och aktuella etiska frågor har det heller inte framkommit att det görs etiska analyser inför val av styrmodeller. Etiska frågor vad gäller resursfördelning och prioriteringar behandlas dock i större utsträckning, och på några håll även systematiskt.<sup>28</sup>

I en empirisk studie av Falkenström och Höglund<sup>29</sup>, framkommer att olika beslut tas utan etisk bedömning och med bristande conse-

---

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Inom ramen för detta arbete har rådet inte gjort någon kartläggning av frågan. Detta är en bedömning utifrån litteratur, kontakter med olika experter, och rådets tidigare dialog med olika landsting.

<sup>25</sup> Chenik 2019, Chenik 2015.

<sup>26</sup> Chenik 2019.

<sup>27</sup> Chenik 2019 s. 8.

<sup>28</sup> Se t.ex. Brinkmo 2007, Chenik 2019.

<sup>29</sup> Falkengren och Höglund 2018.

kvensanalyser i ett landsting (region). I studien granskas etisk kompetens utifrån olika former av beslutsfattande i ett landsting, Stockholms läns Landsting, när det gäller budgetarbete, vårdavtal och reformarbete. Författarna finner exempel på brådska, egenintressen, maktspel och (med några undantag) frånvaro av etisk kompetens. Deras resultat sammanfattas på följande sätt:

”Våra resultat tyder på att det fanns en avsaknad av etisk dialog, kommunikativ rationalitet och systematiska etiska analyser där olika handlingsalternativ prövades som skulle kunna ge sakligt väl underbyggda argument för etisk legitimitet av de politiska besluten om ledning och styrning av vården.”<sup>30</sup>

Studien visar att det fordras både individuell och kollektiv etisk kompetens inom alla nyckelgrupperna i hälso- och sjukvårdens ledningsorganisation i den studerade regionen, samt en gemensam interorganisatorisk, kollektiv etisk kompetens för att i styrningspraktiken kunna leva upp till de etiska krav som ställs i hälso- och sjukvårdslagen och andra centrala styrdokument. De menar vidare att detta krävs för att politiker, tjänstemän och ansvariga chefer ska kunna ta etiskt ansvar för de förutsättningar och villkor som skapas för vårdgivarorganisationerna, så att en god vård på lika villkor för hela befolkningen ska kunna uppnås.<sup>31</sup>

### 3.3 Debatten om styrning och organisering av hälso- och sjukvården

Den svenska debatten om styrning av hälso- och sjukvården har förts över en lång tid.<sup>32</sup> Å ena sidan har ställts krav på förändrade arbetssätt och styrmodeller för att effektivisera vården, å andra sidan har olika modeller kritiserats för att de inte får avsedda effekter och kan komma i konflikt med målen för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Debatten de senaste åren har främst handlat om styrmodeller som utgått från New Public Management, NPM, och effekterna av en kommersialisering av vården med privata utförare som har vinstintresse som en central drivkraft. Debatten om NPM tog fart efter

---

<sup>30</sup> Ibid, s. 189.

<sup>31</sup> Ibid, s. 283.

<sup>32</sup> SOU 2017:56.

en uppmärksammas artikelserie i Dagens Nyheter 2013, där införandet av managementmodeller pekades ut som en huvudorsak till problemen i hälso- och sjukvården.<sup>33</sup> Det har också påpekats att debatten och den kritik som lyfts fram mot NPM har varit onyanserad och ensidig.<sup>34</sup> I takt med det ökande svenska intresset för VBV och införandet av den modellen på tre stora universitetssjukhus, på hela sjukhuset eller i några utvalda verksamheter, har debatten de senaste åren intensifierats kring just denna modell.<sup>35</sup> Konceptet VBV presenterades 2006 av de amerikanska ekonomerna Michael Porter och Elizabeth Olmsted Teisberg.<sup>36</sup>

I Sverige liksom i Storbritannien pågår just nu forskning och utredningar som syftar till att utröna effekterna av den s.k. marknadsiseringen av den offentliga hälso- och sjukvården i respektive land. De etiska aspekterna av dessa frågor uppmärksammas även allt mer.<sup>37</sup> Flera utredningar har tillsatts i Sverige som svar på den omfattande kritiken mot effekterna av New Public Management (NPM) inom välfärdssektorn och som fått till uppgift att ta fram alternativa principer för styrning av offentligt finansierad verksamhet. Tillitsdelegationen har nyligt lagt fram sina förslag om en tillitsbaserad styrning.<sup>38</sup> Svenska Läkaresällskapet lyfter i sitt idéprogram för svensk hälso- och sjukvård fram viktiga principer för styrningen av hälso- och sjukvård.<sup>39</sup>

Inom ramen för debatten har även behovet av etisk analys kring styr- och organisationsformer påtalats. Nätverket mot olämplig<sup>40</sup> styrning i vården har lyft frågan om vikten av etisk analys och kompetens i flertalet debattartiklar.<sup>41</sup> Även Engström och Ågård påtalar att strukturella förändringar i hälso- och sjukvården i högre utsträckning måste formas med hänsyn till de etiska implikationer som nya organisationsformer kan medföra.<sup>42</sup>

---

<sup>33</sup> Zaremba 2013.

<sup>34</sup> Se t.ex. Almqvist et al. 2014 och Andersson, 2014.

<sup>35</sup> Artiklar i dagspress och facktidningar, nyhetsreportage och program i bl.a. Sveriges Radio och i olika tv-kanaler har kritiserat resp. pläderat för VBV.

<sup>36</sup> Porter Olmsted Teisberg 2006.

<sup>37</sup> Feiler et al. 2018.

<sup>38</sup> SOU 2017:56, SOU 2018:38, SOU 2018:47 och SOU 2018:39.

<sup>39</sup> Svenska Läkaresällskapets idéprogram för förbättrad hälsa och sjukvård, antaget 2018.

<sup>40</sup> Nätverket mot olämplig styrning av hälso- och sjukvården bildades hösten 2016 av läkarna Gunnar Akner, Niklas Ekerstad och Bengt Järhult. I dag är över 150 läkare anslutna [www.network-styrning.com](http://www.network-styrning.com).

<sup>41</sup> Akner 2016. Löfmark, et al. 2018, Akner. et al. 2017a Akner et al. 2017b.

<sup>42</sup> Engström och Ågård 2017.



## 4 Modell för etisk analys

### 4.1 Analysmodeller

Man kan skilja mellan flera modeller för etisk analys. En är aktörsmodellen, som är särskilt användbar när det finns intressekonflikter mellan – och inom – aktörer och berörda.<sup>1</sup> En annan är mål- och hinderanalysen, speciellt lämplig när den verksamhet eller aktivitet som diskuteras har rimligt tydliga mål. Båda inkluderar analyser av konsekvenser och alternativ och finns beskrivna i litteraturen.<sup>2</sup>

I det här sammanhanget, när mål för verksamheten finns angivna i en rad texter, ligger det nära till hands att tillämpa mål-hinderanalysen. Dess grundbegrepp är: *nuläget*, *mål(en)*, *hinder* på vägen mot målen och *strategier* för att ta sig förbi de hinder som finns på vägen mot målen. Under vart och ett av dessa begrepp aktualiseras värdefrågor och etiska problem. Vidare aktualiseras empiriska frågor om effekterna av de val som görs.

Det kan underlätta för läsaren om de frågor som är relevanta i samband med att eventuella förändringar i styrsystemet diskuteras relateras till en analysmodell av det slag som mål-hinderanalysen utgör. Därför presenteras den inledningsvis genom att säga något om de fyra grundbegreppen: nuläge, mål, hinder och strategier för att hantera hinder – och vilka frågor som aktualiseras under dessa rubriker.

Under varje rubrik görs sedan en jämförelse mellan den styrmodell som används för närvarande och föreslagna förändringar av den. De skillnader som då framkommer blir särskilt viktiga att notera. De ingår i det som bör beaktas innan beslut tas om att introducera förändringar i det svenska hälso- och sjukvården.

---

<sup>1</sup> Se t.ex. Smer, 2018.

<sup>2</sup> Hermerén 2007. Göran Hermerén har utvecklat en metod för mål- och hinderanalys i flertalet publikationer. Smer har använt sig av en anpassad form av mål- och hinderanalysen i kombination med aktörsmodellen t.ex. i rapporten Assisterad befruktning – etiska aspekter 2013:1.

I det följande presenteras först bruksanvisningen till modellen, sedan presenteras en frågeguide som operationaliserar modellen.

## 4.2 Bruksanvisning för modellen

### 4.2.1 Nuläget

Olika aktörer har olika perspektiv; de har heller inte samma mandat och möjligheter. Detta kan påverka deras beskrivning av nuläge och problem. Perspektiv, bakomliggande värderingar och förutsättningar behöver synliggöras för att konstruktiva debatter och samverkan och en tydlig ansvarsfördelning ska bli möjlig. Empati, respekt för olika åsikter, och förmåga att lyssna är naturligtvis viktiga egenskaper i det praktiska etikarbetet.

Två punkter ska särskilt uppmärksammas här. Självfallet ska en beskrivning av nuläget inte innehålla några falska påståenden. Men varje påstående i en beskrivning kan vara sant och beskrivningen kan ändå vara grovt missvisande. Man kan luras utan att ljuga, som Erik Ryding visat med en rad exempel<sup>3</sup>, bland annat genom att göra ett selektivt urval av fakta eller processer. Här ställs alltså etiska krav på att beskrivningen av nuläget inte bara ska vara sakligt korrekt; den får inte heller vara missvisande.

En beskrivning av nuläget kan vidare mer eller mindre tydligt peka på problem som behöver åtgärdas. Det är då viktigt att se att sådant förutsätter konsekvensanalys och värderingar, som bör göras explicita. Det som är ett problem för den ena individen eller gruppen, kan ju innebära en möjlighet för någon annan – om deras värderingar skiljer sig åt.

För den cancersjuka är satsningar på att minska köerna till diagnostik och behandling mycket viktiga, medan den som vill se snabb utbyggnad av förlossningsvården i landet kan ha andra prioriteringar. Om resurserna inte räcker till båda dessa satsningar, blir satsningen på cancervården en möjlighet för den ene och ett problem för den andre – och vice versa.

För att underlätta en konstruktiv debatt bör beskrivningarna vara så värdefria som möjligt. Problem och svårigheter i den verksamhet

---

<sup>3</sup> Ryding 1971.

eller organisation som är aktuell redovisas under en annan rubrik som tydligt förutsätter värderingar: problem och hinder.

Beskrivningen av nuläget och möjliga alternativ bör också innefatta ekonomiska aspekter. Varje förändring har en kostnad. Denna kan vidare vara olika för olika handlingsalternativ. Det finns också en kostnad för att fortsätta som tidigare.

Den centrala frågan under denna rubrik blir då: Är beskrivningen av nuläget i den verksamhet styrmodellen är tänkt att tillämpas på selektivt på ett missvisande sätt?

Specifika aspekter att beakta:

- Vilken nivå är modellen tänkt att fungera på? Nationell, regional, lokal?
- Vilken typ av verksamhet är modellen avsedd att tillämpas på? Akut/icke akut, öppen/sluten, osv.?
- På vilka patientgrupper?
- På vilka sjukdomstillstånd?
- Vad omfattar inte modellen?
- Vilka effekter ska uppnås med hjälp av den aktuella styrmodellen, och vilka vetenskapliga och/eller empiriska belägg finns för att detta stämmer eller är sannolikt?
- Finns stöd från pilotprojekt att styrmodellen skulle fungera i den miljö den är tänkt att tillämpas i?
- Vad kostar det att införa modellen och att arbeta enligt den?
- Finns det andra alternativ?

#### 4.2.2 Mål

En viktig poäng med mål- och hinderanalysen är att den påminner om att individer och grupper kan ha olika mål. Dessa mål behöver därför tydliggöras. Ibland förhåller sig dessa mål till varandra som överlappande cirklar, ibland inte. Målen kan inte sällan dra åt olika håll. Bakom målen finns givetvis värderingar och etiska värden. Man strävar efter att uppnå vissa mål eftersom man anser att det vore

värdefullt att uppnå dem. Dessa värden och värderingar kan vara av olika slag, vilket vi inte i första skedet behöver fördjupa oss i.

Vad vi däremot behöver fördjupa oss i är vagheter och mångtydigheter i beskrivningen av målen, vilka kan resultera både i skenbar enighet och skenbar oenighet. Man tror man är överens eftersom man använder samma ord såsom ”behov”, ”rättvisa”, ”solidaritet”, ”effektivitet”, ”tillgänglighet”, ”kontinuitet” eller ”trygghet” men lägger olika innebörd i dem – eller man tror att man är oeniga därför att man beskriver sin ståndpunkt på skilda sätt.

Till de relevanta värdepremisserna hör i hög grad medicinens och sjukvårdens grundläggande mål. De har en historisk dimension.<sup>4</sup> På ett allmänt plan innebär dessa mål att bekämpa sjukdom; att återställa, bevara och förbättra hälsa och livskvalitet; samt att förebygga ohälsa. Begreppen hälsa och livskvalitet kan definieras på flera sätt. De generella målen kan därför ersättas av flera mer precisa. Dessa mål kan i sin tur brytas ner till tidsbestämda och områdesspecifika mål, där skillnader finns mellan exempelvis palliativ vård, ortopedi och preventiv folkhälsoarbete (smittskydd, hälsosamma levnadsvanor, hygien).

När det gäller målen för hälso- och sjukvården i Sverige, framgår av regelverk och riktlinjer att den ska främja god hälsa, förebygga ohälsa, främja hög patientsäkerhet, skydda mot vårdskada, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, ge vård med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet, ge vård på lika villkor och företräde för den som har det största behovet. Vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Den ska vidare bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Offentligt finansierad vård ska organiseras så att den främjar kostnadseffektivitet. Samverkan ska ske i syfte att uppnå effektivare användning av resurser. Vården ska vara lättillgänglig.

En sådan beskrivning kan utvecklas och fördjupas genom att tolkningen klargörs av nyckeluttryck i de dokument som ligger till grund för beskrivningen av målen ovan. Till dessa dokument hör bland annat hälso- och sjukvårdslagen, prioriteringsplattformen, patientlagen, patientdatalagen, patientsäkerhetslagen, dataskyddsregleringen GDPR, FN:s barnkonvention liksom en del andra konventioner.

---

<sup>4</sup> Se t.ex. Fleischhauer och Hermerén 2006 och den där anförda litteraturen.



Fördjupning kan också åstadkommas genom att praxis vid tillämpningar granskas.

Relevanta värden inkluderar inte bara hälsa och livskvalitet utan också rättvisa, självbestämmande, medinflytande, tillgänglighet, kontinuitet, patientinflytande, patientnytta, god och säker arbetsmiljö för personalen, förtroende för personalen och för sjukvården som helhet. Dessa värden kan ordnas i hierarkier där vissa värden är medel (t.ex. tillgänglighet och kontinuitet) för att uppnå andra och mer grundläggande värden eller mål, t.ex. god hälsa för individ och befolkning. Tillit och kompetens kan på motsvarande sätt vara medel till (eller förutsättningar för) att kunna uppnå god vård.

Värdena är inte statiska utan dynamiska. Deras relativa betydelse är inte konstant. Vi har kunnat se en tydligt ökande fokus på valfrihet i vården under senare tid. Detta värde har uppgraderats samtidigt som värdet av att öka kollektivets nytta inte har samma tyngd som tidigare. Detta är även en internationell trend i västvärlden. Detsamma kan gälla tolkningen av värdenas precisa innebörd; den är inte alltid konstant över tid.

Det är också viktigt att klargöra vilka sjukdomar och vilka processer i sjukvården de formulerade målen avser. Har man till exempel huvudsakligen fokuserat på sjukhusvården och primärt på ”enkla” sjukvårdsprocesser såsom behandling av höft- och knäleder och gråstarr? Tas dessa som exempel för att visa en föreslagen styrmodells potential, medan patienter med komplexa sjukvårdsbehov inte beaktas lika tydligt? Eller har man gjort tvärtom, dvs. fokuserat på komplexa sjukvårdsprocesser framför enkla?

Hur förhåller sig de mål som ska uppnås genom föreslagna förändringar i det nuvarande styrsystemet till de mål och värden som ska främjas i hälso- och sjukvården enligt HSL och liknande dokument? Vilka av dessa mål är rangordnade och tidsbestämda?

Hur är det exempelvis med mål som: vård på lika villkor, respekt för allas mänskliga rättigheter, rättvis fördelning av vårdens resurser, behovsstyrd vård? Här kan det uppstå en betydande skillnad när det gäller vilka värden som läggs in i styrmodellerna.

Tillämpningen av mål- och styrdokument kräver hög etisk kompetens av de skäl som Falkenström och Höglund anger i sin studie:<sup>5</sup> de mål som anges, liksom de värden som ligger bakom och motiverar

---

<sup>5</sup> Se Falkenström och Höglund 2018, bl.a. s. 279.

dem, är ofta abstrakta. De presenteras som självklara, och sällan redovisas argument för dem. Ibland drar de också åt olika håll. För att tillämpningen ska bli så bra som möjligt och för att beakta dessa etiska aspekter förutsätts dialoger kring tillämpningen där idealt alla aktörer och berörda är engagerade och där ansvarsfrågorna klargörs.

Om en ny styrmodell föreslås bli introducerad, är det relevant att fråga: vilka mål uppnår den, och vilka belägg (specificeras om möjligt) har man för detta? Och hur förhåller sig dessa mål till de mål som den aktuella verksamheten eller generellt hälso- och sjukvården i Sverige ska uppnå? Om resultatet blir två delvis överlappande cirklar, vad finns i de olika fälten? Vad kan den föreslagna modellen förbättra i relation till befintlig modell?

De relevanta frågorna – som bör ställas före lanseringen och införandet av en ny modell – blir då:

- Vilka explicita och implicita mål ska uppnås med hjälp av den aktuella styrmodellen eller föreslagna förändringar i det nu använda styrsystemet?
- Vilka och vems värden ligger bakom och motiverar dessa mål?
- Vilka belägg finns för att den aktuella styrmodellen eller föreslagna förändringar i styrsystemet uppnår dessa mål?
- Hur står sig den nya modellen i sammanhanget i relation till den befintliga modellen?
- Kostnad? Vad kostar det att införa den och arbeta efter den? Vad kostar alternativen?

Jämför dessa mål, och målen i befintlig modell, med de mål som den aktuella verksamheten/hälso- och sjukvården i Sverige ska sträva efter att uppnå enligt gällande regelverk och riktlinjer (HSL, PL, PSL ...)<sup>6</sup>. Finns några skillnader mellan dessa mål?

Specifika etiska aspekter att beakta är:

- Beaktas svensk lagstiftning inklusive den av riksdagen antagna prioriteringsplattformen?

---

<sup>6</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientlagen (2014:821), patientsäkerhetslagen (2010:659), samt en del av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SoSFS 2011:9).

- Hur kommer patientens delaktighet och rätt till självbestämmande till uttryck?
- Finns det inslag i styrmodellen som kan hota patienters integritet?
- Vilka konsekvenser kan modellen ha för patienter med komplicerade vårdbehov?
- Hur påverkas patienter med nedsatt beslutsförmåga?
- Vilka effekter kan föreslagna förändringar i styrsystemet ha för målet att utjämna skillnader i (o)hälsa mellan olika grupper?
- Är föreslagna förändringar i styrsystemet förenliga med de aktuella professionernas yrkesetiska koder och andra etiska riktlinjer för verksamheten?

#### **4.2.3 Hinder och problem för att uppnå uppsatta mål genom styrmodell**

Hinder och problem är besläktade begrepp, men de är inte identiska. För att ett problem ska bli ett hinder, måste det vara av en viss svårighetsgrad. Sjuksköterskebrist kan vara både ett problem och ett hinder för att kunna ge god vård på ett sjukhus eller en klinik. Alla hinder är problem, men alla problem är inte hinder.

Annorlunda uttryckt, vi kan skilja mellan hinder av olika slag: starka hinder, som omöjliggör uppnåendet av de mål som eftersträvas; svaga hinder, som försenar och försvårar uppnåendet av dessa mål utan att omöjliggöra detta; och medelsvåra hinder som ligger mellan dessa. Självfallet är övergångarna mellan dessa hinder inte skarpa; de är glidande. Poängen är bara att understryka det uppenbara att ett problem kan vara ett lätt hinder utan att vara ett starkt hinder. Därför är begreppen hinder och problem inte identiska.

En annan viktig poäng med mål-hinderanalysen är att den uppmärksammar att problem och hinder på vägen mot målet eller målen kan vara av många olika slag. Det handlar inte bara om brist på pengar. De hinder som förekommer kan också vara legala, organisatoriska, attitydmässiga, bero på kunskapsluckor, brist på adekvat utrustning och/eller kompetent personal.

Dessa hinder måste, om man vill eliminera eller reducera dem, hanteras på olika sätt. Är hindren legala, krävs nya lagar. Är hindren

organisatoriska, krävs en ny eller förändrad organisation. Saknas kompetent personal, måste kompetenta medarbetare rekryteras. Är arbetsförhållandena dåliga, måste de förbättras. Är hindren attitydmässiga, måste människors attityder påverkas genom information eller incitament.

Falkenström och Höglund ger i sitt tidigare nämnda arbete en rad exempel på praktiska etiska arbetsgivarproblem som hälso- och sjukvården står inför (och som kräver etisk kompetens, om de ska hanteras på ett ansvarsfullt sätt): ”vårdköer, brister i patientsäkerhet, ojämlig vård, arbetsmiljöproblem och långsiktig kompetensförsörjning etcetera.”

Hinder för effektiv sjukvård har diskuterats i flera utredningar.<sup>7</sup> Patienter med komplexa vårdbehov och nedsatt beslutsförmåga liksom brist på adekvat utrustning och kompetent personal kan innebära utmaningar och svårigheter i svensk sjukvård. Detsamma gäller bristen på kontinuitet i sjukvården; man träffar alltför sällan samma vårdpersonal.

Överförbarhet kan vara ett problem i detta sammanhang. Därför blir det viktigt att undersöka var och för vilket syfte modellen utvecklas, och vad det finns för skäl att tro att den löser de problem som den är avsedd att tillämpas på i svensk hälso- och sjukvård. Problem kan uppstå när en styrmodell avsedd att tillämpas på vissa sjukdomar, t.ex. höftledsoperationer, kommer att tillämpas på andra, exempelvis kroniska sjukdomar; eller när en styrmodell som utvecklas för att tillämpas i ett land med ett visst sjukvårdssystem och sjukförsäkring kommer att tillämpas i ett land med annat sjukvårdssystem och sjukförsäkring.

Liksom när det gäller målen, kan vi räkna med att problem och hinder kan vara delvis desamma, delvis olika, när förändringar föreslås av styrsystemet för någon verksamhet inom hälso- och sjukvården i Sverige.

Relevanta övergripande frågor blir då:

- Vilka problem och hinder identifieras i den aktuella styrmodellen/det föreslagna styrsystemet?
- Hur förhåller sig dessa problem och hinder till de som professionerna inom den aktuella verksamheten identifierat?

---

<sup>7</sup> SOU 2016:2, SOU 2018:39, SOU 2018:55, Kommittédirektiv Ordning och reda i vården direktiv 2017:128.

- Hur förhåller sig dessa problem och hinder till de som patienter/patientföreningar uppfattat som problem och hinder?

#### 4.2.4 Strategier för att ta sig förbi de hinder som identifierats

Man kan försöka kringgå, reducera eller eliminera problem och hinder på vägen mot målen på flera olika sätt. Valen mellan dessa strategier är inte etiskt neutrala. Somliga går fortare än andra att tillämpa; vissa strategier kan vara billigare än andra; en del kan vara etiskt problematiska, andra odemokratiska, politiskt olämpliga eller (ibland av andra skäl) förkastliga.

Ett annat exempel kan hämtas ur debatten om medfinansiering av vård. Ett av problemen i svensk hälso-och sjukvård är kostnader och tillgänglighet. Det kan då förefalla som en del hälsoekonomers förslag om medfinansiering (liksom egenfinansiering) kunde vara en bra strategi att lösa, eller i varje fall minska, dessa problem. Men en invändning är att förslaget kommer i konflikt med den av riksdagen antagna prioriteringsplattformen och HSL:s paragraf om att vården ska ges på lika villkor.<sup>8</sup>

Alltså: En strategi kan vara fördelaktig ur ekonomisk synpunkt men detta sker till priset av att något annat som också eftersträvas måste uppges eller försenas.

Hur ska tid, kostnad, etik och politisk inriktning värderas när olika metoder att ta sig närmare eller uppnå målen jämförs? Att välja det som är snabbast är inte alltid bäst, inte heller att välja det som är billigast – särskilt inte om ett längre tidsperspektiv anläggs. Men hur långt tidsperspektiv bör anläggas? Inte heller det är en etiskt neutral fråga. Vilka ramar sätter lagstiftning, direktiv och riktlinjer? Vilken handlingsfrihet har beslutsfattare på olika nivåer i Sverige?

Här kan det finnas både kulturella och legala skillnader som är värda att uppmärksamma i dialoger mellan aktörer och berörda. Dessa dialoger förutsätter kommunikativ kompetens, om de ska bli framgångsrika. Värderingarna bakom målen är inte alltför svåra att identifiera. Men värderingarna bakom val av strategier att hantera hinder är ofta mindre lätta att få syn på.

De föreslagna eller använda strategiernas effektivitet när det gäller att eliminera eller reducera hinder på vägen är naturligtvis en viktig

---

<sup>8</sup> Smer rapport 2014:2.

fråga. Aktörer kan göra påståenden om strategiers effektivitet som gynnar deras andra (politiska, ekonomiska) intressen. Kvaliteten på de belägg som anförs för det som påstås om de föreslagna förändringarnas effektivitet får därför också en etisk dimension.

Uppföljning är en viktig komponent i styrningen, så att man på ett tidigt stadium ser vad som eventuellt fungerar och vad som inte gör det. Uppföljningen fokuserar ofta på mätbara indikatorer. Här finns en risk, som många påtalat: att man fokuserar på det som är lätt mätbart, t.ex. ekonomiska dimensioner, och att andra aspekter som etiska värden trängs undan eller ignoreras.

Relevanta frågor under denna rubrik blir då:

- Vilka metoder/förändringar av styrsystemet för att lösa problemen och ta sig förbi identifierade hinder föreslås i den aktuella styrmodellen?
- Är de förenliga med målen för den aktuella verksamheten/hälso- och sjukvården i Sverige och med medicinsk-etiska grundprinciper?
- Vilka förutsättningar krävs för att dessa metoder/förändringar ska få avsedd effekt?
- Vilka belägg har redovisats för att föreslagna metoder/förändringar skulle leda till de eftersträvade målen?
- Vem vinner och vem förlorar vad på att dessa strategier används? Hur beaktas rättviseaspekter?
- Är det möjligt att pröva styrmodellen i mindre skala innan den införs mera generellt?
- Är någon uppföljning och utvärdering planerad? Vilka indikatorer används i detta sammanhang och vilka värden representerar de?

### 4.3 Avslutande ord

Rådets allmänna slutsatser och rekommendationer utifrån den föreslagna modellen är följande: (1) utgå från de frågor som aktualiseras av mål- och hinderanalysen, som inkluderar analys av alternativ och konsekvenser; (2) jämför svaren på dessa frågor med det som påstås i eller om föreslagna förändringar av styrsystemet/modellen och; (3) granska de belägg eller skäl som ges för dessa påståenden. Det

blir särskilt viktigt att uppmärksamma de värderingar som explicit eller implicit läggs in i modellerna och eventuella brister i skälen för de påståenden som görs.

I det följande kapitlet presenteras en frågeguide.





## 5 Frågeguide för etisk analys

Här presenteras samlat de frågor som kan och bör ställas vid en etisk bedömning inför ställningstagande om införande av nya styrmodeller i hälso- och sjukvården. Frågorna kan även användas vid analys av nuvarande styrmodeller på olika nivåer i hälso- och sjukvården. Särskilt viktiga att notera är eventuella skillnader mellan (a) principer och mål för svensk sjukvård (b) principer och mål som den föreslagna modellen förespråkar eller baseras på. Detta är särskilt angeläget att beakta om modellen utvecklats i ett land med ett annat sjukvårdssystem.

Frågeguiden gör inte anspråk på fullständighet inför etisk bedömning.

### **Nuläget**

#### **Beskrivningar**

1. Beskriv nuläget i organisationen.
2. Beskrivs nuläget i svensk sjukvård i den föreslagna styrmodellen sakligt och korrekt?
  - a) Är alla påståenden i beskrivningen korrekta?
  - b) Är beskrivningen selektiv på ett missvisande sätt?
3. Specifika frågor som fokuserar på möjliga skillnader mellan dessa beskrivningar:
  - a) Vilken nivå är modellen tänkt att fungera på? Nationell, regional/lokal?
  - b) Vilken typ av verksamhet passar modellen för?

- c) Akut/icke akut öppen/sluten osv.
- d) Vilka patientgrupper?
- e) Vilka sjukdomstillstånd?
- f) Vad omfattar/omfattar inte modellen?

### **Problem**

1. Vilka är problemen i hälso- och sjukvården i Sverige enligt tillgänglig evidens (kunskap och erfarenheter)?
2. Vilka problem och vems problem lyfts fram i den föreslagna styrmodellen?
3. Vilka bakomliggande värderingar är utgångspunkten när vissa problem i nuläget framhålls i den föreslagna modellen?
4. Vilka likheter och vilka skillnader finns mellan dessa problembeskrivningar?

### **Evidens (kunskap och erfarenheter)**

1. Vilka effekter ska uppnås med hjälp av den aktuella styrmodellen, och vilka vetenskapliga och/eller vetenskapliga belägg finns för att detta stämmer eller är sannolikt?
2. Finns stöd i pilotprojekt att styrmodellen skulle fungera i den miljö den är tänkt att tillämpas i?

### **Mål (a) för hälso- och sjukvården i Sverige och (b) mål enligt den aktuella styrmodellen**

#### **Formulering av målen**

1. Vilka explicita och implicita mål ska uppnås med hjälp av den föreslagna styrmodellen eller de föreslagna förändringarna i det nuvarande systemet?

2. Vilka och vems värden ligger bakom och motiverar dessa mål?
3. Vilka belägg finns det för att den aktuella styrmodellen eller de föreslagna förändringarna i styrsystemet uppnår dessa mål?
4. Jämför målen som den föreslagna styrmodellen påstås uppnå med de mål och värden som hälso- och sjukvården i Sverige ska sträva efter att uppnå enligt gällande regelverk och riktlinjer.

### **Skillnader mellan målen**

Specifika frågor som fokuserar på möjliga skillnader:

1. Mål och värden i hälso- och sjukvården och Prioriteringsplattformen: Hur förhåller sig den föreslagna styrmodellen till mål och värden i lagar och riktlinjer för hälso- och sjukvården i Sverige samt de av Sveriges riksdag antagna prioriteringsprinciperna för sjukvården?
2. Patientperspektiv. Hur kommer patientens delaktighet och självbestämmande till uttryck i styrmodellen?
3. Integritet. Finns det inslag i styrmodellen som kan hota patienters integritet?
4. Patienter med komplexa vårdbehov. Vilka konsekvenser kan modellen ha för denna patientgrupp?
5. Patienter med nedsatt beslutsförmåga. Hur påverkar modellen denna patientgrupp?
6. Jämlik vård. Vilken effekt kan modellen tänkas ha vad gäller jämlik vård och målet att utjämna skillnader i (o)hälsa mellan olika socioekonomiska grupper?
7. Är föreslagna förändringar i styrsystemet förenliga med professionernas yrkesetik?
8. Är någon uppföljning planerad?

**Hinder (a) för att uppnå målen för HS i Sverige  
(b) enligt modellen**

1. Vilka hinder och svårigheter identifieras i den aktuella styrmodellen?
2. Hur förhåller sig dessa problem och hinder till de som professionerna inom den aktuella verksamheten identifierat?
3. Hur förhåller sig dessa problem och hinder till de som patienter/patientföreningar uppfattat som problem och hinder?
4. Är det möjligt/rimligt att pröva modellen i mindre skala innan den införs mera generellt?

**Strategier för att ta sig förbi de hinder som identifierats  
(a) för att uppnå målen för hälso- och sjukvården  
i Sverige (b) målen enligt den aktuella styrmodellen****Identifiering av strategier**

1. Vilka metoder för att lösa problemen och att ta sig förbi identifierade hinder föreslås i den aktuella styrmodellen?
2. Är de förenliga med målen för den aktuella verksamheten (hälso- och sjukvården i Sverige och med medicinsk-etiska grundprinciper)?
3. Vilka förutsättningar krävs för att dessa metoder/förändringar ska få avsedd effekt?
4. Vilka belägg har redovisats för att föreslagna metoder/förändringar skulle leda till de eftersträlvade målen?
5. Vilka är aktörerna och de berörda? Vem vinner och vem förlorar vad på att dessa strategier används? Vad kostar det att ta sig förbi hindren? Finns det (bättre) alternativ? Hur beaktas rättvisaspekter?

## 6 Avslutande överväganden och rekommendationer

Det är viktigt att styr- och organisationsmodeller i hälso- och sjukvården är utformade så att de främjar förverkligandet av målsättningarna för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Det finns i dag ingen given metod för att säkerställa detta.

Smer tror att en etisk analysmodell kan vara användbar i processen för att utforma och förbättra sjukvårdens styrning. Den kan utgöra ett verktyg genom vilket beslutsfattare, tjänstemän och professionen kan samverka – för att med den etiska analysen som utgångspunkt säkerställa att de modeller som tas fram är ekonomiskt effektiva och samtidigt förenliga med hälso- och sjukvårdens mål och värden. Modellerna ska bygga på Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12) som möjliggör ständiga förbättringar samt risk- och konsekvensbedömningar. Denna författning utgör en gemensam utgångspunkt för sjukvårdens styrning.

Den beskrivna modellen för etisk analys genererar frågor om mål, hinder och strategier, och den inbjuder till jämförelser mellan hur dessa hanteras i den analyserade styrmodellen och i den verklighet som denna modell är tänkt att tillämpas på. Analysmodellen kan även användas för avvägningar vid jämförelse av vilken modell som torde fungera bäst, dvs. i jämförelse med utgångsläget och i jämförelse mellan olika nya modeller. De frågor som ställs kan inte besvaras med att ett kryss sätts i en box för ”ja” eller ”nej”. Risken att frågeguiden utvecklas till en checklista är därför liten. När frågeguiden tillämpas bör detta ske utifrån kunskap, argument och analytisk förmåga.

Syftet med denna rapport är, som tidigare sagts, att visa på ett sätt att tänka om man på ett välgrundat sätt vill ta ställning till föreslagna styrmodeller eller vill analysera existerande modeller.

Modellen som presenteras pekar på ett antal frågor som bör ställas och besvaras, uppdelade under fyra rubriker: nuläge, mål, hinder och strategier. På dessa svar ställs också kvalitetskrav: evidensen för de svar som ges måste kunna redovisas och svaren ska inte bygga på bristfälligt forskning, en problembild utan verklighetsförankring eller alternativa fakta. Det viktiga är att relevanta frågor ställs och att seriösa försök görs att besvara dem – liksom att behovet av etisk kompetens i beslutsfattandet understryks. Det är särskilt angeläget att kunna lyfta fram och tydliggöra de värden som aktualiseras och står på spel och att rikta strålkastarljuset på eventuella konflikter mellan dem. En tydlig ansvarsfördelning är viktig när det gäller hantering av sådana konflikter.

Rådet vill med detta arbete lyfta fram den etiska analysens och den etiska kompetensens relevans i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Styrmodeller för hälso- och sjukvården är inte värdeneutrala. Innan de implementeras bör således en ordentlig etisk analys göras. Den etiska analysen av värden och värdekonflikter bör komplettera andra konsekvensanalyser inför ändringar i styrning, organisation och arbetssätt, liksom analyser av aktuell styrning. Det gäller samtliga nivåer av beslutsfattande, från nationell, landsting/region, kommun, sjukhus, öppenvårdsorganisation eller annan verksamhet, till avdelningsnivå i hälso- och sjukvården.

Det behövs etisk kompetens för att göra denna analys. En sådan kompetens är av största vikt för att politiker, opolitiska tjänstemän och vårdgivarnas högsta chefer ska kunna ta ansvar för ledning och styrning av hälso- och sjukvården.

Det krävs insikt och medvetenhet om att nya modeller för styrning- och organisation kan ha etiska konsekvenser. Rådet har tidigare i flertalet remissvar och rapporter påtalat att ledningsnivån (hälso- och sjukvårdens ledningsorganisation) har ett särskilt ansvar att lyfta de etiska frågorna och signalera nedåt i organisationerna att dessa frågor är viktiga. Den etiska kompetensen – och den etiska analysen – bör således stärkas på ledningsnivå.

Det finns ett stort behov av kontinuerlig uppföljning och utvärdering av styrning och styrmodeller för hälso- och sjukvårdens olika verksamheter och på olika nivåer. Det finns flera statliga myndigheter som analyserar den statliga styrningen av kommunal verksamhet inklusive hälso- och sjukvård. Men varken Ekonomistyrningsverket (ESV), Statskontoret, Socialstyrelsen eller någon annan

myndighet har i uppgift att vägleda kommuner och regioner när det gäller hur de ska styra sin verksamhet. Detta kan ha bidragit till det stora intresset för nya styrmodeller för hälso- och sjukvård som ofta marknadsförs av olika konsultföretag. Staten bör ha en större kunskapsstödande roll när det gäller styrning och styrmodeller i hälso- och sjukvården.

I rådets beredning av denna rapport har vi funnit att det vore önskvärt att satsa mer på forskning om styrning av offentligt finansierad hälso- och sjukvård och etiska analyser på detta område.

Sammanfattningsvis menar rådet att:

- Etisk analys är ett verktyg som bör användas på olika nivåer inför introduktion av styr- och organisationsmodeller i hälso- och sjukvården.
- Etisk kompetens bland beslutfattare på olika ledningsnivåer måste tillföras och utvecklas.
- Nya modeller bör utvecklas och förbättras i samverkan mellan profession och beslutsfattare, där värdefrågorna och den etiska analysen bör vara en utgångspunkt.





# Referenser

- Ahlbäck Öberg, S. och Widmalm, S. (2016) Att göra rätt när ingen ser på. *Statsvetenskaplig tidskrift*, 2016:1.
- Akner, G., Styrningen har blivit ett hot. (2016, 25 juli) *Svenska Dagbladet Brännpunkt*.
- Akner, G. et al. (2017a, 15 mars) Värdebaserad vård strider sannolikt mot lagen. *Dagens samhälle*.
- Akner, G. et al. (2017b, 17 september) Olämpliga styråtgärder har skapat dagens vårdkris. *Sjukhusläkaren*.
- Almqvist, E., Catasús, B. och Wällstedt, N. (2014) Det är både teorin och tillämpningen av New Public Management som skapar rädda organisationer! *Organisation och Samhälle. Svensk företagsekonomisk tidskrift*, 2014;2:50–53.
- Anell, A. (2010) *Värden i vården – en ESO rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, 2010:7. Rapport till expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.
- Anell, A. (2011) Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health and economics, policy and law*, 2011;6(4):549–569.
- Andersson, F. (2015) Till försvar för New Public Management. *Ekonomisk Debatt*, 2015:6.
- Bailes, W. B. et al. (2014) “Nursing's Ethical Responsibilities in Value-Based Purchasing.” *Journal of Health Ethics*, 2014;10(2):85–99.
- Berlin, J. och Kastberg, G. (2011), *Styrning av hälso- och sjukvård*. Liber AB Stockholm.
- Bircher, J. and Hahn, E. G. (2017) Will the Meikirch Model, a New Framework for Health, Induce a Paradigm Shift in Healthcare? *Cureus*, 2017;9(3):e1081.

- Bishop, L. J., Cherry, M.N. och Darragh, M. (1999) *Organizational Ethics and Health Care: Expanding Bioethics to the Institutional Arena. Scope Note 36. Bioethics Research Library*. The Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/93ca/6ebcfb90cc5f3bbae007bd5aed346f7d4f52.pdf> Elektronisk källa hämtad 2019-02-09.
- Brinkmo, B.M. (2007) *Inventering av etisk kompetens. En kartläggning av metoder och kompetens för etisk analys i hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen*. Rapport Nr 25.
- Bozic, K. J. och Wright, J. G. (2012) "Editorial Comment." *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2012;470(4):1004-5.
- Chenik, M. (2015) *Kartläggning av etikgrupper på landstings- och regionnivå 2015*. Rapport. Karolinska institutet.
- Chenik, M. (2019) *Bevakning av ny information om hälso- och sjukvårdsetik – en undersökning av etikgruppernas mötesanteckningar inom landstingen och regionerna som möjlig informationskälla*. Rapport. Karolinska institutet.
- Dahlgren, G. (2018) *När sjukvården blev en marknad. Effekter och alternativ*. Premiss förlag.
- Daniels, N. (1985) *Just health care*. New York: Cambridge University Press.
- Dainty, K.N., Seaton, B., Laupacis, A. et al. (2017) A qualitative study of emergency physicians' perspectives on PROMS in the emergency department. *BMJ Qual Saf*, 2017;26:714–721.
- Ekonomistyrningsverket. (2014) *Att få rätt saker att hända. Verksamhetsstyrning i statliga myndigheter*. ESV vägledning 2014:49.
- Enthoven, A.C., Crosson F.J., Shortell S.M. et al. (2007) "Redefining health care: medical homes or archipelagos to navigate?" *Health Affairs*, 2007;26(5):1366–1372. 10.1377/hlthaff.26.5.1366.
- Enthoven, A.C., Tollen, L.A. (2005) Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. *Health Affairs*. 2005 Jul–Dec 2005; suppl web exclusives: W5-420-33. 10.1377/hlthaff.w5.420.
- Falkenström, E. och Höglund, A. (2018) *På spaning efter etik. Etisk kompetens och ansvarstagande för ledning och styrning av hälso- och sjukvården*. Apell förlag, Stockholm.

- Falkenström, E. (2014) *Vårdchefens etiska dilemma. Strategier för bättre praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Faith, K. E. (2013) The role of values-based leadership in sustaining a culture of caring. *Health Management Forum*, 2013 Spring;26(1): 6–15.
- Feiler, T., Hordern, J. och Papanikitas, A., Eds. (2018) *Marketisation, Ethics and Healthcare. Policy, Practice and Moral Formation*. London: Routledge.
- Fleischhauer, K. och Hermerén, G. (2006) *Goals of Medicine in the Course of History and Today*. Stockholm: Kungl. Vitterhets Historie och Antikvitets Akademien (Almqvist & Wiksell distr).
- Forsstedt, S. (2018) *Tänk efter före! En ESO-rapport om samhälls-ekonomiska konsekvensanalyser. 2018:5*. Stockholm: Nordstedts juridik.
- Fredriksson, J. (2015) Pseudo-understanding: an analysis of the dilution of value in healthcare. *BMJ Qual Saf*, 2015; 24:451–457.
- Frith, L. (2013) The NHS and market forces in healthcare: the need for organisational ethics. *J Med Ethics*, 2013;39:17–21.
- Frith, L. (2018) Organisational ethics: A solution to the challenges of markets in health care? I Feiler, T., Hordern, J. och Papanikitas A., Eds. *Marketisation, Ethics and Healthcare: Policy, Practice and Moral Formation*. London: Routledge.
- Gibson, J., Sibbald, R., Connolly, E. et al. (2008) Organizational Ethics. I Singer P. och Viens A. *The Cambridge textbook of bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008:243–9.
- Goldstein, D.A. (2016) The Ethical and Practical Challenges of Value-Based Cancer Care at the Patient's Bedside. *JAMA Oncology*, 2016;2(7):860–861.
- Hallin, B. och Siverbo, S. (2003) *Styrning och organiserings inom hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hermerén, G. (2007) Challenges in the Evaluation of Nanoscale Research: Ethical Aspects. *NanoEthics*, 2007;1:223–237.
- Indrakanti, S. et al. (2012) Value-based Care in the Management of Spinal Disorders: A Systematic Review of Cost-utility Analysis. *Clinical Orthopaedics & Related Research*, 2012;470(4):1106–1123.

- Kondo, K., et al. (2016) Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 2016; 31:61–69.
- Lindberg, K. och Blomgren, M. (2009) Mellan offentligt och privat: Om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården. Stockholm: Santérus Academic Press.
- Lindgren, P. (2014) *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag.
- Ljungblom, M. (2014) Ethics and Lean Management – a paradox? *International Journal of Quality and Service Sciences*, 2014;6(2/3):191–202.
- Löfmark, R. och 68 medlemmar av Nätverket mot olämplig styrning i hälso- och sjukvården. (2018, 6 juni) ”Vården ska ledas av etik och de som kan sjukvården.” *Göteborgsposten*.
- McDonald, F., Simpson, C. och O’Brien, F. (2008) Including Organizational Ethics in Policy Review Processes in Healthcare Institutions: A View from Canada. *HEC Forum*, 2008;20(2):137–153.
- Oprea, L., et al. (2010) An ethical justification for the Chronic Care Model (CCM). *Health Expectations*, 2010;13(1):55–64.
- Porter, M.E. och Olmsted Teisberg, E. (2006) *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Potter, R. (1996) From clinical ethics to organisational ethics: the second stage of the evolution of bioethics. *Bioethics Forum*, 1996;12:3–12.
- Putera, I. (2017) Redefining Health: Implication for Value-Based Healthcare Reform. *Cureus*, 2017;9(3):e1067.
- Ryding, E. (1971) *Att luras utan att ljuga*. Lund: Gleerups.
- Simpson, R. L. (2012) Technology enables value-based nursing care. *Nursing Administration Quarterly*, 2012;36(1):85–87.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Stockholm.
- SOU 2017:56. *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? Delbetänkande av Tillitsdelegationen*. Stockholm.

- SOU 2018:38. *Styra och leda med tillit. Forskningsantologi. Tillitsdelegationen*. Stockholm.
- SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform. Utredningen en Samordnad utveckling för en god och nära vård*. Stockholm.
- SOU 2018:47. *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. Huvudbetänkande. Tillitsdelegationen*. Stockholm.
- Statens medicinsk-etiska råd. (2018) *Etik en introduktion*. Fjärde omarbetade upplagan. Stockholm.
- Statens medicinsk-etiska råd. (2014) *Med- och egenfinansiering i vården: etiska aspekter, Smer rapport 2014:2*. Stockholm.
- Svenska Läkaresällskapet. (2018) *Svenska Läkaresällskapets idéprogram för förbättrad hälsa och sjukvård, antaget av nämnden*.
- Walshe, K. (2009) Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *Int J Qual Health Care*, 2009;21(3):153–159. doi: 10.1093/intqhc/mzp012. Epub 2009 Apr 21.
- Wolpe, P.R. (2000) “From bedside to boardroom: sociological shifts and bioethics.” *HEC Forum*, 2000;12(3):191–201.
- Zaremba, M. (2013) *Patientens pris*. Ett reportage om den svenska sjukvården och markanden. Stockholm: Weiler förlag.
- Öhrming J. (2017) *Allt görs liksom baklänges. Verksamheten vid Nya Karolinska Solna*. Södertörn Academic Studies 68.



# Utdrag från artikel. Frågor som beslutsstöd inför bedömning av olika policys

Utdrag från artikeln, *Including Organizational Ethics in Policy Review Processes in Healthcare Institutions: A View from Canada*, av Macdonald et al 2008, i vilken de sammanfattar sina erfarenheter från ett etikråd knutet till *IWK Health Centre* i Kanada. Nedan presenteras de frågor (översatt från engelska) som de ställt samman som stöd i sina analyser av nya policys/organisatoriska reformer.<sup>1</sup>

- Vilka värden aktualiseras explicit och implicit av policyn?
- Är dessa värden tydligt formulerade eller borde de vara de?
- Är dessa värden i överensstämmelse med vårdgivarens värden?
- Vilka är de relevanta etiska principerna eller teorierna som aktualiseras i situationen?
- Vad är det potentiellt goda alternativt potentiellt dåliga med policyn (inklusive risken för moralisk stress?)
- Medför policyn avgränsningar eller begränsningar i behandlingsmöjligheter?
- Behandlar policyn alla som påverkas av den på samma villkor?
- Medför policyn att patientens eller dennes ställföreträdarens önsksningar inte respekteras?
- Medför policyn frihetsbegränsningar?
- Möjliggör policyn att information kan röjas mot en persons eller grupp av personers vilja?

---

<sup>1</sup> McDonald et al. 2008, s. 148.

- Påverkar policyn den personliga integriteten? Påverkar policyn patientens möjligheter att utöva sin autonomi?
- Påverkar policyn svaga grupper (internt eller externt)?
- Påverkar policyn någons medborgerliga rättigheter (inklusive rights to natural justice)?
- Påverkar policyn samhället?
- Har svaga grupper haft något att säga till om?
- Kräver policyn för mycket eller för lite av de som förväntas att upprätthålla den?
- Är språkbruket som används lämpligt (t.ex. utifrån ett familjeperspektiv alternativt kultursensitivt)?
- Skulle vårdgivaren vara bekväm med att policyn blev allmänt känd?

Den etiska bedömningen ska även innefatta en bedömning om policyn är eller kommer att vara effektiv? Frågorna de ställer för att bedöma effektivitet är:

- Är policyns bestämmelser och processer tydliga?
- Är nyckeltermerna definierade?
- Har rätt personer (dvs. de som kommer att påverkas, de som kommer tillämpa riktlinjerna, etc.) inkluderats i utvecklingen av policyn?
- Finns det en process för att genomdriva policyn eller för att försäkra sig om att policyn följs?
- Finns det en process för att försäkra sig om att målen med policyn förverkligas?
- Finns det processer för kvalitetssäkring i policyn?
- Finns det specifika frågor relaterade till sjukhusets etiska skyldigheter gentemot sina patienter i förhållande till implementeringen av policyn?<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Ibid s. 149.



- Finns det specifika frågor relaterade till sjukhusets etiska skyldigheter gentemot sina användare i förhållande till implementeringen av policyn?<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Ibid s. 149.



# Mål, etiska värden och principer för svensk hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård är en värderelaterad verksamhet. Behandlingar syftar till att främja hälsa och livskvalitet, värden som är viktiga för människor. Etiska värden och principer kommer till uttryck i lagstiftningen för hälso- och sjukvården<sup>1</sup>. Där finns också mål för och krav på vården som är viktiga ur patientsynpunkt. Styrmodeller för hälso- och sjukvården behöver väljas så att de bidrar till att uppfylla målen och att verksamheten bedrivs enligt principer, värden och krav.

## Mål och krav

Den offentligt finansierade hälso- och sjukvården ska bidra till god hälsa och till att förebygga ohälsa samt främja hög patientsäkerhet. Kraven på en god vård ska uppfyllas. Vården ska vara kunskapsbaserad och bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården ska vara av god kvalitet. Kvaliteten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Vården ska främja goda kontakter med patienter. Den ska utformas och genomföras i samråd med patienten och närstående ska få möjlighet att medverka. Samverkan ska ske med olika aktörer för olika syften. I tabellen nedan sammanfattas ett urval av de mål och krav som finns för svensk hälso- och sjukvård.

---

<sup>1</sup> Bl.a. i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, patientlagen (2014:821), PL, patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete samt i kommunallagen (2017:725), KL.

## Etiska principer

Alla människor har lika värde. Därför har alla människor vissa grundläggande rättigheter som ska respekteras. Viktiga etiska principer handlar om självbestämmande, att inte skada, att göra gott och om rättvisa, att inte särbehandla människor eller grupper om det inte finns skillnader som har betydelse ur etiskt perspektiv. Integritet handlar om mänsklig värdighet, om varje människas rätt att få upprätthålla den oavsett yttre förhållanden. En person har rätt att få sina värderingar, önskningar och åsikter respekterade. Rätten till självbestämmande (autonomi) är kopplat till förmåga. Olika personer har olika förmåga att ta vara på sina intressen och framföra sina värderingar, åsikter och önskningar. Det påverkar både förmågan och möjligheten till självbestämmande. Självbestämmande kan överlåtas på någon annan, men rätten till integritet är ovillkorlig.

Lagstiftningens etiska principer handlar om människosyn i form av alla människors lika värde, rätten till självbestämmande och autonomi, rättvisa och andra grundläggande värden. Det handlar om respekt för patientens autonomi och integritet, samt jämlikhet när det gäller vem som ska erbjudas vårdinsatser av olika slag.

## Den etiska plattformen för prioriteringar

Prioritering innebär att sätta något före något annat. Fördelas resurser till en grupp eller verksamhet blir någon annan utan. En jämförelse behöver därför göras med vad en alternativ användning av resurserna kan ge. Av HSL framgår att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde. Denna bestämmelse grundar sig på riksdagens beslut om den s.k. etiska plattformen<sup>2</sup>. Den innehåller riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som vägledning till dem som beslutar om prioriteringar i vården.

Plattformen verkar för respekt för den enskilda individens värde, rätt och värdighet. Den baseras på tre grundläggande etiska principer. *Människovärdesprincipen* som innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. *Behovs- och solidaritetsprincipen* som innebär

---

<sup>2</sup> Regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60).

att resurserna bör fördelas efter behov. Principen har enligt propositionen en stark anknytning till både den grundläggande humanitära motiveringen för vården (att göra gott, att hjälpa den som behöver hjälp) och till rättvise- och jämlikhetsideal samt har en stark förankring i vår kultur. *Kostnadseffektivitetsprincipen* innebär att vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas. Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de andra två principerna och bör endast komma till användning sedan behovsprincipen först tillämpats.

### **Andra prioriteringsaspekter**

Det finns etiska aspekter även på annan prioritering av resurser. Lagstiftningen innehåller krav på ekonomisk hushållning och kostnadseffektivitet. Landsting och kommuner har begränsade resurser. Resurserna – personal, utrustning och lokaler, pengar – är alltid begränsade. Det är viktigt att vårdens prioriteringar görs medvetet och utifrån etiska principer.

**Tabell 1 Mål och krav i lagstiftningen som har betydelse för patienters hälsa och välbefinnande – ett urval**

<b>Mål och syfte</b>	
HSL	God hälsa
HSL	Förebygga ohälsa
PSL	Främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård
PSL	Skydd mot vårdskada, lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt undvikbart dödsfall
<b>Etiska värden</b>	
HSL	Bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (HSL god vård)
PL	Främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet
PL	Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras
HSL	Vård med respekt för alla människors lika värde
HSL	Vård med respekt för den enskilda människans värdighet
HSL	Vård på lika villkor
HSL	Företräde för den som har det största behovet av hälso- och sjukvård
<b>Krav på vården</b>	
HSL	Kraven på en god vård ska uppfyllas
HSL/PL	God kvalitet med en god hygienisk standard (HSL god vård; PL)
HSL	Tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (HSL god vård)
HSL	Vara lätt tillgänglig (HSL god vård)
PL	Sakkunnig och omsorgsfull
SoS	God vård (säker, individanpassad, kunskapsbaserad, jämlik, tillgänglig, effektiv och hållbar)
<b>Kunskapsbaserad vård</b>	
PL	I överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (i SoS God vård: kunskapsbaserad)
<b>Kvalitetssäkring</b>	
HSL	Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras
<b>Patienter och närstående</b>	
HSL	Främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen (HSL god vård)
PL	Utformas och genomförs i samråd med patienten så långt möjligt
PL	Närstående får möjlighet att medverka vid vårdens utformning och genomförande
<b>Förutsättningar, organisation och ekonomi</b>	
HSL	Den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för god vård
HSL	Organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet (för offentligt finansierad)
KL	Landsting och kommuner ska ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet

<b>Samverkan ska ske</b>	
HSL	vid planering och utveckling av hälso- och sjukvård (med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare)
HSL	om vården rör flera landsting (med andra landsting)
HSL	i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser (med kommuner, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen)
HSL	vid finansiering, planering och genomförande av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete (landsting, kommuner, universitet och högskolor)
HSL	vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område (landsting, kommuner, universitet och högskolor)

---