

Forskning kring ett struktur- och förändringsprogram för ekonomi i balans: lyckades programmet eller inte?

Mio Fredriksson

Mio Fredriksson, docent i Hälso- och sjukvårdsforskning, Uppsala universitet
E-post: mio.fredriksson@pubcare.uu.se

När nationella eller lokala hälso- och sjukvårdssystem utsätts för ekonomisk press kan åtgärder snabbt behöva sättas in för att åstadkomma ekonomi i balans. Ett exempel är det omfattande struktur- och förändringsprogram som genomfördes i Region Dalarna under 2015-2017 och som följts av hälso- och sjukvårdsforskare vid Uppsala universitet. Huruvida programmet blev lyckat eller inte kan besvaras utifrån olika perspektiv. Att det var möjligt att fatta beslut om ett så omfattande program kan betraktas som en processframgång, även om delar av processen ifrågasattes. Resultaten tyder också på operativ framgång eftersom stora delar av programmet implementerades. Dock är resultatframgången mer oviss eftersom utvärderingar tyder på att de ekonomiska målen inte nåddes. Den politiska framgången är inte heller entydig, även om förtroendet för hälso- och sjukvården ökade bland allmänheten åren då programmet pågick.

When national or local healthcare systems face economic hardship, decision-makers may have to take action quickly to improve the economy. One example is the comprehensive Restructuring program in Region Dalarna (2015-2019) followed by health services researchers from Uppsala University. Whether it was successful or not may be answered from different perspectives. That it was possible to decide on such a comprehensive program can be regarded as a process success, even if parts of the process were questioned. The results also indicate operational success as large parts of the program were implemented. However, the outcome success is more uncertain as evaluations indicate that the financial savings target was not reached. The political success is also not unequivocal, although confidence in the local healthcare system increased among the public during the period.

Inledning

Många hälso- och sjukvårdssystem står inför ekonomiska utmaningar

De flesta av världens hälso- och sjukvårdssystem står inför utmaningen att möta ökade behov med begränsade resurser (1). Inom många länder ökar den s.k. försörjningskvoten, vilket innebär att allt färre individer i förvärvsaktiv ålder ska försörja allt fler äldre med stora vårdbehov. Utöver interna finansiella påfrestningar utsätts också hälso- och sjukvårdssystem för externa påfrestningar såsom finanskrisen 2007–2008 eller covid-19-pandemin. Detta betyder att politiker och andra beslutsfattare snabbt kan behöva anpassa hälso- och sjukvårdens kostnader och utgifter. Ett exempel på detta inträffade i Region Dalarna där fullmäktige i slutet av 2014 beslutade att en åtgärdsplan för ekonomi i balans skulle presenteras i juni 2015. Regionen hade haft en negativ ekonomisk utveckling sedan 1996 och gått med underskott med undantag för ett fåtal år (i genomsnitt cirka -115 miljoner per år). För att minska kostnaderna föreslogs ett struktur- och förändringsprogram för hälso- och sjukvården, vilket bestod av politiska beslut, inklusive uppdrag om utbud- och nivåstrukturering, och tjänstemannabeslut. Planen innefattade allt från stängningar av verksamheter, såsom en ambulansstation och vårdcentralfilialer, till omstruktureringar av kvinno- och barnsjukvård och höjningar av patientavgifter. För perioden 2015–2019 skulle kostnaderna minska med cirka 700 miljoner kronor för att inom de befintliga resurserna åstadkomma en patientsäker, hållbar och högkvalitativ hälso- och sjukvård.

I denna artikel sammanfattas den forskning som bedrivits kring struktur- och förändringsprogrammet i Region Dalarna inom ramen för ett forskningsprojekt vid Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet.¹ Det övergripande syftet med forskningsprojektet var att undersöka hur storskaliga prioriteringar och rationaliseringar beslutas och genomförs i en komplex organisation med många aktörer. De övergripande frågeställningarna var hur beslutsprocessen vid framtagandet av struktur- och förändringsprogrammet gick till samt hur de förändringar som beslutades har genomförts i praktiken (2).

Fördelning av resurser i hälso- och sjukvården

Fördelning av resurser i hälso- och sjukvården kan ske enligt många olika principer, alltifrån kontinuerliga medicinska prioriteringar till enskilda politiska beslut. I forskningslitteraturen kring prioriteringar poängteras att beslutsfattare i hälso- och sjukvården kontinuerligt måste prioritera mellan olika tjänster, verksamheter, behandlingar och patientgrupper (3-5). Omställningar av hälso- och sjukvården (*reconfiguration*) är ett vanligt sätt att försöka kontrollera eller begränsa kostnader, helst genom att öka produktiviteten och effektiviteten utan

att försämra kvaliteten (6-8). Under perioder av ekonomisk stress kan det dock även bli nödvändigt att göra neddragningar, vilket ibland omskrivs i termer av rationalisering (*rationing*) eller desinvesteringar (*disinvestment*). När detta behöver ske snabbt kan man tala om ad hoc-rationalisering eller oplanerade desinvesteringar som inte baseras på explicita och evidensbaserade procedurer (4, 9). Andra begrepp som också används för att beskriva neddragningar eller omställningar med ekonomiska förtecken, men ur ett bredare perspektiv, är decommissioning (10), cut-back management (11) och retrenchments (12).

Litteraturen pekar på att neddragningar (eller omställningar som uppfattas som neddragningar) är svåra att genomföra. För mottagarna av hälso- och sjukvård är de negativa effekterna av neddragningar omedelbara och synliga, medan de positiva effekterna är mer diffusa och kanske endast synliga på lång sikt. Politiskt är det svårt att genomföra neddragningar eftersom tjänster såsom hälso- och sjukvård har ett starkt stöd bland befolkningen och patienter, och ofta försvaras av intressegrupper såsom patientorganisationer. Politiker brukar därför tveka inför att genomföra neddragningar för att öka chanserna för återval. Dessutom finns det också institutionella barriärer och institutionella arrangemang som begränsar vilka förändringar som är möjliga (12-15), exempelvis sjukhusstrukturer och nätverk av hälso- och sjukvårdspersonal. Trots de politiska och institutionella svårigheterna att göra neddragningar sker detta med jämna mellanrum i olika länder, på olika nivåer och inom olika välfärdssektorer. Forskningen har därför fokuserat på varför och hur detta sker (12, 16-18). Förklaringar har fokuserat på strategiska handlingar för att undvika skuld (*blame avoidance*), exempelvis att kompensera viktiga intressegrupper, splittra politiska motståndare eller att övertala väljare och mottagare av välfärdstjänster om att neddragningar är nödvändiga (19).

Metod

I forskningsprojektet genomfördes en rad olika studier som samlade in och nyttjade kvalitativt såväl som kvantitativt forskningsmaterial, Tabell 1. Huvuddelen av resultaten som presenteras i denna sammanfattning bygger på intervjuer med politiker, tjänstemän och verksamhetschefer samt på data från Hälso- och sjukvårdsbarometern (en nationell undersökning samordnad av SKR) och regionalt mediematerial.

Tabell 1. Översikt över data insamlad i forskningsprojektet

Undersökt grupp	Insamlat datamaterial	Information
Politiker och tjänstemän	Intervjuer	n=18
Verksamhetschefer	Intervjuer	n=26
	Enkät	n=50, 93 % svarsfrekvens
Första linjens chefer Allmänheten	Enkät	n=122, 58 % svarsfrekvens
	Hälso- och sjukvårdsbarometern Mediematerial	2017 och 2018, n=1000 per år 1 jan – 31 dec 2015, n= 1455 sökträffar
Patienter	Nationell patientenkät	2015, 2017, 2108, n=22 189 i Dalarna, Värmland och Gävleborg
	Struktur- och förändringsplaner	122 beslut
	Väntetider i vården (SKR)	2013-2017

Information: Mer detaljerad information finns tillgänglig i slutrapporten från forskningsprojektet.

Resultat

Beslut om struktur- och förändringsprogrammet

Intervjuerna med politiker och tjänstemän visade att det allvarliga ekonomiska läget i regionen (man fick exempelvis låna till drift och löner i slutet av månaden) och den gemensamma förståelsen kring vilka regionens problem faktiskt var, utgör viktiga förklaringar till varför det var möjligt att fatta beslut om struktur- och åtgärdsprogrammet (20). Den gemensamma förståelsen växte fram ur en gedigen och forskningsmässig genomlysning av regionens hälso- och sjukvård där jämförelser gjordes mot regioner med liknande förutsättningar och även mot högpresterande regioner. Där konstaterades bland annat att regionen hade för höga kostnader och samtidigt en låg produktivitet. Vidare var involveringen av verksamhetscheferna i framtagandet av struktur- och förändringsprogrammet avgörande för att skapa internt stöd inom organisationen, vilket i sin tur hade stor betydelse för hur struktur- och förändringsåtgärderna kommunicerades till allmänheten, dvs. i skapandet av den externa legitimiteten. Avgörande var också att både politiker och tjänstemän tog ansvar för situationen på ett annat sätt än vid tidigare ekonomiska kriser och inte försökte förminska den problematiska situationen. Analysen visar även att såväl strategisk kommunikation som strategisk organisering från politikernas och tjänstemännens sida förekom i beslutsprocessen och att den absoluta majoriteten av de åtgärder som specificerades i struktur- och förändringsprogrammet (80 procent) var sådana som enligt litteraturen om cut-back management potentiellt kan generera långsiktiga ekonomiska resultat (21).

Även i intervjuerna med verksamhetschefer framkom att den forskningsmässiga genomlysningen och den gemensamma problembild som skapades var nöd-

vändig för att arbeta fram struktur- och förändringsprogrammet. Det faktum att verksamhetscheferna involverades i framtagandet av programmet gjorde att de uppfattade processen som legitim, vilket möjliggjorde implementeringen av åtgärderna. Starkt ledarskap på flera nivåer var också avgörande. Dels pekade verksamhetscheferna på ett starkt exekutivt ledarskap i tjänstemannaledningen, där de fyra nyligen tillsatta divisionscheferna (medicin, kirurgi, psykiatri och primärvård) hade en nyckelroll i att få med sig verksamhetscheferna och skapa förtroende. Dels pekade verksamhetscheferna på sin egen viktiga roll som kliniska ledare, vilken var nödvändig för att få med sig personalen i de kulturella och beteendemässiga förändringar som behövde göras. En viktig aspekt i den inledande fasen av implementeringen av struktur- och förändringsprogrammet var att hantera de mänskliga aspekterna, dvs. att hantera den tuffa situationen, privat liksom professionellt, som i vissa fall uppstod för personalen (22).

Intervjuerna med verksamhetscheferna visade vidare att många av struktur- och förändringsprogrammets åtgärder konkretiserades av verksamheterna själva och att de därmed kunde implementeras relativt snabbt (i slutet av 2016 hade omkring 95 procent implementerats (23)). Samtidigt vittnade många av verksamhetscheferna om att intensiteten i arbetet avtog betydligt efter den inledande fasen. Det exekutiva ledarskapet som till en början var starkt försvagades efter något år och upplevdes som mindre strategiskt. Dessutom bidrog den tilltagande bemanningsproblematiken under dessa år till att det blev svårt för verksamhetscheferna både att bemanna sina verksamheter och att avgöra hur vårdkvaliteten hade påverkats av struktur- och förändringsprogrammet. Ett flertal verksamhetschefer uttryckte oro för att vårdkvaliteten hade påverkats negativt (även om en utvärdering inte fann några sådana effekter (24)). Samtidigt fanns positiva aspekter av de åtgärder som ingick i struktur- och förändringsprogrammet, exempelvis att verksamhetscheferna kunde reducera sin personalstyrka och stänga svår bemannade enheter. De nämnde också exempel på förbättrade arbetssätt och processer som hade permanentats, till exempel ändrade patientflöden och s.k. task shifting. Många verksamhetschefer beskrev en fortsatt ekonomisk försiktighet och att de hade börjat tänka på ekonomi på ett nytt sätt, vilket inkluderade en ökad vilja att hålla budget. De var dock starkt kritiska till att vissa verksamhetschefer inte tycktes uttrycka samma strävan efter att arbeta mot det gemensamma målet att få regionens ekonomi i balans. De önskade även att regionledningen skulle agera hårdare mot de verksamhetschefer som inte levde upp till de gemensamma målen (25).

Ledarskap, delaktighet och engagemang bland chefer

Önskan om att regionledningen skulle agera hårdare mot de verksamhetschefer som inte levde upp till de gemensamma målen återfanns även i den enkät

om ledarskap, delaktighet och engagemang som verksamhetschefer och första linjens chefer svarade på under 2018. Ungefär 80 procent var tveksamma eller tog avstånd från påståendet att ledningen i befogad omfattning vidtar åtgärder mot chefer som inte medverkar eller som motarbetar arbetet med prioriteringar och resursfördelning. Överlag visade enkäten på ett relativt stort förtroende för regionledningen där en majoritet av verksamhetscheferna svarade att regionledningen stöttade dem i arbetet med prioriteringar och resursfördelning och att ledningen reagerade konstruktivt om deras beslut ifrågasattes. Gällande dessa frågor uttryckte dock första linjens chefer lägre grad av förtroende. De båda chefsgrupperna skiljde sig också i hur de svarade på frågor som handlade om den egna delaktigheten gällande prioriteringar och resursfördelning, exempelvis huruvida de hade möjlighet att uttrycka sin åsikt till regionledningen gällande hur prioriteringar och resursfördelning går till i regionen. På denna fråga instämde omkring 90 procent av verksamhetscheferna helt eller delvis i jämförelse med omkring 45 procent av första linjens chefer. När det gällde chefernas engagemang fanns inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Ungefär nio av tio chefer uppgav att de bidrog till att beslut om prioriteringar och resursfördelning som fattas på regionledningsnivå fick genomslag i deras verksamhet och ännu fler att de som chefer genomförde regionens beslut gällande prioriteringar och resursfördelning oavsett vad de personligen tyckte om besluten (2).

Allmänhetens reaktioner

I lokala media framkom initialt en omfattande kritik mot struktur- och förändringsprogrammet, även om det övergripande fanns en förståelse bland allmänheten för nödvändigheten i att få ordning på regionens ekonomi. Allmänheten ifrågasatte dock bland annat hur beräkningarna bakom besparingsbesluten utförts, vilken information som legat till grund för beräkningarna och vilka konsekvensanalyser som hade gjorts. En vanlig invändning ibland allmänheten var att de föreslagna åtgärderna inte skulle spara pengar utan snarast leda till ökade kostnader inom andra delar av vård- och omsorgen, exempelvis nedläggningen av primärvårdens bassängverksamhet. Vidare var det tydligt att allmänheten argumenterade utifrån ett samhällsperspektiv som även involverade kommunernas ansvarsområden liksom statens, exempelvis gällande effekterna av struktur- och förändringsprogrammet på sjukfrånvaro och arbetslöshetsersättning. Dessutom påtalades i lokala media att vissa av de planerade åtgärderna skulle få negativa effekter i glesbygden eller på små orter. Inte bara befolkningens hälsa skulle påverkas negativt utan även dessa orters framtid, vilket bottnar i den symboliska betydelsen hälso- och sjukvårdsverksamheter har, inte minst för den lokala identiteten (26).

Media tenderar dock att fokusera på negativa händelser och många av de som

uttalade sig i lokala media hade en personlig anknytning till de verksamheter som lades ned eller förändrades, vilket kan överskatta motståndet. Resultaten från Hälso- och sjukvårdsbarometern (SKR), som tillfrågar ett representativt urval bland allmänheten i varje region, visade dock även den på ett relativt omfattande missnöje med regionledningens åtgärder för att lösa de ekonomiska problemen (särskilda tilläggsfrågor för Region Dalarna år 2017 och 2018) (27). Strax över 40 procent av de tillfrågade ansåg att regionledningen inte vidtagit lämpliga åtgärder, även om många hade svårt att svara på denna fråga. Neddragningar är dock alltid impopulära och ett annat sätt att beskriva allmänhetens respons kan vara att utgå från att ett neutralt svar i detta fall kan betraktas som ett positivt utfall. En sådan tolkning av resultaten innebär att strax under 60 procent av invånarna var neutrala eller positiva till att de vidtagna åtgärderna var lämpliga för att lösa regionens ekonomiska problem. På samma sätt hade runt 70 procent blivit mer nöjda med hälso- och sjukvården i Region Dalarna under de senaste 1–2 åren eller inte upplevt någon förändring. Detta innebär dock att 30 procent blivit mindre eller mycket mindre nöjda. En högre grad av nöjdhet återfanns hos äldre, de med högre självskattad hälsa, de som besökt hälso- och sjukvården de senaste sex månaderna, boende i Falu kommun samt bland de som inte bodde i områden som exponerats negativt för struktur- och förändringsprogrammet (28).

Patienternas upplevelser samt väntetider i primärvården

Gällande patienternas upplevelser av hälso- och sjukvården (närmare bestämt primärvården) i Region Dalarna under perioden då struktur- och förändringsprogrammet genomfördes visar data från Nationell Patientenkät relativt små förändringar och trenderna i de dimensioner som mäts (helhetsintryck, tillgänglighet, emotionellt stöd, information och kunskap, involvering och delaktighet, kontinuitet och koordinering samt respekt och bemötande) liknar trenderna i riket som helhet. Gällande huruvida patienterna ansåg att deras behov av vård och behandling i primärvården blivit tillgodosett följer variationerna mellan 2015 och 2018 i Region Dalarna variationerna i riket som helhet. År 2018 ansåg ungefär 73 procent i Region Dalarna att deras vårdbehov hade blivit tillgodosett i primärvården (75,5 procent år 2015) jämfört med strax över 74 procent i riket som helhet. Eftersom de övergripande trenderna liknar övriga landet och det inte finns data tillgängliga innan år 2015 är det svårt både att avfärda eller bekräfta att struktur- och förändringsarbetet haft någon påverkan på patientupplevelserna i primärvården i Region Dalarna (29). En analys av tillgängligheten i primärvården (tillgänglighet till läkare inom sju dagar) före och efter beslutet om struktur- och förändringsprogrammet år 2015 visade inte heller några signifikanta skillnader. Sammantaget kan utvecklingen av tillgäng-

ligheten under 2013–2017 i Region Dalarna sammanfattas som en relativt stabil men låg tillgänglighet (lägre än riksgenomsnittet vid samtliga mättillfällen) med en potentiellt nedåtgående trend hösten 2017, då till 78 procent fick läkarbesök inom sju dagar jämfört med 81 procent under våren 2017 och 86 procent hösten 2013. De skillnader i tillgänglighet till läkare inom sju dagar som kan noteras mellan kommuner i regionen kan inte kopplas till faktorer såsom befolknings-täthet, nedlagda filialmottagningar eller till något visst område i Dalarna (30).

Lyckades struktur- och förändringsprogrammet?

Att avgöra huruvida struktur- och förändringsprogrammet som beräkna-des spara totalt cirka 700 mkr mellan 2015 och 2019 blev lyckat eller inte är komplext. Generellt framgår i forskningslitteraturen att det är mycket svårt att avgöra huruvida en policy eller ett åtgärdsprogram har lyckats eller inte och att utfallet kan placera sig längs ett kontinuum från total framgång till totalt misslyckande (31, 32). Komplicerade faktorer är exempelvis ur vems perspektiv frågan besvaras, svårigheter att isolera effekten av policyn/programmet, brist på data för uppföljning, kortsiktiga kontra långsiktiga utfall och geografiska aspekter. Ett sätt att närma sig frågan är dock att resonera kring tre olika dimen-sioner: *processframgång*, *programframgång* och *politisk framgång* (vilket även inkluderar framgång för ledningen och förtroende för hälso- och sjukvården)(33).

Beslut om den typ av program som fattades i Region Dalarna år 2015 är svåra att ta på grund av att beslutsfattare befarar negativ kritik från allmänheten, lik-som från personalen. I intervjuerna med politiker och tjänstemän framkom att beslutsfattarna tidigare undvikit att ta tag i de ekonomiska problemen på grund av rädsla för att få negativ kritik. Att det var möjligt att fatta beslut i fullmäktige om struktur- och förändringsprogrammet under 2015 kan således betraktas som en *processframgång*. Dock ifrågasattes processen på olika sätt i lokala media där det höjdes röster för att beslutsprocessen inte var legitim, bland annat på grund av att beslutsfattandet gick för snabbt och att beräkningarna bakom besparingsåtgärderna inte var tillräckligt transparenta.

När det gäller *programframgång* kan den delas in i två delar 1) *operativ framgång*, dvs. om implementeringen skedde som avsett, och 2) *resultatframgång*, dvs. om de avsedda målen uppnåddes. I slutet av 2016 hade enligt konsultbolaget KPMG, som anlitas av landstingsrevisionerna, omkring 95 procent av punkterna i struktur- och förändringsprogrammet implementerats (24), vilket tydligt visar att den initiala implementeringen varit lyckad och tyder på operativ framgång. I intervjuerna framkom att verksamhetscheferna ansåg att genomförandet var beroende av divisionschefernas exekutiva ledarskap och deras eget kliniska le-darskap som engagerade personalen. Implementeringen underlättades till stor del av att de tydligt såg motiven för förändring, att det fanns evidens för nöd-

vändigheten i förändringarna och påvisbara fördelar med struktur- och förändringsprogrammet, som exempelvis ökad kvalitet vid koncentrationen av vissa verksamheter. Intensiteten i aktiviteterna kring struktur- och förändringsarbetet avtog dock avsevärt efter det första året, både ute i verksamheterna och på strategisk nivå. Många verksamhetschefer menade ändå att de iakttog en fortsatt ekonomisk försiktighet även efter tre år.

I beslutet om struktur- och förändringsprogrammet framgick att kostnaderna behövde minskas för att ge hälso- och sjukvården förutsättningar att, inom anvisad budget och utifrån den medicinska utvecklingen, vara patientsäker, hållbar och med hög kvalitet. Frågeställningarna i forskningsprojekt var inte riktade mot att undersöka huruvida målen uppnåddes, dvs. *resultatframgången*, men de sammanställningar som gjorts exempelvis av KPMG på uppdrag av landstingsrevisorerna pekar på att varken patientsäkerheten (vårdrelaterade infektioner, trycksår eller tryckskador, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler eller antibiotikaförsäljning) eller kvaliteten påverkades negativt. Detta har dock endast utvärderats ur ett kortsiktigt perspektiv. I ett internt kvalitetsbokslut i december 2019 konstaterades en kvalitetsförbättring i regionen för samtliga divisioner mellan 2014–2018, med en topp 2016 och små förändringar mellan 2017–2018. Dock nåddes enligt KPMG bara drygt hälften av de aviserade besparingarna (24).

Den *politiska framgången*, vilken även inkluderar framgång för ledningen och förtroendet för hälso- och sjukvården, kan beskrivas som blandad. Utifrån svaren i Hälso- och sjukvårdsbarometern kan konstateras att en så stor andel som 43 procent år 2017 och 47 procent år 2018 ansåg att regionen i låg eller mycket låg grad vidtagit lämpliga åtgärder för att lösa de ekonomiska problemen. Drygt hälften av invånarna var dock neutrala eller positiva till huruvida åtgärderna var lämpliga (57 procent år 2017 och 53 procent 2018). Det senare kan möjligen tolkas som positivt givet det svåra ekonomiska utgångsläget. Data från Hälso- och sjukvårdsbarometern visar också att förtroendet för hälso- och sjukvården i Region Dalarna överlag ökade under åren då struktur- och förändringsarbetet pågick (från 52,2 procent år 2016, 58,3 procent år 2017, 61,7 procent år 2018 till 59,6 procent år 2019) och således låg på samma nivå som riksnittet vid mätningen 2020. Det är dock vanskligt att uttala sig om kopplingen mellan struktur- och förändringsprogrammet och invånarnas förtroende för hälso- och sjukvården i Region Dalarna. Efter valet 2018 blev det dock ett historiskt maktskifte i Region Dalarna som styrts av Socialdemokraterna i över 90 år. Efter valet 2018 bildades en majoritet av Moderaterna, Centerpartiet, Kristdemokraterna, Dalarnas sjukvårdsparti, Liberalerna och Miljöpartiet. Socialdemokraterna och Miljöpartiet backade dock i samtliga regionval i Sverige och förändringarna i styret av Region Dalarna följde överlag samma mönster

som i en rad andra regioner, vilket indikerar att maktskiftet var en del i en övergripande trend snarare än ett resultat av missnöje med det struktur- och förändringsprogram som genomfördes under mandatperioden 2014–2018. Detta undersöktes dock inte i forskningsprojektet.

Referenser

1. Roncarolo F, Boivin A, Denis J-L, Hébert R, Lehoux P. What do we know about the needs and challenges of health systems? A scoping review of the international literature. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):636.
2. Fredriksson M. Struktur och förändringsarbetet i Region Dalarna. Slutrapport från forskningsprojekt. Uppsala universitet: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap; 2020.
3. Klein R. Rationing in the fiscal ice age. *Health Economics, Policy and Law*. 2010;5(4):389-96.
4. Robinson S, Williams I, Dickinson H, Freeman T, Rumbold B. Priority-setting and rationing in health-care: Evidence from the English experience. *Social Science and Medicine*. 2012;75(12):2386-93.
5. Smith N, Mitton C, Davidson A, Williams I. A politics of priority setting: Ideas, interests and institutions in healthcare resource allocation. *Public Policy and Administration*. 2014;29(4):331-47.
6. Fulop N, Walters R, Perri, Spurgeon P. Implementing changes to hospital services: factors influencing the process and 'results' of reconfiguration. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2012;104(2):128-35.
7. Foley C, Droog E, Healy O, McHugh S, Buckley C, Browne JP. Understanding perspectives on major system change: A comparative case study of public engagement and the implementation of urgent and emergency care system reconfiguration. *Health Policy*. 2017;121(7):800-8.
8. Daniels T, Williams I, Robinson S, Spence K. Tackling disinvestment in health care services. The views of resource allocators in the English NHS. *Journal of health organization and management*. 2013;27(6):762-80.
9. Donaldson C, Bate A, Mitton C, Dionne F, Ruta D. Rational disinvestment. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2010;103(10):801-7.
10. Williams I, Harlock J, Robert G, Mannion R, Brearley S, Hall K. Decommissioning health care: identifying best practice through primary and secondary research – a prospective mixed-methods study. Southampton (UK)2017.
11. Raudla R, Savi R, Randma-Liiv T. Literature review on cutback management: 2013. <https://repub.eur.nl/pub/40927/>
12. Starke P. The politics of welfare state retrenchment: A literature review. *Social Policy and Administration*. 2006;40(1):104-20.
13. Jordan J. Health Care Politics in the Age of Retrenchment. *Journal of Social Policy*. 2010;40(1):113-34.
14. Wenzelburger G, Hörisch F. Unpopular Social Policy Reform and Strategic Communication: An Introduction. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*. 2016;18(2):113-21.
15. r'Hart P, Tindall K. Understanding crisis exploitation: leadership, rhetoric and framing contests in response to the economic meltdown. *Framing the Global Economic Downturn. Crisis rhetoric and the politics of recessions: ANU Press; 2009. p. 21-40.*

16. Pierson P. *Dismantling the welfare state?: Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
 17. Vis B, Kersbergen Kv. Why and how do Political Actors Pursue Risky Reforms? *Journal of Theoretical Politics*. 2007;19(2):153-72.
 18. Vis B. Taking Stock of the Comparative Literature on the Role of Blame Avoidance Strategies in Social Policy Reform. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*. 2016;18(2):122-37.
 19. Weaver RK. The Politics of Blame Avoidance. *Journal of Public Policy*. 2008;6(4):371-98.
 20. Fredriksson M, Gustafsson I-B, Winblad U. Cuts without conflict: The use of political strategy in local health system retrenchment in Sweden. *Social Science & Medicine*. 2019;237:112464.
 21. Moberg L, Fredriksson M. Decommissioning in a local healthcare system in Sweden: responses to fiscal stress. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):501.
 22. Gustafsson IB, Winblad U, Wallin L, Fredriksson M. Factors that shape the successful implementation of decommissioning programmes: an interview study with clinic managers. *BMC Health Serv Res*. 2021 Aug 12;21(1):805.
 23. Endrédi A. Landstingets omställningsarbete. Rapport 1. 2016.
 24. Endrédi A, Gullsbj S, KPMG. Granskning av landstingets omställningsarbete. Rapport 5.; 2018.
 25. Fredriksson M, Gustafsson I-B, Winblad U. Clinic managers' perspectives on the sustainable implementation of a decommissioning programme in Sweden: a qualitative study. Preprint. 2020.
 26. Fredriksson M, Moberg L. Costs will rather increase. *Journal of Health Organization and Management*. 2018;32(8):943-61.
 27. Fredriksson M, Moberg L. Awareness and opinions on healthcare decommissioning in a Swedish region. *Health Policy*. 2020;124(9):991-7.
 28. Moberg L, Isaksson D, Fredriksson M. People's opinions on local health system decommissioning in Sweden: are there geographically based differences? submitted. 2021.
 29. Taavola M. Effekter på patientupplevelser i primärvård efter omstruktureringar av hälso- och sjukvård i Landstinget Dalarna 2015. *Läkarprogrammet, självständigt arbete (30 hp)*; 2019.
 30. Halvardsson J. En kvantitativ studie om tillgång till primärvård i Landstinget Dalarna ur ett jämlikhetsperspektiv. *Examensarbete i Folkhälsa 30 hp*; 2018.
 31. Begley P, Bochel C, Bochel H, Defty A, Gordon J, Hinkkainen K, et al. Assessing policy success and failure: targets, aims and processes. *Policy Studies*. 2019;40(2):188-204.
 32. McConnell A. Policy Success, Policy Failure and Grey Areas In-Between. *Journal of Public Policy*. 2010;30(3):345-62.
 33. Marsh D, McConnell A. Towards a framework for establishing policy success. *Public Administration*. 2010;88(2):564-83.
- i. Forskningsprojektet finansierades av Region Dalarna som dock inte haft något inflytande över val av frågeställningar, analys eller framställning av resultat. Övriga deltagande forskare har varit prof. Ulrika Winblad, doktorand Inga-Britt Gustafsson, forskare Linda Moberg och prof. Lars Wallin.