



UPPSALA
UNIVERSITET

TVE 14 062

Examensarbete 30 hp
Januari 2015

Utvecklingen av samverkansregler mellan hälsooch sjukvården och näringslivet

Samverkan och krishantering i fält av legitimitet

Christoffer Andersson



UPPSALA
UNIVERSITET

**Teknisk- naturvetenskaplig fakultet
UTH-enheten**

Besöksadress:
Ångströmlaboratoriet
Lägerhyddsvägen 1
Hus 4, Plan 0

Postadress:
Box 536
751 21 Uppsala

Telefon:
018 – 471 30 03

Telefax:
018 – 471 30 00

Hemsida:
<http://www.teknat.uu.se/student>

Abstract

The development of a common code of ethics between public health care and private industry in Sweden

Christoffer Andersson

Collaboration is a form of organization on the rise in Sweden. For health care, it is of interest to collaborate with industry to ensure that needs for specialist education and training are met and that products developed meet the relevant requirements. Conversely, industry actors have an interest to have a close collaboration with health care in order to gain insight into customer needs, provide information about their products and to test products in development.

The starting point of this study is an agreement and regulatory framework for forms of collaboration between public health care in Sweden in general and the pharmaceutical industry, the medical device industry and the laboratory technology industry. The research questions concerns how this agreement has evolved and the process surrounding its emergence may contribute to knowledge about collaboration as a form of organization and the relationship to concepts such as legitimacy, corruption and institutional theory.

By tracking the emergence of the current regulatory framework genealogical throughout history, the study uncovers how the agreements have played a role in and contributed to the legitimization and institutionalization of collaboration practices and how crises have changed the shape of the practices. A theoretical treatment of relevant concepts such as legitimacy, institutionalization of practices, corruption and stigmatization of organizations form the basis for an interpretation and analysis of the process.

The conclusions of the examination of the historical process that led to the current agreements contribute to empirical knowledge of how crises and stigma affect the legitimacy of collaboration practices and how the repair of legitimacy can be done successfully after a crisis. The treatment of the empirical material is also a historical source for the development of ethics agreements between public health care and pharmaceutical industry and the medical industry in Sweden.

Handledare: Kristofer Severinsson
Ämnesgranskare: Thomas Lennerfors
Examinator: Enrico Baraldi
TVE 14 062

Sammanfattning

Samverkan är en organisationsform på frammarsch i Sverige. För hälso- och sjukvården är det av intresse att samverka med näringslivet för att säkerställa att utbildningsbehovet är uppfyllt och att produkter som utvecklas uppfyller relevanta behov. Omvänt är det från näringslivets sida av intresse att ha en nära samverkan med hälso- och sjukvården för att få insikt i kundbehov, informera om sina produkter och kunna testa produkter under utveckling.

Utgångspunkten för denna studie är ett avtal och regelverk för samverkansformerna mellan hälso- och sjukvården generellt i Sverige och läkemedelsindustrin, den medicintekniska industrin samt den laborietekniska industrin. Frågeställningen berör hur detta avtal har vuxit fram och hur den processen kan bidra till kunskap kring samverkansformens relation till legitimitet och institutionell teori.

Genom att spåra framväxten av det nuvarande avtalet genealogiskt genom historien blottlägger studien hur avtalen har spelat en roll i och bidragit till legitimering och institutionaliserandet av samverkanspraktiker och hur kriser har förändrat formen för samverkan. En teoretisk framställning av relevanta begrepp såsom legitimitet, institutionalisering av praktiker, korruption och stigmatisering av organisationer ligger till grund för en tolkning och analys av förloppet.

Slutsatserna av granskningen av den historiska process som lett fram till nuvarande avtal bidrar till empirisk kunskap om hur kriser och stigmatisering påverkar legitimiteten av samverkansformen samt hur reparation av legitimitet kan ske på framgångsrikt sätt efter en kris. Framställningen av det empiriska materialet utgör även en historisk källa för hur utvecklingen av etikavtal mellan hälso- och sjukvården och läkemedelsindustrin samt den medicintekniska industrin har skett.

Innehåll

Introduktion	4
Bakgrund	4
Bakgrund till uppgiften	5
Syfte och forskningsfråga	5
Avgränsningar	5
Rapportens struktur	6
Metod	6
Metodval	6
Beskrivning av materialet	7
Kvalitativ metod och forskningsdesign	7
Vetenskapsteoretiska utgångspunkter för studien	9
Forskningsetiska överväganden	11
Metodkritik	12
Utförande	12
Inledande fas	12
Datainsamling	13
Tillbaka till litteraturen	14
Teoretiskt ramverk	14
Vad är samverkan?	15
Legitimitet	19
Typer av legitimitet	21
Korruption som brott mot legitimiteten	23
Stigmatisering av organisationer	27
Att reparera legitimitet	29

Sammanfattning och blick framåt	31
Empiri	32
Historien om samverkansavtalet	32
De tidiga avtalen	33
Medias granskning	38
Reaktionen	41
Avtalet med den medicintekniska industrin	44
Den gemensamma överenskommelsen	48
Analys av materialet	52
Slutsatser	57
Sammanfattning av slutsatser	59
Förslag till fortsatt forskning	60
Referenser	61
Förteckning över etikavtalen	64
Bilaga 1. Intervjuförteckning	65

Introduktion

Det inledande avsnittet ger en kort bakgrund till undersökningsområden samt syfte, avgränsningar och introduktion till rapportens disposition.

Bakgrund

Samverkan mellan hälso- och sjukvården och näringslivet är något som prioriteras från både näringslivets intresseorganisationer och den offentligt finansierade sjukvårdens sida. För industrin är det viktigt att ha tillgång till sjukvårdsmiljö och patientkontakt under produktutveckling och för att förstå kundbehov. Från sjukvårdens sida är nära kontakt med industrin viktigt för att tillgodose utbildningsbehovet och att få tillgång till ny och mer effektiv teknik. I Sverige har samverkan kring utbildning praktiserats sedan åtminstone 60-talet. På senare tid har samverkan även kommit att bli ett flitigt använt begrepp i strategier för att utveckla både näringslivets konkurrenskraft och hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet.

Samtidigt har en kultur av allt för frikostigt finansierade resor och gåvor från industrin till hälso- och sjukvården på sina håll urholkat förtroendet för nära samverkan. Legitimiteten för nära samverkan har ifrågasatts med avseende på korrupta praktiker i form av allt för aggressiva marknadsföringsmetoder från framförallt läkemedelsindustrins sida. Framförallt skedde detta under hösten 2004 då en serie artiklar i svenska dagstidningar starkt kritiserade relationen mellan läkarkåren och läkemedelsindustrin parallellt med en granskning från rättsväsendets sida. Detta har lett till en utveckling och skärpning av samverkansregler mellan hälso- och sjukvården och industrin. Detta gäller såväl läkemedelsindustrin som den medicintekniska industrin. Båda dessa branscher har liknande behov av nära kontakt med personal och resurser från hälso- och sjukvården. Hur regelverken har påverkat möjligheterna att bedriva samverkan och att ha en konstruktiv relation är därför av intresse för vidare undersökning.

Ett viktigt steg från branschens sida för att förenkla och reglera hur samverkansarbetet ska fungera är en överenskommelse om samverkansregler mellan Sveriges kommuner och landsting (SKL), Läkemedelsindustriföreningens Service AB (LIF), Swedish Medtech och Swedish Labtech. De tre sistnämnda organisationerna är de tre ledande intresseorganisationerna för läkemedels-, medicintekniska och laboratorietekniska industrin respektive. I inledningen av dokumentet, som började gälla den 1a januari 2014, står att läsa att:

"Reglerna är gemensamt framtagna utifrån omvärldens krav på ökad transparens, måttfullhet i samverkan och behovet av tydligare ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och industri, bland annat avseende sjukvårdshuvudmannens ansvar för fortbildningen." (Etikavtalet 2013: 1)

Det finns alltså god insikt både från industrin och sjukvården att det är ett känsligt område som är i behov av tydliga regelverk och strukturer för att försäkra att relationerna inte missbrukas samt att

allmänhetens förtroende upprätthålls, framförallt med den historia av hård kritik som finns i åtanke. Med utgångspunkt i detta ses avtalet som det huvudsakliga verktyget för att bekämpa korrupta praktiker och hålla ett högt förtroende i samverkansarbetet mellan industri och hälso- och sjukvården.

I takt med att samverkan blir en allt vanligare organisationsform både för att organisera arbete mellan delar av offentlig förvaltning och mellan offentlig förvaltning och det privata näringslivet finns det anledning att göra en närmare undersökning av hur samverkansarbetet har vuxit fram och förändrats i närhistorien samt vilka slutsatser som kan dras av hur detta har skett.

Bakgrund till uppgiften

Studien är beställd av Thomas Lennerfors på avdelningen för industriell teknik på Uppsala Universitet och är tänkt att fungera som en pilotstudie på ämnet. I huvudsak är dock studien ett självständigt arbete från min sida.

Syfte och forskningsfråga

Syftet med denna rapport är att utforska historiskt hur samverkansavtalet kom till och hur det kan relateras till relevant forskningslitteratur samt förstås i en mer generell kontext av organisatorisk legitimitet och stigmatisering. På så sätt kan studien bidra empiriskt till kunskapen om hur den svenska hälso- och sjukvården förhåller sig till det privata näringslivet samt bidra med ett lämpligt teoretiskt ramverk för detta i sammanhanget av etiska regelverk. Forskningsfrågorna som ligger till grund för arbetet lyder:

Hur har det nuvarande etikavtalet mellan hälso- och sjukvården och dess leverantörsindustrier kommit till och vad är det för processer som föranlett det?

Vilka eventuella effekter har den legitimitetsförlust som mutanklagelserna i media hösten 2004 fått på efterföljande avtal och hur kan det förstås i relation till korruptions- och legitimitetsforskning?

Hur har formen för relationen mellan hälso- och sjukvården och läkemedelsindustrin förändrats i och med etikavtalens utveckling, går det att se en koppling mellan diskurs och praktik?

Avgränsningar

Samverkan är ett begrepp som i olika sammanhang kan rymma praktiska arbetsformer med från varandra ganska olika karaktär. Rapporten har därför avgränsats till den överenskommelse om samverkansregler som träffats mellan SKL, LIF, Swedish Medtech och Swedish Labtech samt den historiska kontext som har identifierats för denna överenskommelse. Det innebär att samverkan kring forskning och utveckling inte behandlas här då det inte direkt regleras inom ramarna för samverkansavtalet. Intresset för studien är framförallt den medicintekniska industrins samverkan

med hälso- och sjukvården men för att förstå hur samverkan mellan dem hanteras så har det varit nödvändigt att även undersöka samverkan mellan läkemedelsindustrin och hälso- och sjukvården inom ramen för samverkansreglerna.

Eftersom medicinteknik är en produktkategori som kan inkludera allt från enkla sprutor till avancerad diagnostikutrustning inkluderar jag här det svenska Läkemedelsverkets definition av medicintekniska produkter. Läkemedelsverket skriver följande om vad medicintekniska produkter ska ha för användningsområden:

- påvisa, förebygga, övervaka, behandla eller lindra en sjukdom
- påvisa, övervaka, behandla, lindra eller kompensera en skada eller ett funktionshinder
- undersöka, ändra eller ersätta anatomi eller en fysiologisk process
- kontrollera befruktning.

Rapportens struktur

Rapporten bygger på sex huvudsakliga delar förutom denna introducerande del: redogörande för metod, redogörelse för utförandet, teoretiskt ramverk, empiriskt material och tolkning och slutsatser av det empiriska materialet. I metodkapitlet redogörs för vilka epistemologiska utgångspunkter som studien har, forskningsetiska överväganden och metodkritik. Utförandet redogör för hur syftet och frågeställningarna har utvecklats under arbetet med studien och hur arbetet har förlöpt rent praktiskt. Det teoretiska ramverket bygger på en konceptualisering av relevanta begrepp samt en teoretisk framställning av organisatorisk legitimitet och stigmatisering. Det empiriska materialet utgörs av en narrativ framställning kring framväxten av det nuvarande samverkansavtalet som sedan analyseras och diskuteras utifrån det teoretiska ramverket som har getts. I slutsatserna förs en diskussion om vilka slutsatser jag drar utifrån det analytiska resonemanget. Avslutningsvis sammanfattas slutsatserna och förslag för fortsatt forskning ges.

Metod

I detta kapitel beskriver jag den metodologi som har använts i denna studie samt vilka vetenskapsteoretiska positioner den utgår ifrån. Kapitlet redogör även för forskningsetiska överväganden samt metodkritik.

Metodval

Inom samhällsvetenskaplig forskning utgör metodvalet i många fall ett epistemologiskt ställningstagande där olika metodskolor har sin bas i skilda kunskapsteoretiska bildningar (Bryman 2008:29ff). I vissa fall kan det vara en praktisk nödvändighet att använda en viss metod framför en annan på grund av tillgången till resurser eller empiriskt material. En välbekant uppdelning av sätt att närma sig samhällsvetenskaplig forskning är mellan kvalitativ och kvantitativ metod. Där den kvalitativa ofta utgör ett steg bort från den naturvetenskapliga

positivismen och istället belyser tolkning, förståelse och att den sociala verkligheten också är socialt konstruerad vilket innebär att meningen av begrepp och handlingar är beroende av en social kontext som ständigt är i rörelse (Michrina & Richards 1996: 26ff). Kvantitativ metod innebär å andra sidan ett större fokus på kvantifierbara data, testandet av hypoteser och en i allmänhet mer positivistisk vetenskapssyn.

För detta arbete har jag ansett att en kvalitativ metod är mer passande för att uppnå studiens syften och besvara frågeställningarna. Dels så är syftet att uppnå förståelse av ett fenomen, inte att kausalt förklara ett samband mellan något antal variabler. Dels så lämpar sig inte det empiriska materialet i denna studie för kvantitativa metoder. Den empiriska datan i detta arbete utgörs av svar från semistrukturerade intervjuer och insamling av relevanta dokument, framförallt flera upplagor av ett avtal gällande samverkan mellan industrin och hälso- och sjukvården. Omfattningen av materialet är därför inte tillräckligt stort för att göra några typer av statistiska analyser och utgångspunkten redan från början har varit att samla material för en kvalitativ analys.

Beskrivning av materialet

Det empiriska materialet består av 10 intervjuer med totalt 11 personer med företrädare för företag, intresseorganisationer, åklagarväsendet och akademien. Se bilaga 1 för en fullständig intervjuförteckning.

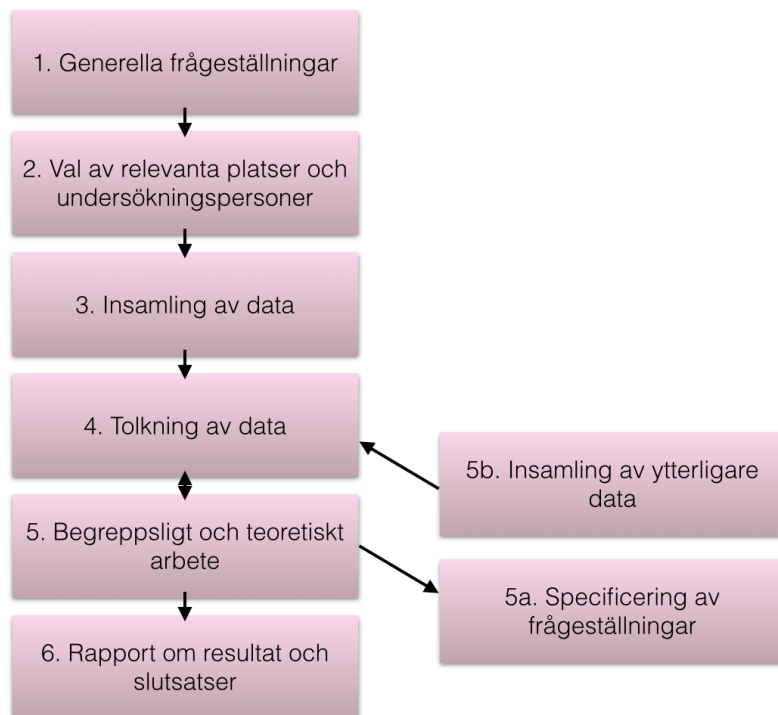
Till detta kommer dokument och avtal som reglerar samverkan mellan industrin och vården. Framförallt det samverkansavtal som finns mellan Swedish Medtech, LIF, Swedish Labtech och SKL. Detta avtal har sitt ursprung i avtal mellan LIF och Landstingsförbundet (sedemera SKL) och jag har tillgång till versioner som sträcker sig tillbaka till 1981. Se referenser för fullständig förteckning och beskrivning av avtalen.

Utöver detta har jag granskat och gått igenom nyhetsartiklar som skildrar debatten som fördes på tidigt 00-tal kring läkemedelsindustrins relationer med sjukvården. Detta på grund av information i mina intervjuer om att den debatten var en bidragande orsak dels för en skärpning av LIFs avtal men också för uppkomsten av ett avtal mellan Sindif (sedemera Swedish Medtech) och SKL.

Kvalitativ metod och forskningsdesign

Metodvalet i denna studie kan övergripande beskrivas som en kvalitativ forskningsansats men jag vill här specificera något vad det innebär i detta fall och hur arbetet lagts upp. Begreppet kvalitativ metod rymmer ett flertal olikartade metoder såsom etnografi, fokusgrupper, diskursanalys och kvalitativa intervjuer (Bryman 2008:344). I de flesta fall delar dessa metoder en övergripande struktur i de steg som tas i forskningen. Gemensamt för dem alla är också premisen att forskaren själv befinner sig i det som ska studeras och därmed inte har tillgång till någon helt objektiv

position vilket gör att forskaren måste vara uppmärksam över vilka bias eller förutfattade meningar denne har i bagaget (Michrina & Richards 1996:29). I denna studie har jag använt mig av semistrukturerade intervjuer och en form av diskursanalys i relation till teoribildningar från forskningslitteraturen för att producera mina resultat. Intervjuerna har alla utförts på informantens arbetsplats, antingen på deras kontor, i ett konferensrum eller i fikarummet. Jag har inför varje intervju förberett ett antal områden jag vill fråga om men utöver det låtit intervjuerna gå dit samtalet för dem. Denna metod har varit framgångsrik i vissa fall och mindre framgångsrik i andra. I huvudsak har intervjuerna genererat för studien intressanta utsagor och kunskap.



Figur 1. En översikt över de huvudsakliga stegen i kvalitativ forskning. (Bryman 2013: 346)

Figur 1 visar hur de huvudsakliga stegen i kvalitativ forskning ser ut. En viktig komponent i kvalitativ forskning är den iterativa processen där insamling av data och det konceptuella och analytiska arbetet upprepas efter behov. Den kvalitativt lagda forskaren måste hela tiden anpassa sin konceptualisering av fenomenet som studeras. För min egen del har den iterativa aspekten av arbetet varit avgörande för slutresultatet. Valet av informanter har skett med snöbollsmetoden, med andra ord har jag arbetat mig fram till intervjuer genom informanternas kontaktnät och referenser från dem (Biernacki & Waldorf 1981). Inledningsvis var jag intresserad av alla typer av informanter som på något sätt arbetade med samverkan och medicinteknik då jag försökte sätta mig in i och förstå hur samverkansarbetet såg ut i bred mening. Under arbetets senare del då ett tydligare syfte hade formulerats identifierades istället nyckelaktörer med tydligare anknytning till det avgränsade undersökningsområdet som jag sökte upp och tog kontakt med utan tidigare referens.

Vetenskapsteoretiska utgångspunkter för studien

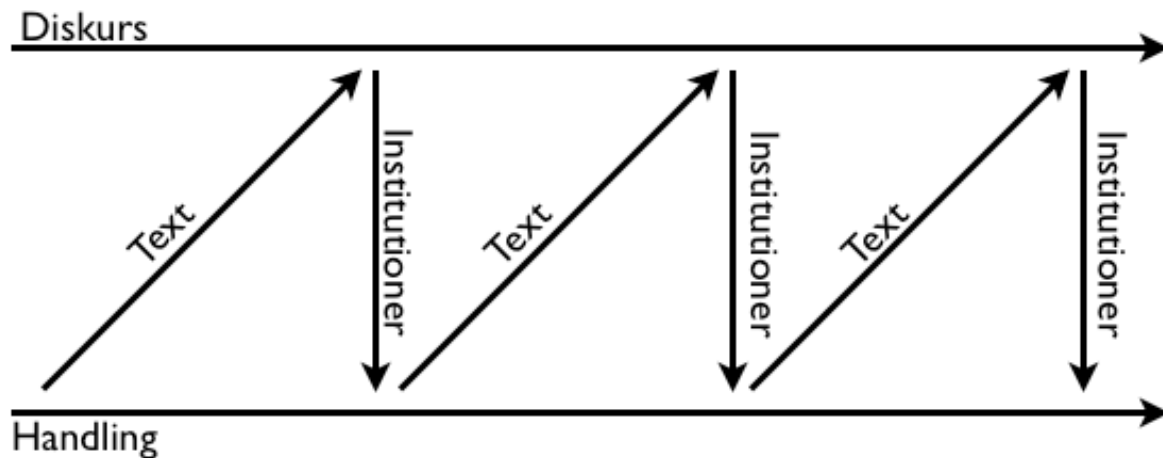
Jag har i denna studie lagt mycket kraft åt att göra en analys av den historiska utvecklingen av det avtal som reglerar samverkan mellan hälso- och sjukvården och industrin. Eftersom detta avtal har varit fokuspunkten för mina undersökningar vill jag motivera varför jag har ansett det vara viktigt att ingående beskriva 35 år gamla regelverk samt tydligt redogöra för vilka vetenskapsteoretiska utgångspunkter som ligger till grund för arbetet med rapporten.

En fundamental utgångspunkt för denna studie är att mening och förståelse är något socialt konstruerat, inte något av oss oberoende fenomen. Det är genom en social och kulturell kontext som vi ger saker mening. Ett centralt begrepp för att beskriva vad det är som ramar in meningsskapande i sociala sammanhang är diskurs. Begreppet är, liksom de flesta begrepp inom samhällsvetenskapen, ett begrepp som används med olika betydelse beroende på forskares olika utgångspunkter och syften. Generellt kan begreppet sägas syfta till skrivna och talade praktiker, system av påståenden i texter och tal, som konstruerar ett objekt. Eller med andra ord, en strukturerad samling symboliska uttryck som är tillgängliga för andra (Phillips et al. 2004). När vi pratar om diskurs pratar vi alltså om någon form av språkliga resurser som ramar in hur vi tänker kring något.

Materialet för denna studie lämpar sig inte riktigt för några större generaliseringar utan jag vill istället framhålla att studien betraktar den diskurs och de förändringar av den som framträder i den narrativa framställningen som kontextspecifik i hög grad. Det är alltså inte särskilt klokt att anta att den är representativ för något utanför det svenska och branschspecifika sammanhanget. Alvesson & Kärreman (2000) delar upp diskursanalys i två dimensioner, dels i vilken utsträckning diskurs förstås som något som formeras lokalt och högt kontextberoende eller på makronivå. Dels i vilken utsträckning diskurs förstås som något antingen i princip synonymt med mening till en mer lös koppling till meningsskapande. För att konkretisera detta lite kan vi tänka oss en diskurs på makronivå som till exempel en diskurs kring maskulinitet eller olika typer av ideologiska diskurser medan en lokal diskurs ligger närmare det som studeras i detta fall och främst påverkar en eller ett mindre antal organisationer. I fallet med kopplingen till mening ser vi i den ena extrempunkten diskurs som det som direkt strukturerar vår förmåga att skapa mening och i den lösare kopplingen ser det mer som ramarna för vad som är meningsfullt i en viss kontext (Alvesson & Kärreman 2000).

För denna studie är det centralt att etablera en metodologisk grund för att kunna studera fenomen som institutioner och institutionaliserade beteenden. Kopplingen mellan diskurs och institutioner är därför viktig att klarlägga. Utgångspunkten här är att institutioner i organisatorisk kontext primärt etableras genom diskursiva resurser i form av produktion av styrande texter (Phillips et al. 2004). Kopplingen mellan diskurs och handling sker genom spridningen och institutionaliserandet av olika samlingar av texter i en organisation eller bransch. Figur 2 erbjuder en grov skiss över hur

diskurs och handling samverkar genom texter och institutioner. Det är självklart inte så att alla texter som produceras i en organisation lämnar djupa, meningsfulla, spår i diskursen. Majoriteten av all text som produceras är förmodligen mer eller mindre ointressant i den meningen. För att texter ska bli spridda, vitt lästa och lämna spår bör de bidra till meningsskapande eller legitimitet i organisationen (Phillips et al. 2004). Text som produceras av aktörer med stor intern eller extern legitimitet är även den mer trolig att göra ett stort intryck i organisationen. Ett exempel på den typ av text som åsyftas här är de samverkansavtal som studeras i denna rapport.



Figur 2. Förhållandet mellan handling och diskurs. (Phillips et al. 2004)

Att studera diskurs är en indirekt utforskning genom studiet av texter och uttalanden där studien av texternas framtagande och tolkningar från olika aktörer är ett centralt inslag (Phillips et al. 2004). Jag har därför för denna studie systematiskt jämfört och studerat upplagor av samverkansavtalet och kompletterat denna bild med semistrukturerade intervjuer och en granskning av relevanta artiklar i massmedia. Genom att relatera denna granskning till forskningslitteraturen och ha ett historiskt perspektiv anser jag att en djupare förståelse av hur samverkansavtalet har uppstått kan uppnås.

Det historiska perspektivet är i flera hänseenden inspirerat av Michel Foucaults genealogiska metod. Foucault är i sina undersökningar främst intresserad av diskursers, eller subjektets, relation till makt, vilket ligger utanför gränserna för denna studie. Men sättet han förhåller sig till diskurs och historia har ändå bäring här, om än med ett annat grundintresse. Han beskriver själv sin metod i följande termer:

"Whereas the interpreter is obliged to go to the depth of things, like an excavator, the moment of interpretation [genealogy] is like an overview, from higher and higher up, which allows the depth to be laid out in front of him in a more and more profound visibility; depth is restituted as an absolutely superficial secret" (Foucault citerad i Dreyfus & Rabinow 1983:106)

Poängen han vill göra är att vid rätt avstånd finns det inga djupa sanningar som ligger till grund för hur saker förhåller sig, istället är saker som dem är (Dreyfus & Rabinow 1983:109). Historien ur

ett genealogiskt perspektiv är en fallhistoria där målet inte är att rekonstruera det förgångna utan snarare att göra nuet förståeligt (Williams 2005). Snarare än det hermeneutiska perspektivets sökande efter djup mening vill vi genom genealogin blottlägga effekterna av diskursiva resurser och materiella praktiker ur ett historiskt perspektiv (ibid). Detta innebär ett privilegierande av att fråga sig 'hur' snarare än 'varför' i den historiska analysen. Samt ett försök att spåra praktiker bakåt i tiden för att förstå hur nuet är konstruerat. I detta fall utgörs nuet av ett samverkansavtal mellan hälso- och sjukvården och tre olika branscher. För att förstå hur det har uppstått krävs en historisk analys bakåt i tiden där tidigare dokument analyseras och ges en historisk kontext. Genom att göra detta genealogiska arbete blottlägger vi alltså sammanhanget som det nuvarande avtalet har uppstått ur och kan därmed göra en mer välgrundad analys av det. Detta kräver också att vi tydligt pekar ut vad som är "problemet" som ska studeras, i detta fall vill jag mena att det är samverkansdynamiken mellan industri och hälso- och sjukvården. Istället för att förutsätta att samverkan är ett fixt fenomen med fixa egenskaper kan vi med det genealogiska perspektivet studera och spåra förändringen av det genom närhistorien och hur kriser har omformat uttrycket detta tar sig. Genom en i litteraturen välutvecklad teoretisk begreppsapparat kan vi sedan göra en analys av hur samverkansdynamiken har påverkats av historiska omständigheter i mer abstrakta termer.

Forskningsetiska överväganden

För en kvalitativ samhällsvetenskaplig studie som denna rör de centrala etiska övervägandena hur individerna som har ställt upp för intervjuer ska hanteras på ett respektfullt och etiskt riktigt vis. Fyra grundprinciper som rör detta är: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Bryman 2008: 131ff). Alla deltagare i denna studie har blivit informerade och samtyckt till att intervjuerna har spelats in och ska användas för forskningsändamål. Alla som medverkar i slutmaterialet har även fått chans att välja att vara anonyma och ge kommentarer till de citat som används. Inget av det empiriska materialet kommer heller användas till andra ändamål än denna studie utan samtycke från berörda informanter.

Att skriva fram ett narrativ är dessutom en övning som kräver insikt om att den framställning som görs är tolkad och färgad av ens egna bias och uppfattningar. En historia kan vinklas på många olika sätt. Som Lennerfors (2013:231) skriver i en essä om historieskrivande:

"Det är historikerns etiska ansvar att reflektera kring vilka handlingskonsekvenser och sensmoral ens historia bär. Och det gäller också att inte helt och fullt acceptera de historier som berättas på fältet. Dessa historier är ju delar i ett helt annat identitetsskapande projekt."

Jag har i arbetet med denna studie haft som ambition att stödja det narrativ jag framställer med mina informanters uttalanden och uppfattningar i största möjliga mån. Men samtidigt närmat mig intervjumaterialet med en viss skepsis också då det för alla inblandade finns ett intresse av att tonar ner sin egen roll i vissa sammanhang eller framhäva den i andra. Som Lennerfors påpekar i

ovanstående citat så är historierna från fältet ofrånkomligen delar i identitetsskapande projekt från informanternas perspektiv. Vissa av informanterna är representanter för organisationer som existerar för att främja sina branschers intressen. Med detta sagt så anser jag att det inte är särskilt fruktfullt att utgå från att informanterna har dolda eller implicita agendor som måste avtäckas. När det kommer till att etablera narrativet i stort, vad som har hänt och hur kronologin ser ut, har jag sett till att det inte finns några motsättningar mellan hur informanterna från olika intressenter ser på det.

Många av frågorna i intervjuerna har rört etik och frågor som kan vara känsliga med hänsyn till konkurrens och det har därför varit svårt i vissa fall att få fram användbara svar. I allmänhet har jag närmat mig problematiken lite från sidan genom att fråga om vilka regler som finns och hur informantens organisation jobbar eller hur de själva uppfattar en viss fråga. I största möjliga mån har jag också försökt bekräfta utsagor med andra inblandade vilket jag anser har varit en framgångsrik metod för att kunna styrka utsagor som annars hade varit svåra att förhålla sig till.

Metodkritik

Självklart är inget akademiskt arbete felfritt och inget utförande utan sina brister. Det vore önskvärt att ha kunnat utföra fler intervjuer med aktörer med ett industriperspektiv samt fler intervjuer med läkare och annan vårdpersonal för att få en djupare inblick i hur den krissituation som beskrivs i empirin upplevdes. Den största anledningen till att så inte har skett är helt enkelt att tid och resurser inte har funnits till det. För studien har detta främst betytt att ambitionsnivån i slutsatserna har behövts skruvats ner något snarare än att slutsatserna har gjorts ogrundat. Jag anser att trots att det alltid går att önska sig mer och djupare material är ett välgrundat resonemang som förs genom den empiriska framställningen och i analysen.

Utförande

I detta kapitel beskriver jag utförandet av studien och hur arbetsprocessen har sett ut. Detta ger förhoppningsvis en bättre inblick i vilka beslut som har fattats under arbetes gång och skälen till dessa samt vilka avvägningar som har gjorts.

Inledande fas

Den inledande fasen av arbetet präglades av förvirring. Uppdraget jag fått av min handledare, Thomas Lennerfors, var att titta på etik inom medicinteknikbranschen. Som en fortsättning på tidigare forskning inom företagsetik och korruption ville han ha en pilotstudie inom medicinteknik. Jag återkom med ett förslag att göra detta inom ramen för samverkan mellan olika institutionella sfärer, det vill säga mellan hälso- och sjukvården och industrin eller industrin och akademien. Uppgiften till en början var att dels sätta mig in i samverkansdynamiken och dels att identifiera ett syfte och mål för arbetet. Till en början låg fokus på hur samverkan förhåller sig korruption och vilka etiska implikationer som kan finnas för sådan verksamhet.

Problemformuleringen var länge vag vilket gjorde det svårt att hitta någon vettig angreppspunkt både i litteraturen och till vilka som skulle vara av intresse att intervjua. Den inledande fasen handlade därför mycket om att skapa en helhetssyn på hur medicinteknikbranschen arbetade med samverkan och vilka aspekter av detta som kunde vara av intresse. Jag började med att sätta mig in i korruptionsforskningen och trippel helix-samverkan. Till en början verkade detta vara det intressanta, etik och trippel helix-dynamiken. Jag hade ett inledande möte med representanter från Centrum för teknik i medicin och hälsa (CTMH) som är en organisation för att samordna samarbete mellan Kungliga tekniska högskolan (KTH), Stockholms Läns Landsting (SLL) och Karolinska Institutet (KI) där jag gavs en uppfattning om hur samverkan kunde fungera i praktiken. För att sätta mig in i korruptionsproblematiken djupare följde jag med min handledare till ett möte med Helena Sundén från Institutet mot mutor (IMM) och en representant från Transparency International för att bli introducerad för dem och informera om mitt arbete. Jag gick även till ett öppet möte för upprättandet om ett forum för medicinteknik i Uppsala som anordnades i samarbete mellan en forskare på Uppsala Universitet (UU) och en företrädare för Akademiska sjukhuset i Uppsala. Resultatet av denna inledande fas var att jag bestämt mig för att närma mig problemet lite från sidan genom fokusera på att fråga om vilka regler som finns för samverkan och hur intervjupersonerna uppfattar risken för intressekonflikter och korruption inom ramen för sådan verksamhet.

Datainsamling

Den inledande datainsamlingen utgjordes av semi-strukturerade intervjuer. Intervjuerna skedde under två perioder, den inledande fasen av intervjuer skedde efter mötet med Fredrik Nikolajeff och Helena Sundén som båda utgjorde språngbräddor för fortsatta intervjuer. Intervjun med Fredrik Nikolajeff resulterade i intervjuerna med Sara Thorslund från Gradientech, Johan Mjöck från Q-linea samt Sune Larsson som var den drivande från sjukhusets sida i bildandet av ett forum för medicinteknik i Uppsala.

Vidare fick jag genom dessa intervjuer upp intresset för Innovation Akademiska som arbetar med att kommersialisera idéer från sjukhuset och UU Innovation som jobbar med att kommersialisera idéer från universitetet. Dessa organisationer verkade spela en viktig roll för att överbrygga de institutionella sfärerna som utgörs av akademien, sjukvården och industrin. Jag utförde därför intervjuer med Andy Browning från UU Innovation och Annika Rameaus från Innovation Akademiska. Jag började ganska snabbt inse att mina initiala avgränsningar till trippel helix-samverkan inom medicinteknik gjorde att intervjuerna ledde mig i olika riktningar och att jag skulle behöva omdefiniera avgränsningarna för att göra det hela mer sammanhållet.

Avtalet om samverkan mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Swedish Medtech, Läkemedelsindustrins förening (LIF) samt Swedish Labtech växte fram som en naturlig fokuspunkt att utgå ifrån i mina intervjuer och undersökningar samtidigt som det försköt fokus till samverkan mellan hälso- och sjukvården och industrin främst. Därmed blev detta mer och mer

min praktiska avgränsning för undersökningarna. Detta ledde mig till att även göra intervjuer med representanter för parterna i avtalet för att få deras syn på regelverket. Efter intervjuer med Gunnila Thörnwall Bergendahl från SKL och Petrus Laestadius och Louise Reuterhagen från Swedish Medtech började jag inse att det fanns ett intressant narrativ kring hur samverkansavtalet har växt fram. Efter en diskussion med min handledare så blev det än mer uppenbart att det var dynamiken kring detta avtal som var mest intressant utav det empiriska material jag hade.

Tillbaka till litteraturen

När väl den initiala datainsamlingen var utförd gjordes alltså en omvärdering av vad fokuspunkten i studien skulle vara. Detta ledde mig till att dels göra kompletterande intervjuer med Matilda Holst på LIF för att kunna bekräfta det narrativ som jag fått från SKL och Swedish Medtech kring avtalet samt Alf Johansson från riksenheten mot korruption för att få en mer robust bild av hur synen på samverkan med sjukvården såg ut från rättsväsendets sida. Jag fick även genom Matilda Holst på LIF tillgång till äldre upplagor av samverkansavtalet från 1981 och framåt vilket var en förutsättning för att kunna göra en analys av den historiska utvecklingen av det och se hur väl utvecklingen av det faktiska avtalet stämde överens med det narrativ som intervjupersonerna gett kring det. Det narrativ som växte fram var att samverkansavtalet hade levt ett liv i skymundan fram till mitten av 2000-talet då en hård mediagranskning som ifrågasatte framförallt läkemedelsindustrins kontakter med sjukvården gjorde att avtalet omarbetades och fick större genomslag. I tidigare diskussion med min handledare kring detta hade vi kommit fram till att en historisk gestaltning av detta skulle vara ett centralt inslag i studien. Jag gjorde en ny djupdykning i forskningslitteraturen kring hur organisationer svarar på kriser och landade i att legitimitet och stigmatisering var ett centrala begrepp för att beskriva och analysera materialet. Detta ledde fram till det teoretiska ramverk som ligger till grund för studien. Den avslutande perioden ägnades åt att skriva fram detta parallellt med en ständig efterforskning i litteraturen och utvecklandet av den analys och tolkning av resultaten som ligger till grund för slutsatsen.

Teoretiskt ramverk

I detta kapitel beskriver jag vilka konceptuella och teoretiska utgångspunkter som ligger till grund för analysen av det empiriska materialet. För att kunna analysera materialet krävs en välutvecklad konceptualisering av en rad begrepp. Många av begreppen präglas av en viss tvetydighet och saknar ofta en allmänt accepterad definition. Därför försöker jag här redogöra för vilken litteratur och vilka definitioner jag har använt mig av samt ge ett teoretiskt ramverk för hur dessa hänger ihop och varför de är relevanta begrepp för att beskriva det empiriska materialet. Genom att bygga ett lämpligt konceptuellt ramverk kan det empiriska materialet analyseras i mer abstrakta termer och på en mer generell nivå. Det betyder inte att det är lämpligt att dra allt för långtgående generella slutsatser, däremot att bytet av språkbruk (eller 'språkspel') ger oss möjligheten att analysera materialet på en nivå där jämförelser mellan fall är närmare till hands. Det placerar även analysen i ett nät av tidigare forskning och forskningstraditioner vilket bidrar till trovärdigheten

av analysen. Detta är också anledningen till att mycket av denna text handlar om att i den grad det är möjligt komma fram till vad vi menar med dessa begrepp och varför det i vissa fall gäller att vara uppmärksam på språkbruket.

Vad är samverkan?

Samverkansbegreppet är synnerligen svårt att närma sig med analytisk skärpa. Jag tror inte att jag är ensam om att uppfatta samverkan som något av ett modeord. Det som tidigare kallades 'samordningsprojekt' har från 90-talet och framåt börjat kallats för 'samverkansprojekt' i högre grad (Lindberg 2009: 27). Den faktiska skillnaden i mening mellan samarbete och samverkan ter sig svår att peka ut med någon större exakthet. Min egen tanke är att samverkan är ett lämpligt ord i många sammanhang, speciellt för myndigheter, för att det finns något mer kraftfullt i att verka för något snarare än att arbeta för något. En slagning i Svenska akademins ordbok förklarar att samverka innebär tillsammans verka för något, mot ett gemensamt mål, medan samarbete endast är att arbeta tillsammans i sig. I de flesta sammanhang kan vi använda samverkan, samarbete och samordning synonymt vilket gör att det är svårt att dra skarpa gränser mellan dessa begrepp. En mer Wittgensteinsk hållning till språket skulle vara att konstatera att dessa begrepp knappast har en fast mening oberoende av kontexten, eller i Wittgensteins begreppsvärld, språkspelen, som de används inom (Wittgenstein 1992). Menar vi samma fenomen när vi pratar om gransamverkan som i överenskommelsen om samverkansregler mellan sjukvården och industrin? Eftersom det inte är uppenbart vart gränserna går mellan begrepp som samverkan, samarbete och samordning är det viktigt att vi utforskar dessa begrepp i litteraturen för att hitta en konceptualisering som ger klarhet till empirin och ger utrymme för en fruktbar analys.

Som många begrepp av den här karaktären har ingen definitiv definition utkristalliserats från forskningslitteraturen. Flera författare har i den svenska forskningen försökt bygga teoretiska ramverk, delvis oberoende av varandra, vilket ökar begreppsförvirringen (Furenbäck 2013). En anledning till detta är att samverkan är ett multidisciplinärt fenomen som kan studeras ur flera olika perspektiv. Begreppsförvirringen inom svenskan gör det dessutom svårt att hitta stadiga översättningar till engelskan. Precis som vi i svenskan använder samverkan, samarbete och samordning som synonymer i vissa sammanhang kan *cooperation*, *collaboration* och *coordination* användas synonymt i engelskan. Organiseringen av den offentliga sektorn i Sverige, svensk lag och svenska regleringar som rör området gör det dessutom till ett forskningsområde som är svårt att generalisera till andra länder och vice versa.

Några utgångspunkter för samverkan är klara för oss trots denna förvirring: det rör sig om två eller flera aktörer som gemensamt arbetar mot ett mål (Furenbäck 2013). Vi rör oss i en kontext där aktörerna är organisationer i sig, alltså interorganisatoriska samarbeten mot ett mål. Den bilden kompliceras dock något av att det ofta rör sig om olika professioner som samverkar. Läkare med socialarbetare och administratörer. Eller ingenjörer från privata, vinstdrivande företag med akademiska forskare eller offentligt anställda sjuksköterskor och läkare. En konsekvens av

interorganisatorisk samverkan inom hälso och sjukvården är ofta interprofessionell samverkan. I fallet som behandlas här rör det sig även om vad vi kan kalla intersektionell samverkan, samverkan mellan olika sektorer i samhället. Axelsson & Bihari Axelsson (2013:18) påpekar allt detta i sin definition av samverkan och inkluderar även interdisciplinär samverkan mellan olika kunskapsområden.

Axelsson & Bihari Axelsson (2006, 2013:19) har i ett försök att städa upp något i denna förvirring underordnat begreppen till det bredare *integration*. De menar att det inom den institutionella ekonomiska teorin finns tre huvudsakliga sätt som företag kan integreras: hierarki, marknad eller nätverk. Samverkan rör framförallt olika former av nätverksintegration där organisationer integreras horisontellt till skillnad från hierarkisk integration som är vertikal. De härleder ur detta resonemang fyra former av integration i följande schema:

	Svag horisontell integrering	Stark horisontell integrering
Stark vertikal integrering	Samordning	Samverkan
Svag vertikal integrering	(Konkurrens)	Samarbete

Figur 3. Fyra integrationsformer (Axelsson & Bihari Axelsson 2013)

I det här fallet menar de att *samordning* är en hög grad av vertikal integration och låg grad av horisontell integration, något en finner inom en organisation i form av byråkratiska regler och hierarkier främst. *Samarbete* bygger å andra sidan på en stark horisontell integrering och svag vertikal integrering. De menar att detta är den form av integration som sker inom nätverk, det bygger på välvilja och frivilliga samarbeten. En låg grad av både horisontell och vertikal integration beskrivs som konkurrens, den enda integrations mekanismen är kontrakt mellan köpare och säljare på en marknad.

Samverkan beskrivs som situationer där det finns hög grad av både horisontell och vertikal integrering. Alltså hierarkiska strukturer och regler för styrning i kombination med frivilligt samarbete (Axelsson & Bihari Axelsson 2013:24ff). Detta är en komplicerad organisationsform och exakt var gränserna går är inte helt klart. Men det ger oss åtminstone karaktäristiska egenskaper som gör att samverkansbegreppet ges en viss skärpa.

Samverkan har länge varit aktuellt inom den offentliga sektorn för att samordna resurser från olika offentliga organisationer mot ett gemensamt syfte. Sjukvården har sedan länge arbetat med samverkan för att fokusera resurser utspridda mellan olika organisatoriska enheter mot ett gemensamt mål. Exempelvis samordning mellan socialtjänst, sjukvården och försäkringskassa i

mötet med särskilt utsatta grupper som psykiskt sjuka missbrukare. Den typen av samverkan mellan myndighetsområden har funnits explicit sedan 1970-talet och har fått en mer framträdande roll under senare år (Danemark & Kullberg 1999:30). Statliga myndigheter har under 90-talet framfört allt fler krav i författningar, utredningar och utfästelser om att samverkan är önskvärt i olika former (Lindberg 2009:14). För att företag ska kunna utveckla nya produkter måste de dessutom ha möjlighet att testa sina produkter där de ska användas och få möjlighet att bilda sig en uppfattning om vilka behov som finns. Detta gäller självklart även medicintekniska produkter, vilket innebär att samverkan måste ske kring testverksamhet och produktutveckling. Läkare är ofta inblandade i ett antal aspekter av utvecklingen av nya produkter, allt från att identifiera nya behov, uppfinna eller utveckla nya produkter till testning av produkter (Chatterji et al. 2008). Det är därför viktigt både för industriella intressen och hälso- och sjukvården att det finns öppna kanaler för att hälso- och sjukvården och näringslivet ska kunna samverka om dessa områden.

Samverkan mellan vården och industrin är inte ett nytt fenomen i sig. Sedan 60-talet har det funnits avtal mellan Landstingsförbundet och läkemedelsindustrin kring hur interaktionen dem mellan ska fungera. Men det är först sedan mitten av 2000-talet som den här typen av interaktioner explicit kallas samverkan. Trenden att samverkan blir allt vanligare som organisationsform i samhället kan förklaras genom institutionell teori och begreppet isomorfism, som innebär att organisationer imiterar varandra för att få tillgång till resurser, stöd och legitimitet av sin omgivning (Axelsson & Bihari Axelsson 2013:22). För nya former av organisering och verksamhet som ligger utanför det som ses som 'linjeverksamheten' är behovet av legitimitet, såväl internt som externt, särskilt stort (Human & Provan 2000). När organisationer med olika huvudmän ska samverka uppstår en komplex situation att styra och för att överleva krävs också myter och narrativ som skapar legitimitet som kopplar isär de formella strukturerna och arbetssätten (Meyer & Rowan 1977). Legitimitet är därmed ett begrepp som är centralt för samverkan och som behandlas utförligt senare i texten.

Eftersom det inte finns någon tydlig engelsk motsvarighet till det svenska samverkansbegreppet med samma spridning är den internationella litteraturen på området svår att bedöma. Men vissa bidrag som kan vara värdefulla för att tolka materialet i denna studie finns.

Samverkansdynamiken som uppstår i gränssnittet mellan stat, akademi och industri är väl beskriven i trippel helix-modellen och har i hög grad präglat den svenska samverkansdiskursen på myndighetsnivå. Den är utvecklad av framförallt Henry Etzkowitz med viktiga bidrag från flera andra. Centralt i den är hur universitetens 'tredje uppgift' att bidra till ekonomisk utveckling har förändrat strukturen för innovationssystem i många branscher. Universitet blir i allt högre utsträckning viktiga redskap för att skapa regional utveckling och önskas iträda en mer entreprenöriell roll (Etzkowitz et al 2000). Förutom det politiska intresset att universiteten ska ta en mer aktiv roll i nationella och regionala innovationssystem så är också teknisk utveckling i sig drivande. I många branscher, speciellt högteknologiska, krävs ett nära samarbete mellan grundforskning och produktutveckling för att ligga i framkant. För att utveckla medicintekniska

produkter så krävs en relation med sjukvården både för att förstå köparens behov och för att förstå slutanvändarnas, som i många fall är patienter, behov. Detta kräver institutionella arrangemang som gör det möjligt att samarbeta i forsknings och utvecklingsprojekt. Etzkowitz & Leydesdorff (2000) beskriver hur denna dynamik bäst förstås som en trippel helix-struktur mellan stat-industri-universitet. De gör också en poäng av att helix-liknelsen fångar hur komplexa dessa relationer är. Ofta innebär samarbeten i praktiken att relationer och nätverk bildas på alla nivåer och i flertalet nätverk. I mångt och mycket betyder detta att gränserna mellan sfärerna är suddiga i dessa system och samverkan kan vara mer eller mindre formaliserad. Akademiker hamnar ofta i en entreprenörsroll när forskning ska avknoppas i företagsform från universiteten. Detta kan ses som ett hot mot universitetens integritet och möjlighet att kritiskt granska samhället. Från ett industriperspektiv är det heller inte alltid välkommet med ny konkurrens. Trots det så beskrivs utvecklingen av trippel helix-strukturen som en med starkt momentum och en viktig del i framförallt regionala och nationella innovationssystem (Etzkowitz et al. 2000). Den bredare samverkansdiskursen i Sverige förstås därför bättre i sammanhanget av en önskan om mer trippel helix-samverkan för att stärka både näringsliv och offentlig verksamhet.

När samverkan sker mellan yrkesgrupper som dessutom kommer från skilda institutionella sfärer, till exempel forskare och läkare som har en viss, mer eller mindre explicit, etisk kod att följa är risken för intressekonflikter närvarande (Blumenthal 1996). Det kan vi förstå som omständigheter där professionella beslut med ett primärt intresse påverkas av ett sekundärt intresse på ett olämpligt vis. Ofta är inte det sekundära intresset illegitimt i sig, men blir problematiskt relativt det primära, professionella intresset. Det är inte svårt att tänka sig att en typen av situationer där mer eller mindre konkurrerande intressen kan uppstå för till exempel läkare eller forskare som dagligen samarbetar nära industrin och eventuellt har möjlighet att kommersialisera resultaten av arbetet (MacKenzie & Cronstein 2006). Analogt ser en akademisk forskares etiska ramverk annorlunda ut än en forskare eller säljare inom industrin vars främsta uppgift är att bidra till ekonomisk vinning för sin arbetsgivare. För en akademisk forskare så är det även av intresse att forskningsresultaten görs tillgängliga för allmänheten medan industrin har intresse av att behålla viktiga resultat inom organisationen (Kenney 1987). Intressekonflikt är en aspekt av en bredare problematik av oetiska praktiker inom organisationer, nämligen korruption, som också behandlas mer utförligt senare i texten. Om samverkansarbetet uppfattas av omgivningen som präglad av intressekonflikter eller rent av korrupta praktiker så utgör det ett hot mot arbetets legitimitet då det beror på en välvilligt inställd omgivning. Eftersom denna studie är riktad mot att utforska hur legitimitet, eller avsaknaden av legitimitet, påverkar samverkan riktad mot hälso- och sjukvården så kommer legitimitet som begrepp behandlas utförligt.

Legitimitet

Ett centralt begrepp i institutionell teoribildning är organisatorisk legitimitet (Suchman 1995). Givet att vi inte förstår företag och andra organisationer endast som slutna, rationella system utan som öppna system som samverkar med sin omgivning förstår vi också att organisationer måste vara i samklang med de normer, värderingar och regler som finns i omgivningen. Centralt för en organisations förmåga att ha konstruktiva relationer med sina intressenter är att den uppfattas som legitim, detta gäller som sagt i än högre utsträckning för löst definierade organisationer av samverkanskaraktär. Suchman (1995:574) definierar legitimitet som:

"a generalized perception or assumption that the actions of an entity is desirable, proper, or appropriate within some socially constructed system of norms, values, beliefs, and definitions"

Denna inkluderande definition lämnar oss med ett brett begrepp. Det är en generaliserad uppfattning och det är således svårt att härleda legitimitet till enskilda händelser även om en historia av händelser påverkar, det är trots allt en samling av flera betraktares uppfattning som legitimerar. För att studera legitimitet är ett historiskt perspektiv att föredra eftersom en organisations legitimitet i en given tid är beroende av en historik. Legitimitet bottnar i kompatibilitet med sociala normer hos en grupp vilket gör att det är beroende av en kollektiv uppfattning. En enskild observatör kan inte göra en entitet illegitim för att dennes handlade inte är i samklang med den enskildes normer och värderingar så länge den publika diskursen är positivt inställd. Suchman (1995:574) sammanfattar implikationerna av sin definition på följande vis:

"In short, when one says that a certain pattern of behavior possesses legitimacy, one asserts that some group of observers, as a whole, accepts or supports what those observers perceive to be the behavioral pattern, as a whole – despite reservations that any single observer might have about any single behavior, and despite reservations that any observers might have, were they to observe more"

Det finns en mängd analytiska distinktioner att poängtera kring legitimitet och jag kommer ägna lite tid att förmedla dessa. Suchman (1995) har i en flitigt citerad artikel syntetiserat några av de mest frekvent förekommande synsättet i litteraturen på området. Det är därför en värdefull källa för att introducera begreppet och redogöra för de olika perspektiv och hållningar som finns. Eftersom litteraturen på området, framförallt den som gavs ut innan Suchmans arbete, använder sig av en divers skara begrepp, metoder och synsätt ser jag det som värdefullt att hämta typologin och begreppsvärlden från Suchmans litteraturgenomgång och syntes i den utsträckning det är möjligt.

Det är till att börja med värt att utforska frågan för vad en organisation söker legitimitet. Enligt Suchman (1995) är det framförallt två dimensioner som ska fånga vårt intresse här, skillnaden mellan att söka kontinuitet och att söka trovärdighet samt skillnaden mellan att söka passivt stöd och aktivt stöd för sina handlingar. Kontinuitet, eller om vi vill kalla det stabilitet eller uthållighet,

är något som förstärks av att uppfattas som legitim. Övriga aktörer, publiken för den entitet som söker legitimitet om en så vill, kommer i den mån legitimitet speglar en organisations anpassning och inbäddning i ett system av normer och värderingar att ge resurser till organisationer som verkar eftertraktade, vettiga och rimliga. Kontinuitet speglar alltså hur vi agerar gentemot en organisation, vilket är beroende på vår uppfattning om den. Trovärdighet är å andra sidan snarare en spegling av vår förståelse för organisationen och hur den fungerar. Om vi uppfattar grundrationaliteten för ett företag som värdig anser vi också att den är mer trovärdig och mer meningsfull. Legitimitet handlar i den här meningen om att ha en kollektiv uppfattning om vad organisationens syfte och varför den handlar som den gör. Kontinuitet och trovärdighet är ofta förstärkande av varandra, men det är inte självklart att handlingar som förstärker kontinuiteten förstärker begripligheten av handlingarna (Suchman, 1995).

Skillnaden mellan att söka passivt stöd jämfört med aktivt stöd ter sig möjligtvis mer uppenbar. För att upprätthålla någon form av grundacceptens för sina handlingar krävs ett förhållandevis lågt tröskelvärde av legitimitet. Aktivt stöd å andra sidan kräver en annan magnitud av stöd från publiken (Suchman 1995).

I den litteraturgenomgång som Suchman ägnar sig åt finns det två huvudsakliga skolor för att beskriva legitimitet teoretiskt. Den ena är den strategiska och den andra den institutionella. Den strategiska skolan har velat se legitimitet främst som en operativ resurs, något som organisationer kan extrahera från sin omgivning och använda vid behov. Detta synsätt har implikationen att legitimitet är något som ledarskapet i en organisation kan och bör kontrollera genom till exempel symboliska praktiker och handlingar. Något som riskerar att slå tillbaka om det görs för uppenbart eller klumpigt (Ashforth & Gibbs 1990). Inneboende i detta synsätt finns en konflikt mellan ledarskapet i organisationen som föredrar symboliska handlingar för att skapa legitimitet medan publiken snarare vill ha substantiell förändring för att ändra uppfattning och kan bli ännu mer skeptiska om rena symbolhandlingar avslöjas för vad dem är.

I den institutionella kontexten är legitimitet i princip synonymt med institutionalisering. Begreppet förstås här inte som en operativ resurs utan som en samling grundläggande föreställningar. Legitimitet är inte något som kan utvinnas från omgivningen hur som helst utan är beroende av hur omvärlden ser ut. Hur ett företag bör vara sammansatt och vad det bör göra är något som vi kollektivt konstruerar och tolkar i en publik diskurs. Om dessa föreställningar utmanas uppstår ofta ett motstånd mot den nya formen (Suddaby & Greenwood 2005). Kulturella föreställningar från omgivningen utgör ett fält av uppfattningar som organisationen utan större agens måste förhålla sig till. Begreppet isomorfrim, kollektiv strukturering av branscher, är centralt för denna skolbildning. DiMaggio & Powell (1983) beskriver i en även den välciterad artikel hur en paradox uppstår så snart en kritisk massa av organisationer och aktörer inom ett område har bildats. Professionaliseringsprocesser och regleringar bidrar till likriktning av den gängse rationaliteten för vad som bör göras för att utveckla verksamheten. Något som till slut

leder till att de flesta organisationer inom samma fält till slut påminner starkt om varandra. Vissa strategier kanske inte är de mest rationella eller ekonomiskt fördelaktiga om alltför många aktörer inom samma fält anammar dem. Men för att bibehålla legitimiteten används de ändå (DiMaggio & Powell 1983).

Den distinktion som görs i den strategiska skolan mellan substantiva och symboliska handlingar blir mindre viktig i ljuset av att organisationer, ledarskap och konsumenter alla är produkter och producenter av ett institutionaliserat kulturellt ramverk (Suchman 1995). Det är dock inte nödvändigtvis så att dessa synsätt utesluter varandra. Den strategiska skolan tar synpunkten från ledarskapet inom organisationen och tittar ut på vad som kan göras och hur medan den institutionella skolan väljer att se organisationen som en liten del av en större kulturell kontext. Därmed inte sagt att det inte finns lärdomar från båda skolorna eller att någon form av syntes är möjlig.

Typer av legitimitet

Hittills har begreppet legitimitet behandlas i bred mening men för att vara analytiskt användbart är det fördelaktigt att kunna vara lite mer precis än vad begreppet som det presenterats så här långt tillåter. Suchman (1995) gör i sin litteraturgenomgång en typologi över legitimitet där de olika distinktioner som har gjorts tidigare i litteraturen ordnas upp.

Gemensamt för alla typer av legitimitet är att de involverar en generaliserad uppfattning eller antagande att de aktiviteter som organisationen tar sig för är passande inom ett socialt konstruerat system av normer. Men detta är som sagt en trubbig beskrivning av fenomenet. Suchman (1995) målar upp tre breda kategorier av legitimitet som sedan har ett antal undertyper. De tre huvudsakliga typerna är moralisk, pragmatisk och kognitiv legitimitet. Dessa vilar på olika typer av utvärderingar och processer.

Moralisk legitimitet är den som speglar om en aktivitet eller handling anses vara rätt att ta sig för eller inte. I regel handlar detta om huruvida ett företags sätt att hantera något anses överensstämma med vad som uppfattas som positivt för samhället i stort. Logiken här är alltså att legitimitet vinnas genom att handla 'gott', där det goda så klart är beroende på den kulturella kontexten. Den moraliska legitimiteten tar enligt Suchman tre former: utvärdering baserad på konsekvenser, utvärdering baserad på tekniker och procedurer samt utvärdering baserad på strukturer. Den konsekventialistiska typen är rättfram uppfattningar baserade på den faktiska utkomsten av en organisations agerande. Detta kan enkelt greppas genom att tänka på hur företag utvärderas med avseende på kvaliteten och värdet av produkterna. Men även när den typen av incitament saknas, till exempel i frånvaron av konkurrens, kvarstår en publik i form av de regulatoriskt ansvariga som kan göra en liknande utvärdering (ibid). Vissa verksamheter utvärderas dock snarare efter vilken typ av metodologi som används, alltså tekniker och procedurer. Suchman (ibid) tar som exempel sjukhus, som sällan tappar legitimiteten för att någon

dör, utan snarare för att procedurerna ifrågasätts. Ett sjukhus som plötsligt började använda homeopati som huvudsaklig behandling skulle ganska snabbt få problem med legitimiteten. Överlag så är denna typ av legitimitet särskilt förekommande inom professionella aktiviteter där socialt konstruerade system för vad som är professionellt och inte växer fram och en given utkomst inte är säker.

Den tredje formen av moralisk legitimitet, strukturell, är just uppfattningen från en publik att en organisation har rätt struktur, eller kapacitet, för jobbet (ibid). En skola eller sjukhus ses som legitim inte bara för de resultat de presterar eller de metoder som används. Utan också baserat på uppfattningen om att de har rätt lokaler och utrustning, rätt kapacitet för att utföra jobbet. Gränserna mellan dessa former är märkbart luddiga dock. En kapacitet och en procedur hos en modernt företag kan i många fall vara synonymt till exempel. Distinktionen vilar kanske snarast på att den strukturella legitimiteten bygger på en uppfattning om hur en organisation passar in i en bredare ekologi av liknande verksamheter.

Pragmatisk legitimitet syftar, i stark kontrast till den moraliska, på självintresset hos intressenter i närheten av organisationen. I regel har en organisation en publik i sin närhet med vilken den har ett direkt ekonomiskt, socialt eller politiskt utbyte med. Dessa människor kommer vara intressenter i organisationen och därmed i den pragmatiska legitimitetens mest enkla form basera sin uppfattning på utbytet med organisationen. Stöd från omgivningen kan i viss mån vinnas genom att ha ett konstruktivt utbyte. Suchman (ibid) menar att en mer komplex variant av detta är legitimitet genom inflytande. Det bygger på att intressenter inte nödvändigtvis måste ha ett explicit utbyte med organisationen för att få stöd. Ofta är det nog att låta intressenter ha en röst i beslutsprocesser eller anamma standarder som intressenter förespråkar för att vinna stöd.

Den tredje och sista typen av legitimitet som Suchman beskriver är kognitiv legitimitet. Till skillnad från den moraliska utvärderingen eller intresset av utbyte i de övriga formerna syftar denna till kunskapsnivån kring verksamheten. Den kognitiva legitimiteten är baserad på antingen hur begriplig verksamheten är eller i vilken utsträckning verksamhetsformen tas för given av publiken.

Den gren av forskningen som fokuserar på begriplighetens roll för legitimitet poängterar att vi behöver passa in våra erfarenheter i en passande kulturell modell för att skapa mening och förståelse kring dem. Förklaringar och narrativ som överensstämmer med vår världsbild är mer övertygande och gör att vi ser en organisation som mer legitim (Suddaby & Greenwood 2005).

Den sista typen av legitimitet som vi ska ägna oss åt är den som kommer av att vi helt enkelt tar vissa saker för givet. Detta är den kanske mest subtila och svåråtkomliga formen av legitimitet. Ett uppenbart exempel på detta är staten som överordnat organisationsform i nationen. När vi tar något för givet är det en i princip 'objektiv' åsikt i den omgivande kulturen att så ska vara fallet.

Denna typ av legitimitet är sålunda svåruppnålig för organisationer som verkar i en pluralistisk marknadsekonomisk kontext.

Hela denna typologi sammantaget lär oss några viktiga insikter om hur vi kan konceptualisera legitimitet. De är på intet sätt uteslutande av varandra och vår uppfattning om en organisations legitimitet utgörs av ett samlat intryck där det är mycket svårt att uppskatta hur viktig en typ är jämfört med en annan. Vissa skillnader bör dock påpekas. Den pragmatiska legitimiteten vilar på självintresse medan moralisk och kognitiv inte gör det. Det finns också mer utrymme för strategiska manövrar från organisationsledningen när det kommer till att bättra på legitimitet som härstammar ur pragmatiska överväganden medan det är betydligt mer subtilt och svåråtkomligt för ledarskapet att nå en position där organisationen och dess verksamhet tas för given. Även om de olika formerna ofta kan förstärka varandra så kan de också hamna i konflikt med varandra. En organisation som spelar för mycket på pragmatiskt utbyte med en viss grupp intressenter kan under vissa omständigheter ses som moraliskt rutten av en bredare massa till exempel. I den mån en legitimeringsprocess går att styra ter det sig alltså som att det i så fall är en svårstyrd process.

Legitimitet är en färskvara som ständigt måste upprätthållas och sökas. För nya former av organisationer är det särskilt kritiskt att uppnå legitimitet. Om det inte finns tidigare exempel att peka på är det en utmaning att bygga förtroende och legitimitet hos intressenter (Aldrich & Fiol 1994). Men också för etablerade organisationer som finner sig mitt i en skandal eller någon form av kris är det kritiskt att uppnå mer legitimitet. Detta leder oss till brott mot legitimiteten och hur dessa kan uppstå och vilka konsekvenser det i så fall kan få.

Korruption som brott mot legitimiteten

Den källa till legitimitetsförlust och stigmatisering som främst är relevant för denna studie är korruption. När vi vill göra en beskrivning av korruption möts vi återigen av svårigheten att det finns en rad olika definitioner av begreppet (Everett et al. 2006, Lennerfors 2009). Jag har valt att utgå den definition som Transparency International använder sig av då den fångar begreppet på ett för den här studien lämpligt vis, även om vi kommer ha anledning att problematisera denna något. Enligt Transparency International är korruption att

"utnyttja sin ställning för att uppnå otillbörlig fördel för egen eller annans vinning"
(Transparency International 2014)

vilket innebär en bred definition men det ger oss också en fingervisning om att det handlar om ett förtroendebrott i någon mening. Den ligger också nära den definition som används av Ashforth & Anand (2003:2), de menar att korruption är:

"[...] the misuse of authority for personal, subunit and/or organizational gain."

Ofta beskrivs korrupktion i den dominerande definitionen som någon form av överträdelse av dikotomin publikt/privat. Antingen i meningen att något olämpligt har skett i relation mellan stat och privat näringsliv. Eller i den i det här sammanhanget mer intressanta uppdelningen av privat som personligt och publikt som offentligt eller professionellt. Lennerfors (2008:93) visar hur dels denna dikotomi ständigt återkommer i definitioner av korrupktion och dels hur den är relaterad till modernitet. Genom att dra från bland andra Zygmunt Bauman, Peter Bratsis, Paul du Gay och Alasdair MacIntyre så sammanfattar han kopplingen mellan modernitet och korrupktion på följande vis:

"I have identified three tendencies in modernity that relate to corruption (the public / private split, the focus on ethical rules and the managerial engineering-based take on the world)." (Lennerfors, 2008:94)

Han tydliggör även hur uppdelningen är relaterad till roller, så som opersonligt/personligt, snarare än sektorer. Jag ämnar att hävda det som ses som opersonligt också ofta ses som professionellt och att de rollerna därför sammanfaller i hög grad.

Denna dikotomi är dock inte helt oproblematisk, något som ett flertal av ovanstående forskare påpekar. Det är värt att ifrågasätta huruvida det är en verklig dikotomi eller inte, är det möjligt att fullständigt särskilja sina olika identiteter? Ett exempel från Lennerfors exemplifierar problematiken, kontexten är att en projektledare intervjuas angående en golfresa med en vän som arbetar för en leverantör:

"Also, although he talks about the golf trip as something that pertains to the private realm, he also starts to discuss the utilitarian aspects of playing golf: to obtain a network of contacts that may otherwise have taken him years to get. The golf trip example shows that project managers believe in the strict separation of private and public while at the same time questioning it. This all points to that the public / private dichotomy is not only very important but also inherently problematic." (Lennerfors, 2008:253)

Om det verkligen är så att detta är en faktiskt dikotomi och korrupktion korrekt definieras som överträdelsen av dikotomin så hamnar vi ganska snart i en situation där alla är korrupta. Haller & Shore (2005) skriver följande i inledning till sin bok som angriper korrupktion ur ett antropologiskt perspektiv vilket ytterligare förstärker varför den behöver ifrågasättande:

"To embark on such a project, however, we must first ask what exactly is corruption? [...] Part of the reason for opening up such arguably intractable questions is to counter the tendency among governments and policy-makers engaged in the anti-corruption movement to bring about a premature

closure on the question of how to define 'corruption' as an analytical category" (Haller & Shore, 2005:2)

Detta är anledning så god som någon att ifrågasätta hur användbart korruptionsbegreppet är sett ur endast den modernistiska publikt / privat-definitionen. Bratsis (2003), som också refereras flitigt av Lennerfors, ger oss alternativ förståelse av korruption baserad på den antika betydelsen. Etymologiskt är det än idag noterbart att ordet korruption också kan signifiera någon typ av förfall eller förstörelse. De flesta har nog någon gång fått ett felmeddelande på datorn som säger 'filen är korrupt' till exempel. Den antika betydelsen är enligt Bratsis med flera snarare en fråga om en avvikelse från ett ideal, degeneration. Lennerfors sammanfattar den antika definitionen som:

"The ancient definition consists of two parts: (1) a specific pristine standard, system or process and (2) deviations from that standard, system or process. A standard, system or process without deviations is not considered to be corrupt, while a standard, system or process with deviations is considered to be corrupt." (Lennerfors, 2007:385)

Denna definition leder oss till att förstå korruptionsbegreppet som ett tecken på förfall av något slag, ett ideal som korrumpas och förstörs. Det visar också på kopplingen till våra gemensamma normer och värderingar, som även finns i legitimitetsbegreppet. När något anses frångå dessa kallar vi något korrupt. Detta låter oss även förstå kopplingen mellan legitimitetsförlust och anklagelser om korruption på ett tydligare vis när vi ser att båda begreppen bottnar i en relation till våra gemensamma normer och värderingar.

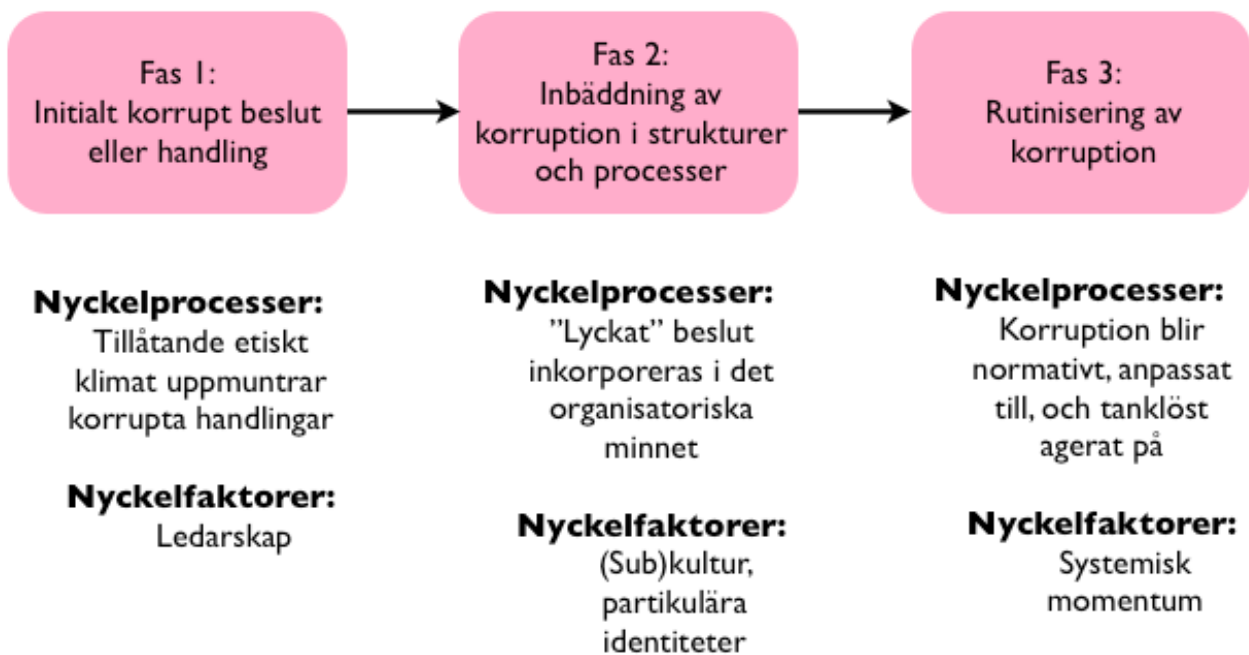
Att skapa system som genom byråkratiska och juridiska strukturer drar en skarp gräns mellan två sfärer är en vanlig metod för att motverka korruption eller oetiskt beteende. Till exempel genom upphandlingslagar, mutlagstiftning eller code of conduct. Samarbetesavtalet mellan SKL och medicinteknikindustrin skulle också kunna ses som ett exempel. Genom den typen av gränsdragning blir det tydligt vad som är idealet och hur avvikelser från det idealet korrumpar det byråkratiska systemet.

Viktigt att hålla i åtanke är att korruption är något som trots att det uppdragas i ett enskilt fall kan ses som symptomatiskt på en bredare problematik inom en organisation eller en hel industri.

"Corruption is both a state and a process. The concept of corruption reflects not just the corrupt behavior of any single individual – defined as the illicit use of one's position or power for personal gain – but also the dangerous, viruslike "infection" of a group, organisation, or industry. If corrupt individual acts are left unchecked, they can spread to other individuals and magnify in scope and audacity, in ways that can eventually become embedded in the very culture of an organization and industry" (Ashforth et al. 2008:671)

Det ligger således i alla närliggande aktörers intresse att reagera på korrupta praktiker oavsett om den egna organisationen är oskyldig för att skydda legitimiteten. Ur det processperspektiv som påpekas i citatet ovan kan vi också förstå att det är viktigt att kunna konceptualisera hur korruption kan spridas och växa sig fast i organisationer. Ashforth & Anand (2003) tar i en välrefererad artikel upp hur processerna rationalisering, socialisering och institutionalisering samverkar till att normalisera korrupta beteenden i en organisation, snarare än att fokusera på den enskilda individens korrupta beteende.

Institutionaliserade beteenden beskrivs som stabila och återkommande beteenden som utförs av åtskilliga medlemmar i organisationen utan närmare eftertanke. Ett institutionaliserat beteende skulle alltså kunna beskrivas som ett rent rutinbeteende.



Figur 4. *Institutionaliserandet av korruption.* (Ashforth & Anand 2003)

Processen för institutionalisering av ett beteende som beskrivs i figuren ovan visar på ledarskapets betydelse för att det ska kunna ta fäste. Ledare i en organisation är naturliga förebilder för andra i organisationen och när de på något sätt uppmuntrar ett korrupt beteende, vare sig det är explicit eller inte, av ignorans eller medvetet, så skapar det utrymme för en fortsättning av beteendet. När en korrupt aktivitet har skett och gett en för tillfället 'god' utgång (till exempel en stor order för företaget) är det troligt att beteendet cementeras i det organisatoriska minnet. Efterföljare på samma position tar lätt för givet att ett beslut har fattats på rimliga och rationella grunder utan att ifrågasätta det grundligt och att följa en redan utstakad väg uppfattas som mer legitimt (Ashforth & Anand 2003). I takt med att beteenden blir mer och mer rutin och mindre och mindre ifrågasatta blir det även mer och mer institutionaliserat. När ett ärende behandlas som rutin försvinner ofta strategiska och moraliska överväganden i ärendet.

I förlängningen blir institutionaliserade beteenden normaliserade beteenden genom att ständiga rationaliseranden ('det finns ingen som tar skada av detta', 'jag hade inget val', 'det är tekniskt sett lagligt' etc.) och socialisering i form av att nyanställda introduceras in i en redan institutionaliserad korrupt ordning och i sociala subgrupper som är mer eller mindre korrupta (Ashforth & Anand 2003, cf. Smith 1985).

För att förhindra korruption och andra oetiska praktiker i organisationen är det vanligt förekommande att införa en etikkod för att reglera vilket beteende som är okej och inte (Wood & Rimmer 2003). Etikoder är det vanligaste och viktigaste sättet för en organisation att institutionalisera etik i organisationen (Long & Driscoll 2007). Att införa etiska regelverk är också ett sätt för organisationer att vinna legitimitet från omvärlden (ibid). Etikoder ifrågasätts ofta för att vara enbart symboliska dokument som knappast ger ett substantiellt bidrag på den faktiska verksamheten (Stevens et al. 2005). Något som är viktigt för att etikoder ska fungera är att det finns system för uppföljning och att ledarskapet uppfattar etikoden som värdefullt för att skapa legitimitet för verksamheten (Stevens et al. 2005). Etikoder i sig räcker dock knappast långt när det kommer till att förändra en institution eller ett institutionaliserat beteende i en organisation. Vi kommer återkomma till denna problematik senare i texten kring reparation av legitimitet. Först bör vi vända blicken till effekterna av effekterna av allvarliga brott mot legitimiteten kan bli.

Stigmatisering av organisationer

Likt organisatorisk legitimitet finns det närliggande begrepp som bygger på liknande social utvärdering, exempelvis rykte och status. Ett begrepp med liknande egenskaper men med negativ klang som främst konceptualiserats på individnivå är stigmatisering. Begreppet har sin grund i Ervin Goffmans arbete och brukar beskrivas som vårt sätt att skapa kognitiva kategorier genom vilka vi separerar ut individer med vissa egenskaper till en kategori med låg status (Link & Pehlan 2001; Kurzban & Leary 2001).

På senare tid har detta begrepp fått mer bäring i en organisatorisk kontext (Devers et al. 2009). Även om fenomenet ofta behandlas i form av de individuella effekterna av att en organisation stigmatiseras (Pozner 2008). Ett centralt bidrag till litteraturen kring stigma på organisatorisk nivå ges av Devers et al. (2009) som ger en generell teori för organisatoriskt stigma och särskiljer det från individuellt stigma såväl som rykte, status och legitimitet.

Devers et al. (ibid) menar att organisatoriskt rykte och status är egenskaper som särskiljer en organisation från andra, de verkar individualiserande. En organisation kan ha bättre rykte än en annan och status bygger på en uppfattning om hierarki mellan organisationer. Legitimitet å andra sidan är inte särskiljande, en legitim organisation får istället etiketten 'legitim' eller 'illegitim' och sällar sig därmed till en samling andra organisationer som uppfattas på samma vis.

Organisatoriskt stigma definieras av Devers et al. (ibid:155) som

"a label that evokes a collective stakeholder group-specific perception that an organization possesses a fundamental, deep-seated flaw that deindividuates and discredits the organization"

och menar alltså att stigmatisering verkar som en kognitiv sortering till en kategori av andra negativt utvärderade. Genom att få en etikett och hamna i en kognitiv kategorisering förlorar organisationer sin individualitet och blir istället associerade med stereotypen för den kategorien (Ashforth & Humphrey 1997). Genom att göra den här typen av negativ kategorisering kan intressegrupper klargöra, definiera och upprätthålla de gemensamma normer och värderingar som gruppen delar (Kurzban & Leary 2001). Stigmatisering är alltså en form av uteslutande som skapar negativa reaktioner i form av ilska, avsky, rädsla och avståndstagande gentemot den stigmatiserade (Kurzban & Leary 2001; Devers et al. 2009). Eftersom stigmatisering bygger på en gemensam utvärdering från intressegrupper tyder mycket på att det kan vara extremt skadligt och leda till svåra ekonomiska och sociala konsekvenser, även för organisationer (Devers et al. 2009).

Så, vad är det då som leder till stigmatisering? På en individuell nivå finns en mängd faktorer som kan leda till stigmatisering: sjukdom, missbildningar, sexuell läggning, etnicitet, religion, kön eller avvikande beteende (Kurzban & Leary 2001). För organisationer är många av dessa kategorier uppenbarligen inte speciellt överförbara. Även om organisationer i viss mån kan stigmatiseras på grund av härkomst, 'made in china' sågs länge som ett tecken på dålig kvalitet till exempel, så stigmatiseras organisationer främst på grund av sitt uppträdande (Devers et al. 2009). Skandaler i form av korrruption, utsläpp av miljöskadliga gifter eller misslyckade affärer är särskilt stigmatiserande (Devers et al. 2009; Carberry & King 2012; Jonsson et al. 2009). Jonsson et al. (2009) visar hur stigmatiserande skandaler och legitimitetsförlust också kan sprida sig till andra organisationer inom samma bransch eftersom kategoriseringen av en organisation påverkar den av andra med liknande karaktär. Till skillnad från individer som i de flesta fall inte kan anses som ansvariga för sin stigmatisering ses organisationer däremot som fullt ansvariga för källan till stigmatisering eftersom det rör sig om uppträdande, vilket ses som kontrollerbart (Devers et al., 2009).

Eftersom stigma är socialt konstruerade är det inte fråga om statiska kategorier. Även om det för individuella stigma finns många kategorier av stigma som är långvariga såsom övervikt, etnicitet och funktionsnedsättningar är den organisatoriska miljön mer förändlig. Vad som är okej och inte är mer kontextspecifikt för organisationer. Till exempel till en viss bransch i en viss kultur. Stigma på organisationsnivå är alltså mer benägna att uppstå och existera i en specifik kontext (Devers et al. 2009).

Startpunkten för uppkomsten av en ny stigmatisering är att en eller flera intressenter uppfattar att en organisation är involverad i något illegitimt (Devers et al 2009). I relation till den tidigare etablerade konceptualiseringen av legitimitet innebär alltså detta att en handling eller process

anses stå i fundamental strid mot de kulturella normer och värderingar som intressenten har. För att stigmatisering ska uppstå måste denna uppfattning sprida sig till att bli en mer generell uppfattning dock. Om den illegitima praktiken ses som en isolerad händelse är det inte särskilt troligt att ett stigma uppstår om den inte är väldigt allvarlig (till exempel BPs oljeutsläpp i mexikanska golfen). Om praktiken däremot kan ses som ett tecken på ett ihållande fenomen är det mer troligt att starka reaktioner kommer väckas (Devers et al 2009). Uppfattningen att en organisation systematiskt ägnar sig åt korrupta affärsmetoder eller systematiskt dumpar giftigt avfall är sådana exempel som uppenbart strider mot kulturella normer och värderingar. Uppmärksamhet i media är en viktig spridande faktor för att en uppfattning om en organisations illegitimitet ska spridas mellan intressenter och växa sig starkare (Elsbach & Sutton, 1992). Devers et al. (2009) menar att den uppfattade allvarligheten av den illegitima praktiken och i vilken utsträckning organisationen kan anses vara ansvarig, ha kontroll över, den båda är faktorer som ökar sannolikheten att intressenter ska se sina värden som motstridiga med en organisation. Om diskrepansen uppfattas som särskilt allvarlig börjar intressenter att aktivt svartmåla och distansera sig från organisationen genom att kategorisera den i ett negativt fack (Devers et al. 2009). Stigmatiseringen uppstår när en kritisk massa av intressenter gör den kategoriseringen och det går från att vara en uppfattning delad av ett fåtal intressenter till en generell uppfattning (ibid).

Effekterna av stigmatisering utgör allvarliga problem för organisationer. Som Jonsson et al. (2009) visar så kan stigmatiseringen sprida sig vidare från den initialt drabbade organisationen vilket gör att omgivningen snabbt distanserar sig från den stigmatiserade (Devers et al 2009). Ett stigma minskar både kvaliteten och kvantiteten av interaktioner med andra organisationer och intressenter (ibid). Det leder också till distansering i form av kognitiv identifikation som 'inte den stigmatiserade' vilket kan betyda publika negativa uttalanden av intressenter för att visa sitt avstånd (ibid). Sammantaget gör detta det mycket svårt för en stigmatiserad organisation att samverka med sin omgivning eftersom omgivningen gör allt för att distansera sig. Det är följaktligen av största intresse för ledningen av en stigmatiserad organisation att göra allt för att reparera skadan. Även om stigmatisering i sig kan ses som ett separat fenomen från legitimitet så är stigmatiseringen en stark källa till legitimitets förlust och återskapandet av legitimitet centralt för att övervinna det.

Att reparera legitimitet

Hur legitimitet skapas och behålls är en avgörande fråga för såväl nya som gamla organisationer. För denna studie är det av än större intresse att utforska hur legitimitet kan repareras när den är förlorad, till exempel på grund av stigmatisering. En distinktion som är av vikt är skillnaden mellan att skapa legitimitet och reparera legitimitet. Att skapa legitimitet är i mångt och mycket ett proaktivt arbete medan att reparera är reaktivt gentemot någon form av kris som plötsligt förändrat förutsättningarna. En förlust av legitimitet kan ha många orsaker, ett företag kan ha utfört handlingar som står i strid med lagar och regler vilket urholkar den moraliska legitimiteten såväl som den pragmatiska och kognitiva. Det kan bero på att praktiker som organisationen har

använt sedan länge kommer upp till ytan för en bredare publik som upplever praktikerna som omoraliska, vilket urholkar den moraliska legitimiteten trots att den pragmatiska kan vara intakt. Organisationens intressenter kan ha känt till vissa praktiker sedan länge utan att ha haft några problem med dem. I mångt och mycket är dessa orsaker nära relaterade till orsakerna till stigmatisering som tagits upp redan. Även om det finns gott om litteratur kring hur legitimitet kan upprättas genom till exempel till exempel narrativa och diskursiva processer (Golant & Sillince 2007; Suddaby & Greenwood 2005; Elsbach 1994; Hearit 1995; Long & Driscoll 2007) eller genom organisatorisk isomorfism (Deephouse, 1996; DiMaggio & Powell, 1983; Long & Driscoll, 2008) så är det det reaktiva arbetet beroende av att grundproblematiken adresseras. Det är därför inte självklart att det räcker med narrativa och diskursiva processer om grundproblematiken, skälet till stigmatisering eller plötslig legitimitetsförlust, är starkt institutionaliserat.

För att återfå legitimitet menar Suchman (1995:597) att det finns tre huvudsakliga åtgärder:

"a) offer normalizing accouts, b) restructure, and c) don't panic"

Att skapa normaliserande redogörelser kan ske på flera sätt. Ett enkelt, men inte så effektivt, sätt är att helt enkelt neka. Ett nekande kan dessutom på sikt innebära ännu större legitimitetsförluster om det uppdagas att det var en lögn. Mer effektivt är dock att medge vissa misstag men samtidigt distansera sig från misstagen (Elsbach 1994). För att undvika att medge misstag, vilket inte är något som organisationer gör i onödan, är ett annat alternativ att rättfärdiga orsaken till ifrågasättandet. Om ledarskapet lyckas konstruera en redogörelse som retroaktivt omformulerar medel och mål till att passa med den rådande moraliska uppfattningen kan de möjligtvis komma undan med den moraliska legitimiteten i behåll (Suchman, 1995). Diskursiva resurser som etikkoder är också en del av att återskapa moralisk legitimitet eftersom dessa förändrar den institutionella logiken för organisationer (Suddaby & Greenwood 2005; Long & Driscoll 2007).

För att rädda den kognitiva legitimiteten kan det istället vara mer lämpligt att ge en god förklaring till varför det som har skett har skett på ett sätt som stämmer överens med en rådande bild om vad som är ett lämpligt sätt att hantera ett visst problem.

För att komplettera de symboliska narrativa redogörelser som ges är omstrukturering ett medel. Till exempel genom att erkänna att vissa fel har begåtts och sedan göra lämpliga strukturella förändringar för att förstärka intrycket.

"Rather than straining audiences credulity with a blanket exoneration (often followed by a contradictory restructuring), the organization can selectively confess that limited aspects of its operations were flawed and can then act decisively and visibly to remedy those specific faults" (Suchman, 1995: 598)

I de fall där källan till legitimitetsförlust eller stigmatisering är en institutionaliserad korrupt praktik, vilket för vår undersökning är en relevant situation, är det viktigt att symboliska förändringar kompletteras med substantiva och strukturella förändringar (Misangyi et al. 2008). Två typer av strukturella åtgärder som är vanliga är etablerandet av övervakningsstrukturer i form av åtgärdssystem och vakthundar eller att helt enkelt distansera sig från de dåliga delarna av verksamheten genom att avskeda ansvariga chefer eller lägga ner den. Reformation av korrupta praktiker måste alltså ske genom ett samspel av symboliska handlingar, till exempel narrativa processer som omformulerar och ramar in den institutionella logiken på ett nytt sätt, och substantiva förändringar i hur resurser kan användas och disponeras (Misangyi et al. 2008). Samtidigt så måste dessa förändringar ske i relation till den existerande institutionella logiken, allt för radikala försök att ändra handlingsmönster kommer stöta på patrull bland de som gynnas av den gamla ordningen. Det är därför viktigt att förändringsagenterna är väletablerade inom organisationen, har kontroll över resurser och har hög intern legitimitet i utgångsläget för att förändring ska ske. Avslutningsvis är förstås den tredje punkten, få inte panik, viktigt för att förändringar ska kunna ske på ett lugnt, trovärdigt och metodiskt vis.

Sammanfattning och blick framåt

Genom att etablera en begreppsapparat bestående av en i forskningslitteraturen välgrundad konceptuell framställning av samverkan, legitimitet, korruption och stigmatisering kan det empiriska materialet förflyttas till en mer abstrakt analysnivå och beskrivas med större skärpa. Anledningen till att dessa begrepp valts ut är att jag, efter att iterativt jobbat med empirin och litteraturen, anser att det är dessa vi främst behöver i vår verktygslåda för att kunna göra den typen av abstraktioner med utgångspunkt i hur det empiriska materialet ser ut. Den metodologiska utgångspunkten är som bekant att samverkan mellan hälso- och sjukvården som fenomen ska studeras genom en historisk (genealogiskt inspirerad) diskursanalys av de styrande dokumenten för denna samverkan. Samtidigt som den kvalitativa intervjustudien stöttar, utvecklar och kontextualiserar informationen i de olika avtalen. Efter att ha etablerat vår begreppsapparat är vi nu redo att gå vidare till det empiriska materialet med detta som grund.

Empiri

Följande avsnitt beskriver det empiriska materialet och ger en narrativ framställning av samverkansavtalets utveckling med utgångspunkt i det material jag har samlat in i mina undersökningar. Jag har valt att redovisa detta i kronologisk ordning men med intervjumaterialet invikt för contextualisering och utveckling. Anledningen till att jag valt att framställa materialet på detta vis är främst att jag anser att det bidrar till en mer lättläst rapport och gör händelseförloppet mer tydligt samtidigt som det historiska perspektivet framträder på ett naturligt sätt.

Historien om samverkansavtalet

Den första delen av mina resultat är en undersökning av hur det nuvarande samverkansavtalet har tagits fram. För att kunna tolka och analysera avtalets betydelse är det viktigt att ha en bild av hur narrativet ser ut från alla inblandades perspektiv. I ett svar från Gunilla Thörnwall Bergendahl blev det tydligt att den medicintekniska industrins samverkan med vården inte är en isolerad företeelse utan måste ses i ljuset av en bredare kontext.

"Jag: Är det de [industrin] som har initerat det här samverkansavtalet eller har det kommit från er [SKL] sida?"

Gunilla: SKL är en sammanslagning av dåvarande Landstingsförbundet och Kommunförbundet. Landstingsförbundet har haft regler med LIF ända sen 70-talet. De var väldigt allmänt hållna och ingen brydde sig om dem egentligen. Jag tror till och med det var på 60-talet som LIF införde en egen etisk kod men det första avtalet är sen 70-talet. Men det var ingen som brydde sig om det här i någon större omfattning varken från vårdens sida eller industrins sida. Den utlösande faktorn i mitten på 2000-talet var att riksåklagaren, Christer van der Kwast, titta på samarbeten mellan vården och industrin och vi hade några mutskandaler med läkemedelsföretagen. Och kolossalt mediadrev kring det hela. Då startade det hela och bara något år efter kom överenskommelsen med Swedish Medtech och Swedish Labtech. Deras regler har hittills inte gått lika långt och de har inte haft lika dåligt rykte som läkemedelsindustrin historiskt sett har haft."

I det här svaret framgår det att avtal om samverkan har funnits sedan 60-talet för läkemedelsindustrin men att det var först efter granskningen i början av 00-talet som medicinteknikindustrin också tecknade ett avtal. Jag har från LIF fått tillgång till alla avtal som fanns tillgängliga för dem där det första är daterat 1981. Redan på 60- och 70-talet stormade det kring läkarnas relationer med läkemedelsindustrin. Men det var först på sent 70-tal som avtalen började komma på plats i sin nuvarande utformning (Smith, 1985). Att det rör samverkan mellan offentlig och privat verksamhet gör också att från rättsväsendets perspektiv finns särskild anledning att ha tydliga regler för samverkan eftersom privat verksamhet och offentlig verksamhet bygger på helt olika syften och den offentliga verksamheten inte får korrumpas. Ett

synsätt som illustreras av detta svar från Alf Johansson, överåklagare på riksenheten mot korruption:

"Jag: Hur ser ni på samverkan mellan olika sektorer i samhället, till exempel industrin och vården? Finns det från ert perspektiv någon särskild problematik med det?"

Alf: Problematiken är att man inte riktigt förstår ibland att det är skillnad på privat verksamhet och offentlig verksamhet. Privat verksamhet har ett vinstintresse, det är det som driver verksamheten. Företag ska gå med vinst, det är därför dom finns till. Offentlig verksamhet är inte vinstdriven, den har ett annat syfte. Och det måste man förstå och gör man inte det så kan man råka ut för att man som offentligt anställd tror att man lever under samma regler som en privat anställd, och det gör man inte. Men det finns å andra sidan en källa till missuppfattning beträffande till exempel en privat avknoppad sjuksköterska eller läkare, nämligen att de tror att deras privatiserade verksamheter verkar under samma förutsättningar som vilket IT-företag som helst och det gör de inte. Därför att lagstiftningen omgärdas av ett antal skyddsintressen, och skyddsintresset för offentlig verksamhet är kort uttryck myndighetsutövning, det är det viktigaste. Viktiga beslut i största allmänhet. Förbifart Stockholm till exempel, det handlar om otroliga summor. Och allmänhetens förtroende i största allmänhet. Det får inte vara så att man tror att alla läkare är mutade eller att alla kommunala tjänstemän i det lokala kommunhuset är mutade. För om man tror det, då blir det som i Grekland, man tappar förtroendet för offentlig förvaltning. Men även för personal i exempelvis avknoppad vård och omsorg gäller motsvarande skyddsintressen som för motsvarande verksamheter i offentlig regi – dvs bland annat allmänhetens förtroende.

Det finns alltså ett särskilt skyddsintresse för att offentliganställdas myndighetsutövning inte ska hamna i en situation där förtroendet från allmänheten urholkas. Detta skyddsintresse återfinns i alla upplagor av överenskommelserna som ett centralt syfte för deras existens och är värt att ha i bakhuvudet under den fortsatta läsningen. Detta bör även förstås som det huvudsakliga skälet till att det finns en legitim etisk kritik att rikta mot praktiker som riskerar att äventyra förtroendet för offentlig förvaltning och myndighetsutövning.

De tidiga avtalen

I det första avtalet som jag har tillgång till, daterat 1981 och som endast bär överskriften "överenskommelse" utan någon närmre specifikation, återfinns stommen och grunden för de efterföljande avtalen. Jag ämnar därför att utförligt gå igenom delarna i detta avtal för att kunna påpeka förändringar och utvecklingar i efterföljande avtal. Språkbruket kring dessa dokument är inte helt konsekvent vare sig i dokumenten i sig eller från de personer jag har intervjuat. Det vanligaste sättet att benämna dokumenten är som överenskommelse vilket är överskriften på alla upplagor förutom 1997 där det kallas avtal. Jag har försökt använda samma språkbruk som dokumenten i största möjliga mån men i vissa fall kan språkbruket växla mellan begreppen. För att undvika förvirring så vill jag påpeka att det rör sig om samma typ av dokument i båda fallen. För

att kunna referera till avtalen på ett konsekvent sätt kommer citat ur avtalen att refereras till 'Etikavtalet' och det aktuella året.

Överenskommelsen från 1981 omfattar endast 4 sidor och är uppdelat på 6 delar, information, allmänna riktlinjer för samarbetet, riktlinjer för det lokala samarbetet, centralt samrådsorgan, information och giltighetstid. Den är träffad mellan Läkemedelsindustriföreningen, LIF, Representantföreningen för utländska farmaceutiska industrier, RUFİ samt med Landstingsförbundet, LF.

Inledningen av överenskommelsen är den kanske viktigaste biten text eftersom den pekar ut syftet:

"Syftet med denna överenskommelse är att skapa förutsättningar för en vidgning av parternas samarbete kring information och utbildning. För att ett sådant samarbete skall kunna förverkligas, krävs att parterna värnar om att information och utbildning genomförs på ett sådant sätt att man i förhållande till varandra intar den oberoende hållning som förutsättes i gällande författningar och som från etisk synpunkt är ett oavvisligt krav" (Etikavtalet 1981: 1)

Denna formulering dyker enligt Smith (1985) upp först här och är ett tecken på att det dels är av vikt att poängtera att parterna är oberoende både ur etisk synpunkt och för att inte kunna ifrågasättas på etiska grunder. Denna grundsyn att det finns ett behov av oberoende mellan industrin och hälso- och sjukvården är en återkommande utgångspunkt i dokumenten. Överenskommelsen gäller endast produktinformation, utbildning och vetenskapliga sammankomster och alltså inte forsknings- och utvecklingsarbete eller konsultuppdrag som läkarkåren gör för industrin. Det står även att läsa att överenskommelsen innebär:

"Att utveckling, samarbete och samordning av parternas informations och utbildningsverksamhet framför allt på det lokala planet skall underlättas samt att riktlinjer för parternas medverkan och engagemang skall skapas." (Etikavtalet 1981: 1)

Produktinformation i det här sammanhanget innebär den aktivitet som läkemedelsföretagen både är lagstadgade att utföra men också i viss mån är en eufemism för reklam. Mycket av kontroverserna kring läkemedelsbranschens kontakter med sjukvården härstammar ur karaktären av denna aktivitet. Å ena sidan finns en skyldighet att informera läkare och annan personal om vilka produkter som finns, vilka verkningar och biverkningar dessa har och annan information kring produkterna som är avgörande för att vårdpersonalen ska kunna använda dem säkert och upplyst. Å andra sidan är denna aktivitet en utmärkt arena för marknadsföring, företagen får möjlighet att skapa möten med en viktig målgrupp och det vore konstigt om de inte tog chansen att göra sitt bästa för att sälja in sina produkter. Utbildning och vetenskapliga sammankomster innebär konferenser och andra sammankomster av utbildningskaraktär som inte berör enskilda

produkter. Genomgående för överenskommelsen är att formuleringarna är så vaga och ospecifika att det är svårt att utröna exakt vad den praktiska verkan är. När det kommer till ort och plats för aktiviteter står det till exempel:

"Sammankomster för produktinformation och utbildning samt sådana vetenskapliga sammankomster som omfattas av denna överenskommelse skall genomföras på ort och plats som parternas företrädare träffar överenskommelse om." (Etikavtalet 1981: 2)

Det finns alltså ur min läsning av denna mening i princip inga regler alls för vilken plats som får väljas för en konferens eller sammankomst så länge en överenskommelse träffas. Den här typen av formuleringar förekommer frekvent i texten. Företagen begränsas främst genom att huvudmannen (vilket i praktiken är verksamhetschefen som i regel är överläkare) ska lämna sitt tillstånd för eventuell ersättning. För att följa upp överenskommelsen bildas ett gemensamt samrådsorgan där Landstingsförbundet bidrar med fyra ledamöter och de två industriföreningarna bidrar med två vardera. Samrådsorganet ska främst följa upp och utveckla överenskommelsen och vid behov utarbeta förslag till revidering. Det framgår inte av texten att det skulle ha några sanktionsmöjligheter vid överträdelser av överenskommelsen.

I den följande överenskommelsen som tecknades 1985 har vissa uppdateringar gjorts. Texten har fått en ny struktur som är lättare att följa. Syftet förblir detsamma med tillägget att överenskommelsen gäller parterna och deras medlemmar. Definitionerna av produktinformation, utbildning och vetenskaplig sammankomst har blivit tydligare. Det framgår nu att produktinformation rör kommersiell information vilket är skilt från utbildning och vetenskaplig sammankomst. Den tidigare vaga formuleringen om plats har skrivits om till att arrangemangen i första hand ska genomföras i Sverige och på plats så nära deltagarnas arbetsplats som möjligt. Företagens begränsas även till att enbart ha möjlighet att verka som medarrangör till utbildningsaktiviteter men får fortfarande stå som ensam arrangör till produktinformation och vetenskapliga sammankomster. I övrigt är det främst kosmetiska förändringar av texten.

Nästkommande uppdatering av överenskommelsen är från 1992 och har nu fått titeln "Överenskommelse mellan LIF/RUFI och Landstingsförbundet om läkemedelsinformation". Syftet har nu subtilt ändrats till "att skapa förutsättningar för ett effektivt och meningsfullt samarbete kring information och utbildning" från det tidigare "att skapa förutsättningar för en vidgning av parternas samarbete kring information och utbildning." (Etikavtalet 1992: 1) I övrigt är texten identisk med föregående upplaga förutom att riksarrangemang, det vill säga arrangemang som inte riktar sig till specifika huvudmän, ska prövas av "inom området särskilt utsedd läkemedelskommitté i det landsting där den enhet är belägen vilken avser anordna en utbildningsaktivitet i samarbete med läkemedelsföretag" (Etikavtalet 1992: 2).

Vi har nu kommit fram till 1997 där avtalet på nytt uppdateras. Rubriken är nu "*Avtal om information och utbildning*" och inleds nu med en ny sektion kallad bakgrund. Faktumet att det nu kallas 'avtal' till skillnad från det mer löst hållna 'överenskommelse' bör kanske uppmärksammas som ett tecken på en ökad formalisering och cementering. Till skillnad från tidigare avtal spenderas här mer energi på att förklara varför detta samarbete behövs. Det poängteras att detta är något som ligger i båda parter intresse och för första gången dyker ordet 'samverkan' upp i texten. Det första stycket i bakgrunden lyder:

"Sedan lång tid förekommer ett viktigt samarbete mellan läkemedelsindustrin och sjukvården på många områden. Enligt lag, myndigheters föreskrifter och god affärssed är industrin skyldig att informera om sina produkter, deras egenskaper, verkningar och lämpliga användning. För att använda dessa produkter på rätt sätt har sjukvården ett motsvarande behov av att få sådan information. Inom sjukvården vinnns löpande en bred kunskap om dessa produkters egenskaper vid klinisk användning vilken måste återföras till industrin för att ge underlag för utveckling av såväl befintliga som nya produkter. Sjukvården har också ett behov av att få en bredare ej produktorienterad information på olika terapi- och behandlingsområden. Läkemedelsindustrin besitter här kunskap som måste komma sjukvården till del. Parterna är därför överens om att samarbetet är ömsesidigt angeläget och måste bedrivas i ansvarsfulla former" (Etikavtalet 1997: 1)

Nu förankras samarbetet dels i faktumet att industrin har en lagstadgad skyldighet att informera om sina produkter så att de kan användas säkert. Men också i skrivningen om det gemensamma intresset av att kunskap från sjukvården återförs till industrin för att ge underlag till fortsatt utveckling. Det fortsätter med att slå fast att avtalet har som syfte att säkerställa dels att samarbetet sker på ett ansvarsfullt och meningsfullt sätt, dels att det utförs på ett sådant sätt att parternas oberoende ställning i förhållande till varandra inte ifrågasätts. Som tidigare omfattar avtalet produktinformation, utbildning och vetenskaplig sammankomst. Texten har omarbetats i alla avsnitt och vissa skärpningar har också skett. Produktinformation ska nu "normalt genomföras på sjukvårdspersonalens arbetsplats och arbetstid" och endast om den sammanfaller med ordinarie måltidsrast ska förtäring erbjudas. Den tidigare ändringen om att företag bara får vara med och samordna utbildningsaktiviteter är borta. Däremot specificeras tydligare att utbildning och vetenskaplig sammankomst inte får vara produktcentrerad och produktinformation står även beskrivet som 'varumärkesinformation'. Även om det uttryckligen inte tillåts varumärkesinformation under utbildning eller vetenskaplig sammankomst får sådan information förekomma utanför möteslokalen i form av utställning eller liknande. Företagen tillåts fortsättningsvis bekosta resor, kost och logi för deltagare så länge verksamhetschefen i sjukvården har godkänt detta.

Så här långt under historien har alltså avtalet, med viss variation i form, varit förhållandevis konstant i sitt innehåll. De små skärpningar som skett är vaga och det finns inga klara sanktionsmöjligheter mot överträdelser av avtalet. I stort ligger ansvaret på sjukvårdens

huvudmän att göra bedömningar i enskilda fall kring medverkan och eventuell ersättning kring aktiviteter som industrin anordnar. Gunilla Thörnwall Bergendahl antyder i sitt svar ovan att reglerna under den här tiden knappast togs på stort allvar. Även om det är svårt att bekräfta just det påståendet kvarstår att det är vaga skrivningar med mycket tolkningsutrymme som präglar avtalen. Ofta används uttryck som *"Läkemedelsföretag ska på lämpligt sätt och i god tid kontakta företrädare för sjukvårdshuvudmannen [...]"* där 'lämpligt sätt' och 'i god tid' lämnar en del manöverutrymme. En annan vanligt förekommande formulering hittar vi kring utbildning och vetenskaplig sammankomst där det står att sådana aktiviteter skall "normalt genomföras på samma ort som deltagarnas arbetsplats eller i vart fall så nära som möjligt". Här är intentionen någorlunda tydlig, det ska ske så nära arbetsplatsen som möjligt, men formuleringen gör trots det intentionen uddlös. Sammantaget gör detta att det är svårt att förstå exakt vad som är tillåtet och inte, något som Helena Sundén vid Institutet mot mutor pekar på som en brist i arbetet mot korruption.

"Jag: Vad tror du är de vanligaste anledningarna till att man hamnar i en korruptionssituation?"

Helena: [...] Problemet är ofta att man har ett oklart regelverk inom organisationen, det finns ofta regelverk men det kommuniceras dåligt till de anställda så folk vet inte vart gränsen går. Sen finns det så klart fall där man vet precis vart gränsen går men ändå väljer att handla på ett visst sätt för att man tycker att risken att upptäckas är så liten eller om man har någon annan bra förklaring för sig själv varför man gör det. Men jag tror fortfarande att det finns ett stort ansvar som vilar på alla organisationer att vara tydliga så att folk slipper göra fel.

Jag: [...] vad tycker du är viktigaste verktygen för att bekämpa korruption?"

Helena: Nummer ett är att man från toppen av organisationen tar frågorna på allvar. [...] Och efter det att skriva ett regelverk för vart vi drar vår nivå. Och sen något som vi ser kommer mer och mer är att man inom olika branscher samverkar mer och mer mellan företagen och bestämmer sig för att här drar vi gränsen i vår bransch. Som det där samverkansavtalet, hur ska vi bete oss på alla sidor om avtalet. Och att man också knyter praktiska exempel till det. Så att folk verkligen förstår, är det en bricklunch med ett extra glas juice, ett äpple eller vart drar vi gränsen? För vi ser att det är på de här små detaljnivåerna man hamnar och det kan bli en muta."

Om regelverket är otydligt finns det alltså risk att det dels är oklart för anställda vad som är tillåtet och inte och dels risk att det även om det är känt överträds för att risken att upptäckas eller sanktioneras är liten. Det finns en del som tyder på att avtalet mellan LIF och landstingsförbundet hade en svag ställning vid den här tiden och faktiskt inte följdes så väl som var önskat. Något som framkommer i flera artiklar i media under tidigt 00-tal där relationen mellan läkarkåren och företrädare för läkemedelsindustrin blev föremål för hård granskning och legitimiteten kraftigt ifrågasattes.

Medias granskning

Hösten 2003 börjar det som Gunilla Thörnwall Bergendahl beskrev som 'ett kolossalt mediadrev' att ta sin början. Som bakgrund till dessa artiklar, vilket också framgår i några av dem, pågår arbetet med att starta upp Riksenheten mot korruption där överåklagare Christer van der Kwast har uttryckt intresse av att granska relationen mellan läkare och industri ur ett juridiskt perspektiv. Min kartläggning av medias granskning är på intet sätt fullständig men syftar främst till att ge en bild av hur debatten gick och vad som var i fokus. Nedan följer en översikt av artiklarna som utkom i Svenska dagbladet med en kort summering av innehållet.

18 november 2003, Svenska Dagbladet (SvD.se 2003a)

Miljarder satsas för att påverka svenska läkare - Lansering av nya läkemedel dyr affär för skattebetalarna

Den första artikeln i en artikelserie av Svenska Dagbladet som granskar läkemedelsindustrins samverkan med sjukvården. I artikeln påstås det lågt räknat läggas mellan 60 000 och 70 0000 kronor per år på varje läkare i Sverige på marknadsföring, enligt artikeln är den verkliga summan förmodligen dubbelt så hög. Det framkommer att läkemedelsföretagen lägger mer pengar på marknadsföring och administration än på forskning. Relationen till läkarna påstås alltid ha varit nära men utspelas i en mörklad gråzon utan insyn.

De kritiserade marknadsföringsmetoderna påstås i en artikel från brittiska tidskriften BMJ till stor utsträckning handla om "*Mat, smicker och vänskap*" där strategin är att skapa förtroende genom "*att ge gåvor, presenter, middagar, resor, hotellrum, ekonomiska fördelar, en tradition av ekonomisk 'gïvmildhet' och en bjudandekultur som företagen introducerar redan under medicinstudenttiden.*"

Avtalet mellan LIF och Landstingsförbundet nämns även det i artikeln men avfärdas som "*luddigt skrivet, föga känt och följs av få*". Det påpekas även att avtalet tillåter resor om läkares verksamhetschef godkänner dessa men att det sällan sker i realiteten, praxis är snarare att läkare själva fattar det beslutet.

18 november 2003, Svenska dagbladet (SvD.se 2003b)

Granskning väcker oro

Samma dag publiceras ännu artikel som beskriver en oro hos läkemedelsföretagen över dåvarande överåklagare Christer van der Kwasts utspel tidigare under hösten där han uttryckt vilja att granska hur industrins nätverk med läkarna förhåller sig till lagstiftningen. Relationen ses som en juridisk gråzon som inte har prövats av rättsväsendet ordentligt. Madeleine Leijonhufvud, professor i straffrätt och tidigare ordförande för Institutet mot mutor kommenterar på följande sätt: "*De styrs av en gammal betalningskultur som försvunnit från de flesta andra branscher, säger hon och påpekar att inga andra landstingsanställda, till exempel uppköpare, tillåts att ha den här typen av nära ekonomiska relationer med sina kunder.*"

19 november 2003, Svenska dagbladet (SvD.se 2003c)

Skattebetalarna står för kalaset

Artikeln ifrågasätter de höga kostnaderna för läkemedel som betalas av skattepengar. 80% av läkemedelsindustrins vinster kommer från skattepengar via högkostnadsskyddet. Detta uppgick 2002 till 19 miljarder kronor. Systemet med patentskydd gör att marknaden kännetecknas av monopol och oligopol där pris sällan är ett konkurrensmedel. Fri prissättning för läkemedel i flera länder gör att företagen kan sätta pris efter betalningsförmåga. När patenttiden gått ut är det dotterföretag som börjar producera så kallade generiska läkemedel och konkurrensen som uppstår är i realiteten mellan olika delar av samma koncern. Det viktigaste konkurrensverktyget påstås istället vara att spendera stora pengar på marknadsföring mot läkarna för att förändra deras receptskrivning.

19 november 2003, Svenska dagbladet (SvD.se 2003d)

Sponsrade resor stoppas

"Oron för en kritikstorm får nu läkemedelsbranschen att rensa upp i sina egna marknadsföringsrutiner. Nu stoppas sponsrade företagsresor och Lif (Läkemedelsindustriföreningen) kräver skärpning av regelsystemet."

Något oväntat är det läkemedelsbranschen som går i bräschen för att förändra regelverket. På ett styrelsemöte den 18 november, alltså samma dag som de tidigare artiklarna, godkände LIF ett program för att förbättra relationen med läkarna. Framst vill man förhandla om och skärpa avtalet med Landstingsförbundet.

"Det ska inte vara tillåtet att ta en grupp läkare till Paris enbart för att lyssna på några föredrag av företagsexperter. Det är etiskt helt oacceptabelt, säger Richard Bergström, vd för Läkemedelsindustriföreningen, Lif."

Just resorna påstås vara ett fokusområde för läkemedelsbranschen, grupper av läkare blir frekvent bjudna på resor där flyg, hotell, dagliga restaurangbesök och konferensavgifter betalas av industrin. Läkarna får dessutom betald ledighet av arbetsgivaren med kravet att verksamhetschefen godkänner resan. Enligt artikeln blandas dock sällan chefen in utan läkarna tillåts välja själva mellan de inbjudningar som kommer. Både Lif:s vd Richard Bergström och Magnus Thyberg läkemedelsansvarig på Landstingsförbundet medger att avtalet sällan tillämpas.

"- De måste för det första avgöra om konferensresan är berättigad för läkarens kompetensutveckling, säger Richard Bergström. Det sker inte idag och alla resor och konferenser är sannolikt inte motiverade."

Även reglerna kring middagsbjudningar och alkoholförtäring ifrågasätts skarpt av Richard Bergström.

"- Onödiga excesser ska inte tillåtas. Vi måste upprätthålla en måttfullhet för att behålla trovärdigheten, säger Richard Bergström. Det är till exempel inte meningen att läkare ska kunna häcka i baren en hel kväll i någon konferensstad och få notan betald av ett företag."

22 november 2003, Svenska dagbladet (SvD.se 2003e)

Skärpta etiska regler för möten mellan läkare och industri

Efter artiklarna i SvD kring läkemedelsindustrins marknadsföringsmetoder som också granskas av åklagare ska nu också Läkarförbundet ta fram nya etiska regler. Regler kring enskilda konsultationer med företrädare för läkemedelsbolagen ska tas fram och gratisluncher, bjudresor och välbetalda extraknäck ska också behandlas.

"En viktig insats är, menar hon, att definitivt krossa myten om att gåvor och andra förmåner inte skulle påverka den enskilde läkaren:

- Det är klart att det gör, säger hon. Studier visar det och ingen kan stå emot skicklig marknadsföring. Varför skulle företagen annars hålla på?

Förutom en öppen intern diskussion anser hon liksom alla andra inblandande parter att det avtal som finns om relationerna sjukvård-läkemedelsindustri måste följas och göras mer känt.

- I det dokumentet läggs stort ansvar på klinikcheferna för till exempel konferensresorna. Chefläkare måste öka kontrollen över både resebesluten och läkemedelsföretagens övriga agerande mot de anställda."

16 maj 2004, Svenska Dagbladet (SvD.se 2004)

Nu krackelerar hela systemet

En tid efter de inledande artiklarna i SvD publiceras en uppföljning av granskningen. I artikeln summeras den tidigare kritiken mot de stora summor som spenderas på marknadsföring mot ledande läkare i form av bjudresor, gåvor och höga ersättningar för konsultarbete.

"I november förra året publicerade SvD en uppmärksamman artikelserie och beskrev för första gången fenomenet mer ingående. Allvarliga varningar framfördes av landets mutexperter.

Det är dessa artiklar som nu lett fram till de snabba förändringarna. Många – både inom sjukvården och bland läkemedelsföretagen – greps av panik och tvärstoppade alla kontakter. Andra började utreda, bland annat flera landsting. Som SvD kunde rapportera i går har aktiviteterna nu lett till ett nytt mycket strängare avtal centralt mellan Landstingsförbundet och Läkemedelsindustriföreningen, Lif, med målet att samtliga landsting ska besluta om ett liknade regelverk. Och lika oväntat raserades det väl etablerade försvaret från samtliga parter som egentligen enbart haft nytta av systemet i så många år: företagen, läkarna, landstingen.

Enigheten är rörande: detta har inte varit bra, svåra övertramp har skett, vi måste röja upp, öppenhet är a och o."

Innehållet i de nya reglerna ses som symptomatiskt på hur det har sätt ut tidigare då fritidsaktiviteter som golf och jakt specifikt förbjuds. Reaktionen på artiklarna i november påstås ha varit starka från läkare som uttryckt lättnad över granskningen och få kom med mothugg.

Reaktionen

Parallellt med den ovan beskrivna mediagranskningen pågick också en granskning från rättsväsendet av läkarnas relationer med läkemedelsindustrin. Den granskningen resulterade i två förundersökningar av IMM:s rättsfallsbank att döma. Det ena som gällde ersättning till en läkare som arbetat med en uppföljningsstudie av ett läkemedel (IMM.se 2014) och det andra ledde till en fällande dom.

Den fällande domen gällde en resa till Prag i augusti 2003 där 42 sjukhusanställda åkte på en resa som sju läkemedelsföretag delvis hade bekostat genom bidrag på 64 000 kr (IMM.se 2014). De åtalade var klinikchefen, två läkare och fyra representanter för läkemedelsföretagen och resulterade i en friande dom i tingsrätten för samtliga men fällande domar för klinikchefen och en läkare i hovrätten (ibid).

Bland flera av dem jag har intervjuat för denna studie framgår att den här granskningen har satt sina spår i uppfattningen av framförallt läkemedelsindustrin. Johan Mörck från Q-linea har den här granskningen i åtanke när kontakten med läkare kommer på tal:

"Jag: När ni har kontakt med läkare i formella sammanhang, hur tigt reglerat är det vad man får göra och inte göra där?"

Johan: Vi har inte riktigt hamnat i dom situationerna där vi behöver tänja på några gränser. Så jag vet inte riktigt. Men vad man har läst i tidningar och så för tio år sedan var ju läkemedelsbolagen väldigt frikostiga med konferenser och sådär. Och där har vi inte hamnat men det ska man nog inte göra heller."

Även Matilda Holst från LIF medger att läkemedelsindustrins rykte har tagit skada av den här typen av praktiker, även om hon förskjuter problematiken längre tillbaka i tiden till 80-talet snarare:

"Jag: Hur förklarar man att läkemedelsbranschen som är så hårt reglerad som den är ändå är så hårda i sin självtvättning?"

Matilda: Läkemedelsindustrin har på sina håll haft ett dåligt rykte och har historiskt sett gjort saker som inte är etiskt försvarbara idag. Man har haft som det pratas om 'det glada 80-talet' och beviljat

läkare förmåner, vilket också hamnat i rampljuset. Så det finns ett behov av reglering för att förstärka vårt förtroende hos både sjukoård och allmänhet."

Alf Johansson, åklagare på riksenheten mot korruption kommer även han ihåg granskningen mot läkemedelsindustrin som hård på den här tiden, även om han själv inte arbetade på riksenheten mot korruption på den tiden:

"Jag: I början av den här enhetens arbete uppfattar jag det som att man tog fokus på läkarnas relation med läkemedelsindustrin, känner du till vad som föranledde det?"

Alf: Ja det var nog i ropet litegrann där i mitten på 2000-talet. Jag var inte här själv än då men jag vet att det var den tidsperioden då man inom läkemedelsindustrin i vart fall i Sverige var utsatta för rätt så hård kritik för alla bjudresor till läkare. Och det var då också som man inom läkemedelsindustrin såg till att upprätta en code of conduct vad det gäller läkemedelsindustrin gentemot landstingen. Så det utformades någon gång där."

I juni 2004 är de nya reglerna mellan LIF och Landstingsförbundet som Alf syftar till klara. De nya reglerna har fått titeln "Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården", det är först nu samverkansbegreppet återopas explicit som formen för det samarbete som sker. Jämfört med tidigare avtal har tonen skärpts betydligt i detta. Det tydliggörs att reglerna omfattar alla medarbetare inom den offentliga hälso- och sjukvården inklusive inhyrd personal med kontakt med läkemedelsföretag samt svenska marknadsbolag inom läkemedelsindustrin. Bakgrunden och syftet är i stort baserad på texten från 1997 med tillägget att god följsamhet till reglerna inte kan friskriva vare sig läkemedelsföretag eller medarbetare i vården från eventuella anklagelser om mut- och bestickningsbrott då det måste prövas individuellt och "baseras på hur starkt sambandet är mellan förmånen, tjänsteutövningen och graden av påverkan".

Tidigare har innehållet i avtalet avgränsats till kategorierna produktinformation och utbildning eller vetenskaplig sammankomst. Detta förändras i det nya avtalet till att gälla:

"Läkemedelsföretagens anlitan av hälso- och sjukvårdens medarbetare på konsultbasis eller mot ersättning vid enskilt tillfälle.

Lämnande av information och tillhandahållande av utbildning och vetenskaplig sammankomst eller liknande, oberoende av om aktiviteten tillhandahålls av läkemedelsföretag eller av annan, om läkemedelsföretag helt eller delvis är arrangör eller uppdragsgivare.

Läkemedelsföretagens sponsring av aktivitet/sammankomst arrangerad av tredje part (t ex specialistföreningar) eller av hälso- och sjukvårdens verksamheter

Eventuell övrig samverkan eller relationer mellan hälso- och sjukvårdens medarbetare och läkemedelsföretag som inte innefattas i ovanstående, skall även dessa präglas av öppenhet och i alla väsentliga delar följa denna överenskommelse." (Etikavtalet 2004: 2)

Det sker alltså en vidgning av vad som omfattas av reglerna här. Dels inkluderas konsultuppdrag som hälso- och sjukvårdspersonalen gör åt läkemedelsindustrin av reglerna och dels gör den sista skrivelsen det tydligt att intentionen är att andemeningen i reglerna ska finnas även i övriga kontakter.

Konsultation som är ett nytt avsnitt i överenskommelsen innebär aktiviteter där medarbetare från hälso- och sjukvården deltar som till exempel talare på konferenser, i rådgivande organ (advisory boards), produktutveckling mm. Det kan både vara uppdrag i tjänsten eller av sådan karaktär att det utgör en bisyssla. Ansvar läggs på medarbetaren att informera huvudmannen (sin chef) om uppdraget. Det ska vara skriftligt överenskommet mellan medarbetaren, sjukvårdshuvudmannen och läkemedelsföretaget och ersättning ska vara skälig samt efter kollektivavtal för sjukvårdshuvudmannen när det gäller havda kostnader. Alla sammankomster ska ske i Sverige om inte en majoritet av deltagarna är från annat land.

Reglerna kring produktinformation har skärpts på flera punkter. Det görs klart att läkemedelsföretagens uppsökande verksamhet endast får ske efter överenskommelse med sjukvårdshuvudmannen eller dennes kontaktperson. Möjligheterna att träffa läkare enskilt begränsas även och detta är endast tillåtet om annat alternativ är svår genomförbart och det får inte ges annan information än den som ges till hälso- och sjukvårdspersonal på andra ställen. Återigen måste sjukvårdshuvudman godkänna enskilda möten mellan företagen och medarbetarna.

Avsnittet kring vetenskaplig sammankomst och terapiinriktad utbildning innehåller även det en del skärpningar. De frikostiga resor som kritiserades av media och var föremål för granskning av åklagare rör i många fall samröre som faller inom dessa kategorier. Det görs i överenskommelsen tydligt att varumärkesinformation inte får förekomma om inte annat överenskommit med sjukvårdshuvudman. Större krav på framförhållning och samordning med läkemedelskommittéer krävs för att det ska kunna säkerställas att fortbildningen sker efter kompetensbehov. Erbjudanden om att delta i arrangemang utomlands får endast skickas till huvudmän som sedan ska avgöra relevans för verksamheten. Det träffas även en överenskommelse om att all utbildning ska vara granskad av IPULS (Institutet för Professionell Utbildning av Läkare i Sverige AB, sedermera nedlagt 2012). Möjligheten att genomföra arrangemang utanför Sverige begränsas kraftigt och det är nu bara möjligt om motsvarande inte är möjligt inom Sverige.

I den nya överenskommelsen återfinns även ett nytt avsnitt kallat "Förtäring, kostnader och ersättning". I tidigare överenskommelser har företagen kunnat stå för hela kostnaden för

konferenser och det har inte funnits några regler för vad som erbjudas i alkoholväg. Nu skärps dessa regler betydligt. Måltider ska präglas av stor måttfullhet och alkoholhaltiga drycker får endast erbjudas som måltidsdryck. Sprit får inte förekomma. Resorna ska ske i ekonomiklass om inte skillnaden i pris för högre klass är försumbar. Valen av hotell ska även de präglas av måttfullhet. Den kanske viktigaste regeln som tillkommer är att läkemedelsföretagen aldrig får stå för mer än hela konferensavgiften samt 50 % av kostnaden för resa, kost och logi vid konferenser. Detta kommer att kallas 50 %-regeln.

Sociala aktiviteter eller fritidsaktiviteter får inte längre erbjudas av företagen eller efterfrågas av medarbetare inom hälso- och sjukvården. Arvoden, förmåner, ersättning eller gåvor får inte längre förekomma heller. Även sponsring av t ex. personalfester förbjuds. Detta gäller även aktiviteter som arrangeras av tredje part (t ex. specialistföreningar).

Nytt för överenskommelsen är också att Nämnden för Bedömning av Läkemedelsinformation (NBL) ska granska läkemedelsföretagens eventuella överträdelser. Tidigare har detta inte varit explicit även om nämnden har existerat sedan länge. Detta är en viktig del i arbetet att skapa tydliga åtgärdssystem för överträdelser mot avtalet vilket har saknats tidigare. Från det marginella förändringarna i tidigare överenskommelser sker nu alltså en omfattande revision och skärpning på alla tidigare områden och tillägg av flera regler.

Avtalet med den medicintekniska industrin

Så här långt har det alltså endast funnits överenskommelser med läkemedelsindustrin. Den mediala uppståndelsen som beskrivits har också den varit begränsad till läkemedelsindustrin. Enligt Gunilla Thörnwall Bergendahl på SKL berodde detta på att det var först efter granskningen på 2000-talet som den medicintekniska industrin efterfrågade ett avtal. Det här narrativet återfinns i viss mån även i svar från Petrus Laestadius från Swedish Medtech som även han menar att granskningen av läkemedelsindustrins metoder för att påverka läkarna var den utlösande faktorn till att även medicinteknikindustrin tecknade avtal med SKL angående samverkan.

"Jag: Vad var anledningen till att man insåg att det behövdes avtal om samverkan även inom medicinteknik? Hur kom det på tal? Som jag har förstått det så fanns det inga explicita regler om samverkan före avtalet 2006?"

Petrus: Jag skulle säga att det var en effekt av att läkemedelsbranschen under en längre tid blivit uppmärksammade efter att ha ägnat sig åt expansiva resor, middagar, sociala aktiviteter etc. tillsammans med vårdpersonal (läkare). Den införde då en form av affärskod för att visa vården att man tog anklagelserna på allvar och kanske även påverka företagen att dra ner på excesserna. "

Även här tar historien avstamp i uppmärksamheten kring läkemedelsindustrins relationer med vården. SKL ville till en början att Swedish Medtech skulle ingå i samma avtal som LIF vilket

Swedish Medtech i det här första skedet inte gick med på. Istället etablerades ett separat avtal för den medicintekniska industrin. Enligt Matilda Holst från LIF så är detta inte så konstigt, hon arbetade inte på LIF under den tiden och säger att hon inte har någon uppfattning om hur diskussionerna gick då, men att det trots allt spelar roll för läkemedelsföretagen hur reglerna ser ut inom medicinteknik.

”Matilda: Det spelar roll både för att det spiller tillbaka på oss om andra företag betar sig dåligt, vi klumpas ihop ändå och det sänker förtroendet för vår bransch som helhet. Sen blir det heller inte någon bra konkurrens om vi har väldigt olika regler.”

Petrus Laestadius påpekar att de frikostiga resor och excesser som förekommit från läkemedelsindustrins sida inte har förekommit på samma sätt från de medicintekniska företagens sida. Jag har inte hittat några exempel för att motsäga det men både Gunilla Thörnwall Bergendahl från SKL och Sune Larsson, forskningschef på akademiska sjukhuset i Uppsala antyder i intervju svar att det finns anledning att vara skeptisk till att det verkligen alltid varit fallet. Angående 50 %-regeln säger Gunilla Thörnwall Bergendahl följande:

”För Medtech var det lite en främmande fågel när det infördes. Man hävdade att det aldrig förekommit att medtechföretag har betalt resor och logi, för det är bara upphandlade produkter. Omfattningen har säkerligen inte varit lika stor som för läkemedelsindustrin men att det inte skulle ha förekommit tror jag inte på ett ögonblick”

Jag frågade Sune Larsson explicit om detta för att få en bättre uppfattning om hur det sett ut egentligen.

”Jag: Jag har fått uppfattningen att det framförallt fram till mitten av 00-talet var vanligt förekommande, i princip praxis, att läkemedelsindustrin frikostigt betalade resekostnader och dylikt för läkare. Förekom liknande resor från medicintekniska företag också eller var situationen annorlunda i relation till medicintekniska företag?”

Sune: Relationen har definitivt ändrats under senaste 10-15 åren. Största skillnaden nu jämfört med tidigare är att samverkan tidigare var dåligt eller inte alls reglerad. Det innebar att det kunde förekomma att läkare blev bjudna väldigt frikostigt på resor och kongresser mm. Det gällde både läkemedelsbolag och medtechföretag. Allt eftersom tiden gått har det tillkommit regelverk som angett vad som är tillåtet respektive inte tillåtet vilket haft en tydligt åtstramande effekt. Därmed har risken för olika extravaganta bjudsituationer försvunnit eller åtminstone nästan helt försvunnit. Insatserna har mer riktats till äkta utbildningsinsatser. Medtech sidan har tidigare inte haft något egentligt regelverk alls, men som du vet så finns nu ett nytt regelverk sedan årsskiftet som är likadant för läkemedelsbolag som för medtech bolag.”

Enligt Sune Larsson så förekom alltså den här typen av resor även från medicintekniska företag, även om det är svårt att säga något om omfattningen eller hur mycket pengar som spenderats. I en artikel i Svenska Dagbladet från oktober 2005 (Svenska Dagbladet 2005) uppmärksammas det nya avtalet. Där påpekas att

”Årligen köper svensk sjukvård tekniska utrustningar och produkter från röntgenapparater till blöjor för över tio miljarder kronor. Kontakterna mellan sjukvårdspersonal, läkare och andra, och de medicintekniska företagen är därför minst lika omfattade som med läkemedelsföretagen. Samma sponsringsaktiviteter i gråzonen, till exempel betalning för middagar, resor och kongresser, har förekommit utan någon reglering.”

Storleksordningen på försäljningen är, även om 10 miljarder är mycket pengar, inte i närheten av läkemedelsindustrin som enligt de senaste siffrorna från LIF sålde för ca 30 miljarder via svenska apotek. Dessutom har läkemedelsindustrins marknadsföringsmetod syftat till att få enskilda läkare att både själva föredra att skriva ut ett visst läkemedel men också att påverka särskilt inflytelserika läkare till deras fördel för att dessa i sin tur ska påverka andra läkare. Eftersom medicintekniska produkter faller inom offentlig upphandling ser möjligheterna till denna form av marknadsföring annorlunda ut. Det är naturligtvis fortfarande i företagets intresse att ha ett gott stöd hos läkarna men det är inte självklart att de kan påverka till ett köp på samma sätt som utskrivning av läkemedel gör. Oavsett så står överenskommelsen mellan det nu nybildade Sveriges kommuner och landsting (SKL) och de numera ombildade föreningarna Svensk instrument och diagnostikförening (Sindif) och Sjukvårdens Leverantörsförening (SLF) klar hösten 2005.

Överenskommelsen är i stort baserad på den med läkemedelsindustrin men skiljer sig på några punkter, främst på områden där branscherna skiljer sig åt i förutsättningar, arbetssätt och begreppsvärld. De allmänna förutsättningar som presenteras bygger på samma resonemang som för läkemedelsindustrin. Samarbete behövs och är viktigt då det ger ett betydande mervärde i form av bättre hälsa för patienter och högre effektivitet i hälso- och sjukvården påstås det. I linje med läkemedelsindustrins överenskommelse hänvisas till de lagar och förordningar som säger att de medicintekniska företagen är skyldiga att informera om hur produkterna används på ett säkert sätt, vilka biverkningar som kan uppstå och det praktiska handhavandet under produkternas livslängd. Överenskommelsen ska med utgångspunkt i detta se till att samverkan bedrivs på ett sätt som inte kan uppfattas som förtroendeskadligt eller ifrågasättas från juridisk eller etisk utgångspunkt. Innehållet i överenskommelsen ser ut som följande:

- Samverkansformer i samband med upphandling
- Serviceinformation
- Övriga informations- och utbildningsaktiviteter
- Förtäring, kostnader och ersättning
- Uppdrag

- Stöd till aktiviteter och sponsring
- Stipendier
- Referenskund

Eftersom merparten av samarbetet som sker rör produkter som antingen kan komma att bli föremål för offentlig upphandling eller redan är upphandlade ses det som särskilt viktigt att parterna upprätthåller en oberoende ställning till varandra i sådana situationer. Under upphandlingsförfarandet ska bara kontakt tas när det är nödvändigt och inom ramen för vad som tillåts beroende på upphandlingsform.

Serviceinformation är ett begrepp som inte finns läkemedelsindustrin men som i viss mån motsvarar kraven på produktinformation inom läkemedelsindustrin. Det är den information som de medicintekniska företagen är ålagda genom lagar och avtal att ge användarna av produkterna som finns i hälso- och sjukvården. Detta innebär i praktiken information om hur den dagliga driften och servicesen ska ske men även att representanter för företagen kan komma att ringas in för att hjälpa till med akuta tekniska problem, något som i den moderna sjukvården kan skapa allvarliga situationer för patienter när det inträffar om inte problemet kan lösas snabbt. Det konstateras att serviceinformation ska förekomma i den utsträckning som verksamheten, kontrakt och lagar kräver det.

Reglerna för övriga informations- och utbildningsaktiviteter motsvarar de som tidigare gällt för läkemedelsindustrin. En viss begreppsglidning finns då produktinformation inom medicinteknik endast innebär varumärkesinformation vilket gör att produktinformation faller inom samma regler som för annan varumärkesinformation i relation till utbildningsverksamhet. Den så kallade 50 %-regeln införs noterbart även inom inom medicinteknik vilket betyder att landstingen även här måste stå för minst halva kostnaden för resor, logi och kost när de skickar sina anställda på utbildning eller konferenser. Reglerna för vad som får bjudas på är i övrigt desamma som för läkemedelsindustrin.

Avsnittet om stipendier är nytt i och med överenskommelsen med medicinteknikindustrin också det. Enligt en artikel i Svenska Dagbladet i samband med överenskommelsen beror detta på erfarenheter från den nya överenskommelsen med läkemedelsindustrin där det visat sig att vissa företag försökt komma runt reglerna genom att skapa stipendier för läkarna att söka. (Svd.se, 2005) Att detta är intentionen med reglerna kring stipendier framgår tydligt av en skrivning där det står att

"Företag får inte erbjuda stipendier till enskild medarbetare i hälso- och sjukvården för att kringgå intentionerna i överenskommelsen, t.ex. gällande sådan begränsning av företags finansiering av sammankomst som avses i p.6." (Etikavtalet 2005: 6)

Ytterligare ett begrepp som är unikt för medicinteknik är referenskund. Att ha en referenskund är många gånger en förutsättning för fortsatt försäljning. En enhet inom vården fungerar som referenskund genom att vara tillgänglig för kunder och intressenter av den aktuella produkten som vill se hur den fungerar i daglig drift. Reglerna kring referenskunder består i stort av ett konstaterande att sjukvårdshuvudmannen ska fatta beslutet om huruvida en enhet ska vara referenskund och att ett avtal som reglerar i vilken utsträckning enheten får användas i marknadsföringssyfte finns på plats.

Efterlevnaden av överenskommelsen anses vara ett gemensamt ansvar där båda parter tar på sig att sprida information om den till sina medlemmar. För företagen finns dessutom ett egenåtgärdssystem som ska granska deras eventuella överträdelser.

Den gemensamma överenskommelsen

Vi börjar nu sakta närma oss nutid i historien om samverkansavtalen. Åren efter 2005 uppdateras överenskommelsen med läkemedelsindustrin två gånger till, 2007 och 2011. De mest substantiva tilläggen i dessa överenskommelser är tillägg om regler för sponsring baserade på de som utformades för medicinteknikindustrin samt ett avsnitt om samarbetsprojekt mellan läkemedelsföretag och hälso- och sjukvården. Den typen av projekt som avses är t ex. gemensamma projekt kring administrering, vård i hemmet eller utveckling av utbildningsprogram för patienter. Dessa projekt ska redovisas öppet i en databas som administreras av LIF, vara finansierade och resurssatta av både industri och sjukvård och skriftligt avtalade. Ett avsnitt gällande marknadsundersökningar tillkommer även i dessa överenskommelser.

Överenskommelsen med medicinteknikindustrin genomgår dock ingen uppdatering under denna tid. Det har dessutom uppstått vissa problem ute i vården som uppfattas som allvarliga av medicinteknikindustrin. Den kontakträdsla som har beskrivits inom vården har gått så långt att produktspecialister från medicintekniska företag har nekats kontakt med läkare som behövde vägledning under operation på grund av att administratörer trots att all kontakt med industrin är otillåten.

”Petrus: [...] Så det finns ju till och med händelser där man har ringt från operation till ett företag för att få vägledning under pågående operation. Företaget eller produktspecialisten har ringt tillbaka via växeln för att få komma in på operation och blivit hindrade av växeltelefonisten, ’nä, ni tillhör industrin så ni har inte tillgång till våra läkare’. Och det hade kunnat gå riktigt illa, sen har man lyckats komma fram ändå via mobiltelefoner och folk som sprungit i korridorerna så att det har löst sig. Men den typen av händelser var en funktion av att det var en väldig otydlighet”

Från vårdens sida har det alltså inte varit helt tydligt vilket regelverk som gäller. Från SKLs sida har en idé funnits en tid om att få till ett gemensamt avtal med alla industrier som vården samverkar med. Från både Swedish Medtech och LIFs sida möts detta med viss skepsis, vilket var

anledningen till att det inte blev ett gemensamt avtal redan från början. För Swedish Medtech så ter det sig dock med bakgrund av de problem som uppstår på grund av okunskap hos de landstingsanställda som en rimlig väg framåt trots allt. Förutom de problem som kan uppstå när vårdpersonal nekar deras personal tillgång vården som de måste ha för att ge korrekt serviceinformation uppstår andra situationer på grund av dålig kännedom eller slapphänt uppföljning inom landstingen.

Det är inte bara från företagets sida som övertrampen sker. Den 'bjudkultur' som medierna beskriver ter sig på sina håll djupt förankrad. En situation som både Gunilla Thörnwall Bergendahl och Petrus Laestadius har beskrivit för mig är att en specialistförening ska anordna en tillställning där företag erbjuds sponsra festen genom att få plats att visa upp sina produkter, i ett hörn, för stora summor pengar. När företaget sedan avböjt och hänvisat till regelverket så har föreningen istället sagt att de ska vända sig till en konkurrent som inte är medlem i Swedish Medtech. Något som blir mycket känsligt ur konkurrenssynpunkt och till slut resulterat i att aktiviteten stoppades helt. För att komma tillrätta med problemen att kommunicera reglerna till alla landstingsanställda, som dessutom måste kunna avgöra skillnaden mellan ett medicintekniskt företag och ett läkemedelsföretag vilket inte är någon lätt sak alla gånger, så enas parterna om att skapa ett gemensamt avtal. Enligt Matilda Holst på LIF sågs det inte som någon stor sak. I januari 2012 börjar så arbetet med att enas om ett gemensamt avtal.

Det startar med runda bords-samtal anordnade av SKL. Från SKLs sida är den viktigaste frågan borttagandet av den så kallade 50 %-regeln. De hade velat driva frågan tidigare men ansåg inte att det var moget tidigare men nu anses det vara rätt tidpunkt. För Swedish Medtech så är det viktigt att det även i fortsättningen finns kvar ett avsnitt kring serviceinformation. Läkemedelsindustrin å sin sida har haft som ambition att lättare få ge produktinformation. Min förståelse av de här förhandlingarna, som pågick fram till hösten 2013, är att det inte fanns några allvarliga motsättningar mellan parterna. Med tanke på att de avtal som redan fanns på plats delade mycket av innehållet så är det rimligt att det i stort har rätt samsyn. Arbetet fortsatte med interna förankringsprocesser i alla organisationer för att sedan fortsätta i en gemensam arbetsgrupp där representanter för intresseorganisationerna och några företag började grovjobbet med att ta fram den nya texten.

En ambition med den gemensamma överenskommelsen har även varit att skapa ett mer lättförståeligt och lättolkat dokument.

"Gunilla: Alla tyckte att det gamla var svårt att läsa, svårt att hitta i och mycket bläddrande. Så vi var överens om att hitta en enklare form. Vi behövde ha definitioner. Man kan inte reglera allting, man kan inte komma på alla situationer som går att reglera. Så det vi kom överens om var att vi ville ha några grundläggande principer som vi kunde hänga upp det här på. Så kunde man inget annat så skulle man åtminstone kunna de grundläggande principerna."

Dessa grundläggande principer som Gunilla Thörnwall Bergendahl talar om utgör en substantiell förändring i den gemensamma överenskommelsen. Parterna enades om fem punkter som ska genomsyra samverkansarbetet. Nyttoprincipen, transparensprincipen, proportionalitetsprincipen, måttfullhetsprincipen och dokumentationsprincipen. I och med anammandet av dessa principer görs intentionen och syftet som ska genomsyra överenskommelsen tydligt. Som ett komplement till de grundläggande principerna finns enkla grundregler för hur till exempel måltider, resor och sociala aktiviteter ska hanteras. Ytterligare ett tillägg som gör den nya överenskommelsen mer lättillgänglig är ett inledande avsnitt som förklarar termer och begrepp.

I de nyskrivna allmänna förutsättningarna presenteras en mer kraftfull version av det tidigare argumentet om den ömsesidiga nyttan av samverkan för båda parter.

"I Sverige förekommer sedan länge en värdefull samverkan mellan hälso- och sjukvården och industrin som har lett till en betydande utveckling av hälso- och sjukvården. Nära samarbete mellan hälso- och sjukvården och industrin har under många år varit en förutsättning för framtagande och utvärdering av nya metoder och behandlingar.

En god samverkan mellan hälso- och sjukvård, forskning och industri skapar ömsesidigt engagemang för en snabbare kunskapsinsamling, ordnat införande och utvärdering av behandlingsmetoder. På så sätt ges förutsättningar för en ständigt förbättrad hälso- och sjukvård som är av stor vikt för patienterna, hälso- och sjukvården och industrin. Utgångspunkten för all god samverkan är att ge patienterna en ändamålsenlig, evidensbaserad, kostnadseffektiv och säker vård. Industrin är en kunskapsintensiv bransch som är av stor betydelse för Sverige. För att effektivt kunna utveckla metoder och produkter behövs en nära och förtroendefull samverkan mellan företagen i sektorn och hälso- och sjukvården." (Etikavtalet 2013: 3)

Tidigare har de allmänna förutsättningarna främst motiverats genom att hänvisa till god affärsned, lagstiftning och sjukvårdens behov av information och utbildning. I den nya texten ligger tyngdpunkten snarare på att god samverkan behövs för att möjliggöra produktutveckling och verksamhetsutveckling vilket innebär ett visst retoriskt skifte. I själva regelverket i övrigt har inga större substantiella ändringar gjorts med undantag för att 50 %-regeln nu har avskaffats helt. Detta var som bekant SKLs käpphäst i förhandlingarna. Enligt Gunilla Thörnwall Bergendahl möttes ett visst motstånd från LIF när det kom till avskaffandet av 50 %-regeln men det var inget större motstånd. Utöver denna förändring, som betyder att de kritiserade bjudresor och frikostigt finansierade konferenser som förekommit tidigare inte längre är möjliga, ligger den viktigaste förändringen i det nya avtalet i formen. Det nuvarande avtalet är skrivet i mer lättläslig ton och begrepp blir introducerade och förklarade på ett helt annat sätt.

Från industrins sida finns egenåtgärdssystem där både varningar och viten kan dömas ut om ett företag skulle bryta mot regelverket. Från landstingens sida är möjligheten till sanktioner dock begränsade, något som Helena Sunden från IMM menar är brist som kvarstår även med det nya avtalet.

"Jag: Om vi tar det här som jag tittar på med samverkan mellan olika sektorer eller kanske olika sfärer av samhället. Vad tänker du om det? Finns det något problematiskt där?"

Helena: Om vi tittar på samverkansavtalet så är själva intentionen väldigt bra. Det som är svårt är att ha regelverk utan någon form av sanktioner. Och där ser det lite olika ut från olika avtalspartners sida. Men om man tänker vad händer om en kommun väljer att inte följa samverkansavtalet, ja vad händer då? Ingenting, för det är bara en rekommendation från SKL. Eller om ett landsting bestämmer sig för att vi struntar i det. Men däremot kan man på läkemedelssidan vara lite tuffare och säga att vi kräver att ni följer avtalet punkt slut. Men det är viktigt att man kommer så långt även inom det offentliga att man förstår att det är än viktigare där att man följer avtalet. Eftersom man från lagstiftarens synpunkt i det offentliga har ett högre skyddsintresse. Man ska inte ens hamna i situationer där man kan misstänkas för mutbrott. Och då kan jag tycka att det är lite olyckligt att regelverket på ett sätt bara blir en snäll rekommendation. Det hade inte varit så dumt om man hade upplägget att följer du inte det här så kommer någon form av sanktion."

Från SKLs sida finns det alltså inga centraliserade mekanismer för sanktionering eller uppföljning av avtalet. Det ansvaret ligger lokalt hos verksamhetschefen. Det är svårt att säga något generellt om hur den uppföljningen ser ut utan en bredare studie men enligt Sune Larsson skulle det ses som ytterst problematiskt om en medarbetare bröt mot regelverket även från hälso- och sjukvårdens sida.

"Jag: Vad skulle hända om man inte följde reglerna i någon mån?"

Sune: Ja då hamnar vi i en situation där vår trovärdighet med all rätt skulle bli väldigt mycket ifrågasatt, korruption skulle kunna utbreda sig. Och det vore naturligtvis ingen önskvärd situation.

Jag: Finns det några konkreta sanktioner mot den som bryter mot reglerna?"

Sune: Det är upp till varje part i detta arbete att fastställa vilka sanktioner som ska gälla om överenskommelsen inte följs. Exakt hur sanktionerna ska se ut inom Akademiska sjukhuset och lanstinget i Uppsala län är ännu inte fastslaget."

Så även om det inte ännu finns något formellt system för sanktionering så verkar hälso- och sjukvården åtminstone i denna lokala kontext ta reglerna på stort allvar. Det dåliga förtroende som

har funnits för framförallt läkemedelsindustrin verkar på sina håll ha lättat något också. Gunilla Thörnwall Bergendahl som arbetar närmast med samverkansfrågorna och etik på SKL ger industrin beröm för hur de har hanterat regleringen av samverkan:

"[...] när vi drog upp dom första reglerna i mitten på 2000-talet så var det först med läkemedelsindustrin, jag menar de var ju 'the bad guys' på den tiden. Och de hade grundmurat dåligt förtroende och det har de lyckats vända nu. Med hjälp av det här regelverket och att de verkligen sköter sin etiska kod och har en etiskt kod som går långt utöver övriga branscher har så har de lyckats ändra bilden av sig själva gentemot hälso- och sjukvården. De har också lyckats öppna upp för mer samarbete med vården genom att de har en hög etisk profil, de är bäst i klassen kan man säga.

Jag: Tror du att det har varit en viktig del att man höjt det förtroendet som en förutsättning för att kunna samverka överhuvudtaget?

Gunilla: Ja, det var kontakträdsla förut. Men nu är de ju där. Och det har varit deras medlemsorganisation och deras ledningar på företagen som har velat driva det här som en förtroendefråga. Och nu har dom det också, de har i mångt och mycket återtagit sitt förtroende."

Huruvida det går att gå att peka på att förtroendet generellt är större nu är svårt, men detta svar ger ändå en fingervisning om det, då företrädare för en av de viktigaste intressentgrupperna upplever att arbetet med samverkansavtalet och egenåtgärdssystemen är en viktig pusselbit för att möjliggöra och fördjupa samverkan mellan industrin och hälso- och sjukvården i fortsättningen.

Analys av materialet

I denna del gör jag min tolkning och analys av det empiriska materialet genom att koppla det till och beskriva det genom det teoretiska ramverket.

Redan i de tidigaste upplagorna av avtalen mellan läkemedelsindustrin och landstingsförbundet är syftet att arbetet inte ska kunna ifrågasättas på etiska grunder. Det ligger därför nära till hands att göra tolkningen att samverkansavtalen är en viktig del i att legitimera relationen mellan industrin och vården. Att läkemedelsindustrin har en nära relation med hälso- och sjukvården är något som pågått åtminstone sedan 1950-talet (Smith 1985). Dessa tidiga avtal ser jag som exempel på hur informella praktiker formaliseras i juridiska strukturer och därmed institutionaliseras genom att aktörerna etablerar gemensamma definitioner och tolkningar av verkligheten (Phillips et al. 2004; Ashforth & Anand 2003). Institutionaliserandet av relationen mellan vården och läkemedelsindustrin motiveras med att det ligger i båda parter pragmatiska intresse att en sådan struktur ska finnas. I realiteten verkar dessa tidiga avtal ha varit högst symboliska dokument med liten påverkan på verksamheten. Jag anser att det finns stöd i det empiriska materialet för påståendet att följsamheten och kunskapen om dessa tidiga avtal var låg. Av det empiriska

materialet framgår även att dessa tidiga regler är så pass vagt formulerade att det är oklart vart gränserna går egentligen eller vad intentionen är. Avtalen verkar snarare ha spelat rollen som ett legitimerande av vad som kan ses som korrupta praktiker genom att främst fungera som en struktur för en typ av beteende som redan pågick utan att substantiellt förändra praktiken i sig.

Situationen fram till tidigt 2000-tal är alltså att relationen mellan läkemedelsindustrin och hälso- och sjukvården har institutionaliserats i en form där frikostiga resor och konferenser är 'business as usual'. Meyer & Rowan (1977: 349) beskriver denna process och rollen formella strukturer såsom samverkansavtalet har i den processen:

"By designing a formal structure that adheres to the prescriptions of myths in the institutional environment, an organization demonstrates that it is acting on collectively valued purposes in a proper and adequate manner [...]. The incorporation of institutionalized elements provides an account of its activities that protects the organization from having its conduct questioned. The organization becomes, in a word, legitimate, and it uses its legitimacy to strengthen its support and secure its survival."

Det intressanta med det empiriska materialet är hur det historiska perspektivet låter oss se hur denna legitimitet plötsligt kollapsar när media och rättsväsendet får upp ögonen för de här institutionaliserande praktikerna. Vår conceptualisering av legitimitet bygger på att det finns en följsamhet med intressentgruppers normer och värderingar. Jag menar att granskningen i början av 2000-talet av relationen mellan läkemedelsindustrin och hälso- och sjukvårdens anställda urholkade såväl det Suchman (1995) kallar den pragmatiska legitimiteten som den moraliska legitimiteten. Den pragmatiska bygger på att intressenter har ett positivt ekonomiskt, politiskt eller socialt utbyte med en organisation. I den här kontexten är det hälso- och sjukvården som är den centrala intressentgruppen för läkemedelsindustrin. När relationen blir starkt ifrågasatt är det inte bara läkemedelsföretagen som drabbas, det är också läkarna som är lika delaktiga i relationen och är de som tar emot alla påstådda bjudresor, i slutändan är det läkarna som är dem som blir föremål för rättsliga repressalier. Det finns inte längre någon intern legitimitet för samverkan i den nuvarande formen från läkarnas sida som är livrädda för att associeras med korruption. Samverkan är en lös organiseringsform som i regel ligger utanför linjeverksamhetens arbetsuppgifter och organiseringsformer. För att den ska fungera krävs legitimitet inte bara från omgivningen utan också internt från de inblandade organisationerna. I detta fall har samverkan även karaktären av att vara så väl interorganisatorisk som interprofessionell och intersektionell. Det är i det här fallet snarare professionen läkare som drabbas av legitimitetsförlusten än sjukvården i organisatorisk mening, även om de är nära sammankopplade. För läkemedelsföretagen är den nuvarande formen också ohållbar och skapar dålig publicitet för hela branchen och båda sidor går ut starkt i media och efterfrågar en omarbetning och skärpning av regelverken.

När legitimiteten nu börjar kollapsa för samverkan i den rådande formen innebär det också en stigmatiseringsprocess av läkemedelsföretagens relation med hälso- och sjukvården. Devers et al. (2009) menar att uppkomsten av stigmatisering bygger på att en kritisk massa av intressenter accepterar en etikett och svartmålande utsagor av en organisation som antitesten till de värden som intressentgruppen står för. I det empiriska materialet framkommer tydligt hur läkemedelsindustrins relation med läkarna dels framställs negativt i media och blir föremål för brottsutredningar. Dels hur den etikett som uppstår hänger kvar i de intervjuades kommentarer om läkemedelsindustrin som 'the bad guys' och att det rådde kontakträdsla. Andra faktorer som Devers et al. (ibid) nämner som förutsättningar till stigmatisering är att kritiken kommer från en position med hög status, vilket jag menar att den gjorde i form av morgontidningarna och framförallt när den kom från rättsväsendet i form av Christer van der Kwasts uttalanden om att relationen skulle undersökas. De menar också att stigmatisering leder till avståndstagande till den stigmatiserade vilket det finns stöd för i form av de nyss nämnda uttalandena om kontakträdsla. Det som stigmatiseras är alltså samverkan som institution och som den är konstituerad vid den här tiden.

För samverkanspraktiken är denna antisociala stigmatisering förödande eftersom samverkan bygger på förtroende mellan parterna i hög utsträckning. För att återfå legitimitet nämnde Suchman (1995) tre grundläggande åtgärder: ge normaliserande utsagor, omstrukturera samt få inte panik. Detta är också vad som händer i stort. I media ger både företrädare för läkemedelsindustrin, läkarsällskapet och SKL utsagor om att den här typen av praktiker inte ska förekomma, de erkänner misstagen samtidigt som de på olika sätt distanserar sig. Detta är kanske tydligast i uttalanden från LIFs dåvarande VD, Richard Bergström som lägger mycket av skulden på läkarna:

"Det ska inte vara tillåtet att ta en grupp läkare till Paris enbart för att lyssna på några föredrag av företagsexperten. Det är etiskt helt oacceptabelt, säger Richard Bergström, VD för Läkemedelsindustriföreningen, Lif.

- De måste för det första avgöra om konferensresan är berättigad för läkarens kompetensutveckling, säger Richard Bergström. Det sker inte idag och alla resor och konferenser är sannolikt inte motiverade.

- Onödiga excesser ska inte tillåtas. Vi måste upprätthålla en måttfullhet för att behålla trovärdigheten, säger Richard Bergström. Det är till exempel inte meningen att läkare ska kunna häcka i baren en hel kväll i någon konferensstad och få notan betald av ett företag." (Svd 2003d)

I varje uttalande fördömer han praktikerna i sig samtidigt som han förskjuter skulden mot läkarna istället för läkemedelsföretagen. Detta menar jag är en strategi som ligger i linje med vad forskningslitteraturen pekar på är effektiva sätt att återfå legitimitet (Elsbach 1994). Det kraftfulla

svaret på kritiken, både genom utspel i media och omarbetning av regler och egentätgärdssystem, belyser också vikten av legitimitet i en så löst hållen organisationsform som samverkansformen innebär.

Arbetet med de nya reglerna inleds snabbt som svar på granskningen och utgör en viktig symbolisk handling för att visa att alla inblandade är för en omstrukturering av arbetet. I de nya reglerna är tonen märkbart hårdare och regelverket skarpare. Noterbart är även att det är först nu som samverkan som begrepp börjar användas som i titeln av avtalet och börjar förekomma mer frekvent i avtalstexten. Tidigare har det främst handlat om sammankomster och samarbete. Utifrån det konceptuella ramverken kan vi förstå samverkan som en mer integrerad form av organisering än vad samarbete syftar till (Axelsson & Bihari Axelsson 2013:24ff). I mina undersökningar har jag inte hittat något som tyder på att det vid den här tiden faktiskt börjar ske en högre grad av integration, snarare är kontakterna frostiga och sämre än på länge. Jag tolkar istället detta skifte som en viktig pusselbit i att återskapa legitimiteten för praktikerna som regleras i avtalet. Samverkan som begrepp bär på andra konnotationer än vad en, som det heter i versionen från 1992, "överenskommelse om läkemedelsinformation" gör. Samtidigt som regelverket skärps och kontaktytorna på många sätt minskar innebär detta skifte alltså en utvidgning av vad avtalet kan sägas syfta till, från en överenskommelse om en specifik företeelse till det betydligt bredare begreppet *samverkan*. Detta tolkar jag som att samverkan ur legitimitetsperspektiv är mer fördelaktigt att associeras med. Samtidigt tyder det även på en önskan att förändra avtalets syfte till att öppna upp för en i framtiden bredare form av samarbete och samverkan. Det handlar då om ett fenomen som sker på bred front i samhället och framförallt inom det offentliga och i synnerhet i hälso- och sjukvården. Stigmatiseringen av relationen mellan läkare och läkemedelsindustrin får svårare att ta fäste när diskursen kring praktiken förändras till att handla om samverkan istället för hur läkemedelsinformation ska regleras. Det nya avtalet är alltså början på en ny diskursiv inramning av vad det är som pågår egentligen, trots att det av allt att döma rent praktiskt är en skärpning och nedtoning av relationerna. Samverkansformen som etikavtalen mellan hälso- och sjukvården och läkemedelsindustrin reglerar skiljer sig trots allt från den form som i många fall är den gängse när en pratar om samverkan, nämligen gemensamma projekt med tydligt mål och syfte (Lindberg 2009:14ff). Relationen som regleras i etikavtalen handlar istället om en relation som har varit etablerad sedan lång tid tillbaka och sker löpande. Även om enskilda utbildningsinsatser kan anses ha projektkaraktär och vara målstyrda.

Av intervjuvärderna att döma får reglerna från 2004 en mycket större spridning och utbildningsinsatser, något som tyder på att det är en substantiell förändring och inte bara symbolisk vilket är en förutsättning för att den moraliska legitimiteten ska återfås på sikt (Suchman 1995; Misangyi et al. 2008). Framförallt när det kommer till att återfå legitimiteten internt hos till exempel hälso- och sjukvårdspersonalen. En förutsättning för att förändringen ska vara substantiell har också varit att ledare inom både industri och hälso- och sjukvård har tagit hotet mot legitimiteten på allvar och agerat, till synes, kraftfullt. En komponent som är viktig här

är även de egenåtgärdssystem som LIF och senare också Swedish Medtech infört där brott mot reglerna i avtalet ger substantiella ekonomiska påföljder för de inblandade. För att en förändring av en institution ska vara möjlig är en kombination av sådana åtgärder tillsammans med nya narrativa inramningar av stor vikt (Misangyi et al. 2008).

Stigmatisering kan även sprida sig till närliggande organisationer (Jonson et al. 2009). Något som jag menar händer i viss mån när den medicintekniska industrin även den nödgas skaffa ett avtal med SKL. Homogenisering, eller isomorfism, har visats vara legitimerande (Deephouse 1996) och från SKLs sida vill man inte att medicintekniska företag ska kunna fortsätta på samma sätt utan kräver att även medicintekniska företag ska lyda under liknande regelverk. Detta visar på hur jakten på legitimitet bidrar till likriktning och isomorfism även mellan branscher inom vissa områden.

Historien om hur en produktspecialist från ett medicintekniskt företag nekades kontakt med en läkare under operation på grund av att en administratör på grund av kontakträdslan med industrin visar också på hur stigmatiseringen av läkemedelsindustrin drabbar medicinteknikindustrin då det från vårdpersonalens perspektiv inte alltid är lätt att klassificera vilken industri ett företag kommer från. Legitimeringsarbetet leder sålunda fram till det gemensamma avtalet om samverkan som innebär att homogeniseringen av regelverken för branscherna är så fullständig som möjligt efter förutsättningarna.

I den nya gemensamma överenskommelsen är diskursen kring samverkan noterbart annorlunda än vid historiens början. Retoriken som används för att formulera syfte och anledning till att samverkan mellan industrin och hälso- och sjukvården är mer utvecklad och bygger nu på ett trippel helix-perspektiv där *"en god samverkan mellan hälso- och sjukvård, forskning och industri skapar ömsesidigt engagemang för en snabbare kunskapsinsamling, ordnat införande och utvärdering av behandlingsmetoder."* (Etikavtalet 2013: 3) Den här typen av retorik är något som blir mer framträdande i de senare texterna. Det finns i de senare texterna även uttryck för att legitimera samverkan i termer av att det är av nytta för hela Sverige, inte bara hälso- och sjukvården. I detta tyder jag både en rörelse mot en mer kraftfull legitimering av samverkan men också ett anammande av en bredare diskurs kring samverkan som breder ut sig i Sverige. Samverkan som begrepp har i takt med att det används och efterfrågas av myndigheter blivit något som är klädsamt att förknippas med och som anses som en legitim företeelse.

Det genealogiska perspektivet låter oss se hur formen för samverkansarbetet förändras genom tiden och går från att vara något mer eller mindre informellt, men också korrupt, till att byta skepnad till att vara del i en större samverkansdiskurs och något som ur legitimitetssynpunkt måste ske mycket stringent. Det låter oss också se hur relationen mellan hälso- och sjukvården och näringslivet tar plats i fält av legitimitet. När potentialen i fältet förändras på grund av yttre

granskning och att relationen utvärderas offentligt är det inte längre möjligt att fortskrida utan att göra institutionella förändringar som återställer potentialen.

Slutsatser

Slutsatserna av denna studie är att samverkansavtalet efter mediagranskningen 2003-2004 blev ett viktigt verktyg för att återupprätta legitimiteten för samverkansarbetet genom att verka symboliskt och visa att man agerade kraftfullt. Samtidigt så verkar substantiella åtgärder ha tagits som gjorts att efterlevnaden är bättre än vad den var innan, både i form av att regelverket har förankrats djupare och egenåtgärdssystem har införts och skärpts. Jag vill mena att den hårda tonen i media samt rättsväsendets granskning som även ledde till en fällande dom gjorde att samverkan mellan industrin och hälso- och sjukvården blev stigmatiserad. Skärpningen av samverkansavtalet och införandet av uppföljning och kontrollsystem på industrisidan utgjorde en viktig symbolisk och substantiell handling för att återfå legitimiteten för samverkan.

Jag menar att vi måste förstå samverkan mellan industri och det offentliga som en organisationsform som är av särskilt stort behov att uppfattas som legitim både inom de samverkande organisationerna och i samhället i stort för att kunna fortgå. Den narrativa gestaltningen jag har gjort i denna studie av samverkansavtalets utveckling anser jag fungera som ett empiriskt exempel på hur sådan verksamhet ständigt måste legitimeras och hur organisatorisk stigmatisering kan uppkomma genom hård extern kritik och granskning i ljuset av etiskt tvivelaktiga praktiker. Men också ett empiriskt exempel på hur ett sådant stigma kan avlägsnas genom diskursiva förändringar såsom skärpningen, spridningen och uppföljningen av samverkansavtalet kopplat till praktiska förändringar i organisationernas funktionssätt. Devers et al. (2009) lägger i sin artikel fram grunden för en teoretisk förståelse för organisatoriskt stigma och efterfrågar där empiriska exempel både på uppkomsten och avlägsnandet av ett sådant. I den kontexten så anser jag att denna studie gör ett bidrag till litteraturen genom att bidra med ett sådant exempel och visa på hur både symboliska och substantiva förändringar måste komplettera varandra i svaret. En slutsats från det empiriska materialet i denna studie är att etikoder i sig riskerar att bli rent av kontraproduktiva om de inte samtidigt har stark förankring hos ledarskapet i organisationerna, utbildningsinsatser görs för att säkra spridningen och åtgärdssystem finns för att ge konsekvenser av övertramp.

Ytterligare en intressant dynamik som framträder av narrativet kring samverkansavtalet är hur legitimeringsarbetet verkar homogeniserande på industrin och bidrar till isomorfism mellan branscherna. Främst genom att arbetet drivs genom branschernas intresseföreningar och därmed säkerställer att reglerna gäller för hela branschen. Men också hur denna homogenisering sprider sig till alla sjukvårdens leverantörsindustrier i och med framväxten av avtal för medicinteknik- och laborieteknik- såväl som läkemedelsindustrin. Hur denna homogenisering av branschernas förhållningssätt påverkar deras respektive samverkan återstår att se.

Den historiska framställningen visar också hur formen för samverkan förändras från de nära, korrupta, kontakterna pre-mediagranskningen till något som ger uttryck för en bredare samverkansdiskurs och är "av stor betydelse för Sverige". Samtidigt som regelverket i mångt och mycket blir hårdare över tiden och möjligheterna för industrin att med ekonomiska medel påverka läkarkåren i princip har försvunnit så är samverkan i sig mer angeläget än någonsin för båda parter. Även om etikavtalen har en lång historia och relationerna mellan hälso- och sjukvården och framförallt läkemedelsindustrin har funnits sedan länge, och som sagt i flera hänseenden i en närmare form historiskt än i nutid, så är det först från och med 2004 som samverkan explicit blir benämningen som används. Jag drar slutsatsen av detta att samverkan i dagens läge är en mer attraktiv etikett att förknippas med och klä praktiken i om syftet är att söka legitimitet. Genom att prata om samverkan hamnar relationen i ett annat narrativ med andra konnotationer, samverkan är konstruktivt och ömsesidigt fördelaktigt per definition.

Genom det historiska perspektivet i metodologin blottläggs kopplingen mellan det konceptuella ramverkets olika delar och den typ av samverkan som regleras i avtalen. Legitimitet, korruption och stigmatisering är utifrån de konceptualiseringar som presenteras i denna rapport alla begrepp som är beroende av en historia av händelser, normförändringar och kulturella skillnader över tid. Att studera dem som begrepp oberoende av historien ter sig därmed inte särskilt fruktfullt. En slutsats från denna rapport är därför att en historiskt inriktad metodologi och ett processperspektiv är att föredra när en ska närma sig dessa begrepp analytiskt. Det teoretiska ramverket pekar också på den avgörande betydelsen av att placera samverkan inom den institutionella skolan för att förstå kopplingen till legitimitet och hur intersektionella samverkansprojekt lätt kan balansera på gränsen för vad vi uppfattar som korruption i frånvaron av tydliga regleringar och åtgärdssystem.

Att samverkan har en legitim och viktig plats som organiseringsform råder det ingen tvekan om. Särskilt för offentlig sektor kan det vara ett viktigt sätt att skapa mer dynamiska arbetsätt och utnyttja den breda kompetensbas som finns i olika delar av det offentliga. Offentlig verksamhet kan inte vara helt sluten från omvärlden och det finns många vinster med att exempelvis hälso- och sjukvården har en konstruktiv relation med privata organisationer för att kunna utveckla sin verksamhet. Men som Alf Johansson från riksåklagarmyndigheten påpekar så är syftet och förutsättningarna för offentlig verksamhet och privat verksamhet fundamentalt skilda. Praktiker som riskerar allmänhetens förtroende och skadar legitimiteten för myndighetsutövning och offentlig verksamhet ska naturligtvis utsättas för granskning och kritik. En utveckling mot närmare samverkan mellan den offentliga sfären och privat näringsliv är inte helt okomplicerad utifrån ett etiskt perspektiv. Å ena sidan står önskan om ett mer dynamiskt näringsliv som bidrar till tillväxten i landet och en offentlig sektor som blir mer effektiv och erbjuder medborgarna en bättre service genom innovativa produkter och tjänster. Å andra sidan står risken för att alltför nära relationer och kontaktytor leder till förtroendebrott och en legitimitetskris för offentlig

förvaltning. Var gränsen ska dras där är i slutändan en politisk fråga. Men ett etiskt regelverk bör förstås som ett instrument som måste balansera motsägelsefulla intressen på ett konstruktivt sätt. Som det empiriska materialet visar så har avtalet mellan hälso- och sjukvården och näringslivet varit föremål för ständiga revideringar och uppdateringar som speglar en samling bredare processer mellan intressenterna för avtalet. Ett avtal av den här typen bör alltså inte förstås som ett statiskt dokument utan snarare ur perspektivet att det speglar en ständigt pågående process, något som är relevant både för forskare och praktiker att förstå.

Det är tydligt att frånvaron av åtgärdssystem, ett stringent regelverk och utbildningsinsatser kring de regler som fanns ledde till en korrupt kultur i relationen mellan läkarna och läkemedelsbranschen historiskt. Det är också tydligt att skärpningen av regelverket och ett gediget arbete från alla inblandade parter har förändrat hur relationen ser ut i dagsläget. I ett bredare perspektiv är det är värt att fundera på vad det ökade kravet på samverkan från myndighetshåll kan få för konsekvenser om det inte förs en diskussion om risken för att professionella får dubbla roller och tvetydiga mål och vilka etiska implikationer det kan ha. Risken för att jävssituationer uppstår eller att korruption förekommer är stor om inte alla inblandade har klart för sig var gränserna går. I de fall som har tagits upp i den här studien verkar intentionerna varit goda och inget brottsligt uppsåt nödvändigtvis funnits. Men okunskap om regelverken och institutionaliserandet av ett visst sätt att bjuda och bli bjuden har lett till tveksamma händelser. Ett tydligt och enkelt regelverk är avgörande i den frågan för att effektivt minimera de riskerna. Återigen är det dock av vikt att regelverk, såsom en etikkod, ses som en del i en större process för förändring och ständig återkoppling för att inte riskera att enbart bli symboliska dokument utan effekt i praktiken. Slutsatsen av min granskning är att de inblandade parterna trots allt har svarat på den legitimitetskris som uppstod kring 2004 på ett effektivt sätt och kommit tillrätta med problematiken genom att göra reella och substantiva förändringar i arbetssätten och regelverken. Det nuvarande avtalet är väl förankrat i både industrin och hälso- och sjukvården och stor möda har ägnats åt att göra det lättförståeligt och hanterligt samtidigt som andemeningen är tydlig. De inblandade organisationerna har även av allt att döma dragit viktiga och djupa lärdomar av det som utspelade sig åren kring mediagranskningen. Förhoppningsvis bidrar denna rapport till ökad förståelse av hur dessa insatser har sett ut och i vilket sammanhang de skett.

Sammanfattning av slutsatser

Avslutningsvis vill jag sammanfatta slutsatserna på tre områden: empiriska, teoretiska och metodologiska.

Empiriska: Studiens empiri ger en historisk fallstudie över framväxten av det nuvarande etikavtalet som också svarar mot studiens syfte och frågeställningar. Eftersom avtalet är det centrala reglerande dokumentet för relationen mellan läkare och läkemedelsindustrin utgör empirin även en lins att se hur krishantering i efterkänningarna av en stigmatiserande

legitimitetsförlust kan se ut. Då litteraturen kring avlägsnandet av organisatoriska stigman är knapphändig är detta ett av studiens centrala empiriska bidrag. Studien visar även hur legitimitetssökandet bidrar till homogenisering av relationerna till hälso- och sjukvården för läkemedelsindustrin och den medicintekniska industrin. I kampen mot korruption är förändringen av institutionaliserade beteenden av största vikt för att komma till rätta med det korruperade. I denna studie visas hur en etikkod med tydliga regler gällande det korrupta, som har stöd i ledningen hos alla inblandade parter, kopplat med substantiva förändringar i form av åtgärdssystem som innebär att överträdelser får konsekvenser, tillsammans kan åstadkomma förändringar i institutionaliserande beteenden. Den historiska situationen tyder dock på att avsaknaden av dessa faktorer gör att en etikkod har marginell effekt på praktiken. Empirin leder även till slutsatsen att etikavtal av den här typen bör ses ur perspektivet att de speglar en bredare process mellan parterna och andra intressenter och inte existerar som diskreta och statiska dokument.

Teoretiska: För att kunna tolka och analysera den empiriska undersökningen etableras i studien ett konceptuellt ramverk där samverkan, legitimitet, korruption och organisatoriskt stigma behandlas. Detta ramverk pekar på vikten av att se dessa begrepp ur ett processperspektiv och hur samverkan som en löst definierad organisationsform har en komplex relation till sin omgivning som endast bristfälligt kan beskrivas ur ett resursperspektiv.

Metodologiska: Ett historiskt perspektiv är avgörande för att blottlägga hur nuet är konstruerat och jag anser att studien visar på detta genom att genealogiskt spåra samverkansavtalets ursprung och därmed visa på kopplingen till legitimitetssökande och krishantering efter en korruptionsskandal. Detta hade inte framgått med samma tydlighet genom att endast studera fenomenet i nuet.

Förslag till fortsatt forskning

Denna studie bör ses som en pilotstudie av processen kring samverkansavtalet och den bredare kontexten av industrins relationer med hälso- och sjukvården. En djupare granskning med intervjuer av fler läkare och med större fokus på legitimitet och stigmatisering skulle kunna bidra ytterligare till litteraturen kring begreppen. Samverkan mellan industrin och hälso- och sjukvården förekommer dessutom i former som inte är reglerade i samverkansavtalet och därför inte varit föremål för granskning här, främst inom forskning och utvecklingsarbete. Att ta större fokus på den biten skulle även det vara givande för fortsatt forskning. Samverkan kring produktutveckling och tjänsteutveckling är något som har funnits med i periferin under arbetet med denna studie men som skulle vara intressant att ta ett tydligare fokus på.

Det retoriska skiftet i legitimeringen av samverkan som finns i samverkansavtalen skulle även vara en intressant utgångspunkt för att bredare studera samverkansdiskursen i Sverige som jag upplever som en trend för tillfället. I en sådan studie skulle de ideologiska och etiska aspekterna

av samverkan kunna granskas kritiskt, något som jag har avstått från här då det legat utanför studiens syfte. En fråga som för mig kvarstår som delvis obesvarad är varför och hur samverkan har seglat upp som en populär organisationsform och lösning på problem inom offentlig sektor. En slutsats i studien är att en del av den nya inramningen som skedde i och med krishanteringen i spåren av mutanklagelserna var att klä om relationen mellan hälso- och sjukvården som samverkan mer explicit. Att vidare utforska hur begreppet har fått så positiva konnotationer i den offentliga sektorns ledarskapsdiskurs skulle vara av intresse.

Faktumet att samverkan uppfattas vara på frammarsch i flera former och ställen i samhället gör att det även kan vara intressant att identifiera andra områden där samverkan mellan det offentliga och privata sker för att granska relationen ur ett etiskt perspektiv.

Referenser

- Aldrich, Howard & Fiol, Marlene (1994), Fools Rush in? The Institutional Context of Industry Creation, *The Academy of Management Review*, Vol 19, No 4: 645-670
- Alvesson, Mats & Kärreman, Dan (2000), Varieties of Discourse: On the study of Organizations through Discourse Analysis, *Human Relations*, Vol 53: 1125-1149
- Ashforth, Blake & Anand, Vikas (2003), The Normalization of Corruption in Organizations, *Research in Organizational Behavior*, Vol 25: 1–52
- Ashforth, Blake & Gibbs, Barrie (1990), The Double Edge of Organizational Legitimacy, *Organization Science* Vol 1, No 2: 177-194
- Ashforth, Blake & Humphrey, Ronald (1997), The Ubiquity and Potency of Labeling Organizations, *Organization Science*, Vol 8, No 1: 43-58
- Ashforth, Blake et al. (2008), Re-viewing organizational corruption, *Academy of Management Review* Vol 33, No 3: 670-684
- Axelsson, Runo & Bihari Axelsson, Susanna (2006), Integration and collaboration in public health—a conceptual framework, *International Journal of Health Planning and Management*, Vol 21: 75–88.
- Axelsson, Runo & Bihari Axelsson, Susanna (2013), Om Samverkan - För utveckling av hälsa och välfärd, Studentlitteratur, Lund
- Biernacki, Patrick & Waldorf, Dan (1981), Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling, *Sociological Methods & Research*, Vol 10: 141-163
- Blumenthal, David (1996) Ethics issues in academic - industry relationships, *Academic Medicine*, Vol 71, No 12: 1291-1296
- Bratsis, Peter (2003) The Construction of Corruption, or rules of separation and illusions of purity in bourgeois societies, *Social Text* 77, Vol 21, No 4: 9-33
- Bryman, Alan (2008) Samhällsvetenskapliga metoder, Liber, 2a upplagan, Stockholm
- Carberry, Edward & King, Brayden (2012), Defensive Practice Adoption in the Face of Organizational Stigma: Impression Management and the Diffusion of Stock Option Expensing, *Journal of Management Studies* Vol 49: 1137–1167
- Chatterji, Aaron et al. (2008), Physician-Industry Cooperation in The Medical Device Industry, *Health Affairs*, Vol 27, No 6: 1532-1543
- Danemark, Berth & Kullberg, Christian (1999), Samverkan - Välfärdsstatens nya arbetsform, Studentlitteratur, Lund
- Deephouse, David (1996), Does Isomorphism Legitimate?, *Academy of Management Journal* 1996, Vol 39, No 4: 1024-1039.
- Devers, Cynthia et. al. (2009), A General Theory of Organizational Stigma, *Organization Science*, Vol 20, No 1: 154-171
- DiMaggio, Paul & Powell, Walter (1983), The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and

- Collective Rationality in Organizational Fields, *American Sociological Review*, Vol 48, No 2: 147-160
- Dreyfus, Hubert & Rabinow, Paul (1983) *Michel Foucault - Beyond Structuralism and Hermeneutics*, The University of Chicago Press, 2a upplagan, Chicago
- Elsbach, Kimberly (1994), *Managing Organizational Legitimacy in the California Cattle Industry: The Construction and Effectiveness of Verbal Accounts*, *Administrative Science Quarterly*, Vol 39, No 1: 57-88
- Etzkowitz, Henry & Leydesdorff, Loet (2000), *The dynamics of innovation: from National Systems and "Mode 2" to a Triple Helix of university-industry-government relations*, *Research Policy*, Vol 29: 109-123
- Etzkowitz, Henry, et al (2000) *The future of the university and the university of the future: evolution of ivory tower to entrepreneurial paradigm*, *Research Policy*, Vol 29: 313-330
- Everett, Jeff et al. (2006), *The Global Fight against Corruption: A Foucaultian, Virtues-Ethics Framing*, *Journal of Business Ethics*, Vol 65: 1-12
- Furenbäck, Ingela (2013), *Utveckling av samverkan - Ett deltagarorienterat aktionsforskningsprojekt inom hälso- och sjukvården*, Avhandling Nordic School for Public Health
- Golant, Benjamin & Sillince, John (2007), *The Constitution of Organizational Legitimacy: A Narrative Perspective*, *Organization Studies*, Vol 28: 1149-1167
- Haller, Dieter & Shore, Cris (2005), *Corruption - Anthropological Perspectives*, Pluto Press, London
- Hearit, Keith (1995), "Mistakes were made": *Organizations, apologia, and crises of social legitimacy*, *Communication Studies*, Vol 46: 1-16
- Human, Sherrie & Provan, Keith (2000), *Legitimacy Building in the Evolution of Small-Firm Multilateral Networks: A Comparative Study of Success and Demise*, *Administrative Science Quarterly*, Vol 45, No 2: 327-365
- IMM.se (2014), <http://www.institutetmotmutor.se/a-10-beslut-av-riksenheten-mot-korruption-den-10-augusti-2006-dnr-c10-3-35-06>
- Jonsson, Stefan et al. (2009), *Undeserved Loss: The Spread of Legitimacy Loss to Innocent Organizations in Response to Reported Corporate Deviance*, *Administrative Science Quarterly*, Vol 54, No 2: 95-228
- Kenney, Martin (1987) *The Ethical Dilemmas of University-Industry Collaborations*, *Journal of Business Ethics*, Vol 6: 127-135.
- Kurzban, Robert & Leary, Mark (2001), *Evolutionary Origins of Stigmatization: The Function of Social Exclusion*, *Psychological Bulletin*, Vol 127, No 2: 187-208
- Lennerfors, Thomas (2007) *The Transformation of Transparency – On the Act on Public Procurement and the Right to Appeal in the Context of the War on Corruption*, *Journal of Business Ethics*, Vol 73: 381-390
- Lennerfors, Thomas (2008) *The Vicissitudes of Corruption: Degeneration, Transgression, Jouissance, Fields of Flow*
- Lennerfors, Thomas (2009) *The Vicissitudes of Corruption: Degeneration, Transgression, Jouissance, Business Society*, Vol 48: 406-418
- Lennerfors, Thomas (2013), *Essä: Slaget om historien rörande Stockholms tanksjöfart, Att skapa en värld - Stena Bulk, Concordia Maritime och marknadsföringens betydelse i tanksjöfarten 1982-2012*, *Breakwater, Göteborg*: 230-239
- Lindberg, Kajsa (2009), *Samverkan, Liber, Stockholm*
- Link, Bruce & Phelan, Jo (2001), *Conceptualizing Stigma*, *Annual Review of Sociology*, Vol 27: 363-385
- Long, Brad & Driscoll, Cathy (2007), *Codes of Ethics and the Pursuit of Organizational Legitimacy: Theoretical and Empirical Contributions*, *Journal of Business Ethics*, Vol 77: 173-189
- MacKenzie, Ronald & Cronstein, Bruce (2006), *Conflict of Interest*, *HSS Journal*, Vol 2, No 2: 198-201
- Meyer, John & Rowan, Brian (1977), *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*, *American Journal of Sociology*, Vol 83, No 2: 340-363
- Michrina, Barry & Richards, Cherylanne (1996), *Person to Person: Fieldwork, Dialogue, and the Hermeneutic Method*, State University of New York Press, New York

Misangyi, Vilmos F. et al. (2008), The Interplay among Institutional Logics, Resources, and Institutional Entrepreneurs, *Academy of Management Review*, Vol 33, No 3: 750-770

Phillips, Nelson et al. (2004) Discourse and Institutions, *Academy of Management Review*, Vol 29, No 4: 635-652

Pozner, Jo-Ellen (2008) Stigma and Settling Up: An Integrated Approach to the Consequences of Organizational Misconduct for Organizational Elites, *Journal of Business Ethics*, Vol 80: 141-150.

Smith, Richard (1985), Doctors and the drug industry in Sweden, *British Medical Journal*, Vol 290: 448-450

SvD.se (2003a), http://www.svd.se/nyheter/inrikes/miljarder-satsas-for-att-paverka-svenska-lakare-lansering-av-nya-lakemedel-dyr-affar-for-skattebetalarna_120670.svd

SvD.se (2003b), http://www.svd.se/nyheter/inrikes/ny-granskning-vacker-oro_120686.svd

SvD.se (2003c), http://www.svd.se/nyheter/inrikes/skattebetalarna-star-for-kalaset_120840.svd

SvD.se (2003d), http://www.svd.se/nyheter/inrikes/sponsrade-resor-stoppas_120835.svd

SvD.se (2003e), http://www.svd.se/nyheter/inrikes/skarpta-etiska-regler-for-moten-mellan-lakare-och-industri_122214.svd

SvD.se (2004), http://www.svd.se/nyheter/inrikes/nu-krackelerar-hela-systemet_146414.svd

SvD.se (2005), http://www.svd.se/nyheter/inrikes/etiska-regler-ska-hindra-mutor-inom-sjukvarden_464853.svd

Stevens, John et al. (2005), Symbolic or Substantive Document? The Influence of Ethics Codes on Financial Executives' Decisions, *Strategic Management Journal*, Vol 26, No 2: 181-195

Suchman, Mark (1995), Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches, *The Academy of Management Review*, Vol 20, No 3: 571-610

Suddaby, Roy & Greenwood, Roystone (2005), Rhetorical Strategies of Legitimacy, *Administrative Science Quarterly*, Vol 50, No 1: 35-67

Williams, Anthea (2005), Genealogy as Methodology in the Philosophy of Michel Foucault, *London Foucault Circle*, September 22nd 2005

Wittgenstein, Ludwig (1992), *Filosofiska Undersökningar*, Thales

Wood, Greg & Rimmer, Malcolm (2003), Codes of Ethics: What Are They Really and What Should They Be?, *International Journal of Value-Based Management*, Vol 16: 181-195

Förteckning över etikavtalen

Årtal	Rubrik	Parter
1981	Överenskommelse	LIF, RUF, LF
1984	Överenskommelse	LIF, RUF, LF
1992	Överenskommelse om läkemedelsinformation	LIF, RUF, LF
1997	Avtal om information och utbildning	LIF, LF
2004	Överenskommelse om samverkansformer	LIF, LF
2005	Överenskommelse om samverkansformer	Sindif, SLF, SKL
2007	Överenskommelse om samverkansformer	LIF, SKL
2011	Överenskommelse om samverkansformer	LIF, SKL
2013	Överenskommelse om samverkansregler	LIF, Swe Medtech, Swe Labtech, SKL

Bilaga 1. Intervjuförteckning

Namn	Organisation	Intervjulängd	Datum
Andy Browning	UU-Innovation	29 min	14-04-04
Annika Remaeus	Innovation Akademiska	77 min	14-04-15
Alf Johansson	Riksenheten mot korruption	42 min	14-05-05
Fredrik Nikolajeff	Uppsala Universitet	63 min	14-03-18
Gunilla Thörnwall Bergendahl	SKL	60 min	14-04-08
Helena Sundén	IMM	27 min	14-03-19
Johan Mörck	Q-linea	26 min	14-03-27
Matilda Holst	LIF	45 min	14-05-07
Petrus Laestadius & Louise Reuterhagen	Swedish Medtech	72 min	14-04-11
Sara Thorslund	Gradientech	31 min	14-04-03
Sune Larsson	Akademiska Sjukhuset Uppsala	25 min	14-04-08