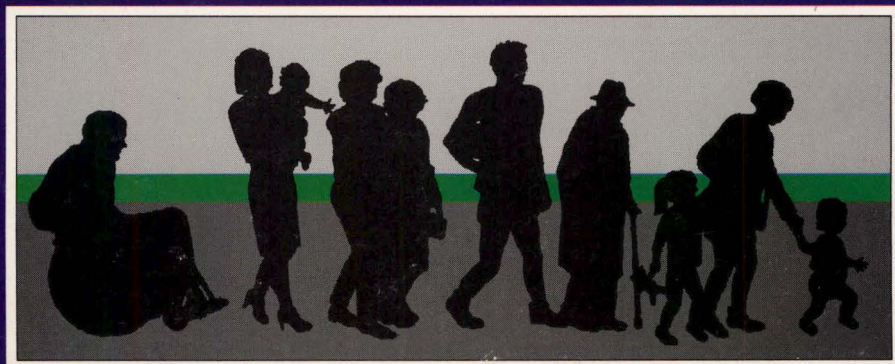


Valfrihet och jämlikhet i vården

RED:

ANDERS ANELL * PER ROSÉN

SNS FÖRLAG



Valfrihet
och jämlikhet
i vården

RED:
ANDERS ANELL
PER ROSÉN

Valfrihet
och jämlikhet
i världen

SNS FÖRLAG

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon 08-453 99 50
Telefax 08-20 62 06

Valfrihet och jämlikhet i vården
Anders Anell & Per Rosén (red)
Första upplagan
Första tryckningen

© 1996 Författarna och SNS Förlag
Omslag: Rickard Frölich
Omslagsillustration: Lotta Ahlin
Sättning: FaktorsTjänst i Malmö AB
Tryck: Norstedts Tryckeri AB, Stockholm 1996

ISBN 91-7150-648-9

Innehåll

Förord 7

Varför en bok om valfrihet och jämlikhet i vården? 9
Anders Anell & Per Rosén

Frihet, jämlikhet, kunskap – patientinflytandets villkor 16
Per Rosén

Om den repressiva omtanken och andra tankar om
patienternas valfrihet 50
Casten von Otter

Valfrihet, konkurrens och offentlig välfärdspolitik:
går ekvationen ihop? 71
Paula Blomqvist

Egenmaktens betingelser i Sverige 96
Lars Trägårdh

Makten över vården 129
Anders Anell

Författarna

Anders Anell är ek dr och chef för Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund. Hans tidigare arbeten har främst behandlat organisationsfrågor, ekonomistyrning och incitament i hälso- och sjukvården.

Paula Blomqvist är doktorand i statsvetenskap vid Columbia University. Hon är också verksam vid Arbetslivsinstitutet i Stockholm. Paula arbetar på en avhandling om marknadsreformer inom den offentliga välfärdssektorn.

Casten von Otter är professor i arbetsorganisation med inriktning på offentlig förvaltning och verksam vid Arbetslivsinstitutet. Han har bedrivit omfattande forskning kring bl a valfrihet i vården, och arbetar för närvarande med arbetsmarknadsfrågor.

Per Rosén är fil kand i filosofi och projektledare inom programområdet "Kvalitet och etik" på IHE. Han har tidigare arbetat med frågor kring prioriteringar och kvalitetsutveckling i sjukvården.

Lars Trägårdh är professor i historia och verksam vid Barnard College, Columbia University. Hans forskning har bl a behandlat svensk och tysk politisk kultur.

Förord

Patienternas rätt att välja vårdgivare och utöva inflytande i vården har varit några av 1990-talets mest omdiskuterade sjukvårdsfrågor. Valfrihet var också tidigt ett av nyckelbegreppen i det omfattande sjukvårdsprojekt som för sex år sedan påbörjades vid SNS, Studieförbundet Näringsliv och Samhälle. De allra senaste åren är det dock andra problem och behov som främst diskuterats. Det har blivit viktigare att föreslå strukturförändringar och genomföra besparingar än att visa hänsyn till enskilda patienters preferenser.

Samtidigt uppmärksammas patientens ställning nu på nytt i många vårdpolitiska dokument, utredningsuppdrag och konferensprotokoll. Patienträttigheter diskuteras flitigare än på länge, och en insikt tycks växa fram om att utan patientmakt riskerar sjukvården att drabbas av en förtroendekris. Mängden behandlingsalternativ växer, liksom medborgarnas krav på delaktighet och inflytande. I vårdens svåra val, med växande gap mellan teknologiska möjligheter och krympande resurser, framstår patientinflytandet som viktigare än någonsin

I denna bok ställs frågan om sjukvården kan möta de nya kraven och samtidigt beakta övergripande mål om en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Boken har redigerats av Anders Anell och Per Rosén, båda verksamma vid IHE, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund. I boken medverkar dessutom Paula Blomqvist och Casten von Otter vid Arbetslivsinstitutet i Stockholm samt Lars Trägårdh, verksam vid Barnard College, Columbia University.

Vår förhoppning är att bokens innehåll skall stimulera till fördjupad diskussion om medborgarnas makt över vården. Som alltid när det gäller SNS-publikationer svarar författarna ensamma för analyser och slutsatser.

Stockholm i september 1996

Göran Arvidsson
forskningsledare, SNS

Varför en bok om valfrihet och jämlikhet i vården?

ANDERS ANELL OCH PER ROSÉN

I början av 1990-talet kom valfrihet i vården att bli en prioriterad politisk fråga. Sjukvården var i "kris" och lösningarna bestod bl a i att bryta upp vårdmonopolet och ge patienterna större inflytande. Traditionellt hade man förlitat sig på politiska och administrativa mekanismer för att förverkliga hälsopolitiska mål och undanröja ineffektivitet; i praktiken blev den medicinska professionens bedömningar ofta avgörande vid beslut om vad sjukvården skulle ägna sig åt. Nu upplevdes detta som ett problem, och i Vägvalsutredningens slutrapport betonades att "Om maktkampen mellan systemet och medborgarna om förfoganderätten över vården skall lösas till medborgarens fördel måste medborgaren ha ett maktmedel som fungerar gentemot systemet" (Landstingsförbundet, 1991, s 39).

Motsvarande diskussioner kring den framtida sjukvårdsstrukturen fördes också inom det omfattande sjukvårdsprojekt som samtidigt påbörjades vid SNS, Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (Arvidsson & Jönsson, 1991). På både nationell och lokal nivå fanns dessutom reformivriga nya regeringar som spädde på förväntningarna om att stora förändringar var att räkna med; i sjukvården liksom inom andra delar av den offentliga sektorn. Valfrihetsdebatten omsattes snabbt i beslut och landstingen introducerade fria val av husläkare, vårdcentraler och sjukhus. För att ge vårdgivarna de rätta incitamenten infördes dessutom principer om att "pengarna skulle följa patienten". Andra beslut i samma riktning gällde landstingens frivilliga uppgörelser

med staten om en vårdgaranti för ett urval behandlingar. De för politikerna så förhatliga vårdköerna skulle avskaffas.

Att sjukvårdens problem, såsom de återspeglas i debatt och media, kan ändras snabbt framgår om vi ser till dagens diskussion. Nu är det knappast kösituationen som utgör sjukvårdens främsta problem; vi tycks till och med ha glömt bort att de långa väntetiderna alls fanns. I dag pratar vi i stället om andra problem och då framför allt om hur nödvändiga besparingar och strukturförändringar skall genomföras och hur den långsiktiga finansieringen av vården skall klaras. För dessa sakers skull tycks många vara beredda att acceptera längre köer, och köerna har också börjat växa igen. Man kan naturligtvis mot denna bakgrund fråga sig om inte en bok om valfrihet i vården är lite otidsenlig. Är det inte så, frågar sig läsaren, att många landsting erfarit att medborgarna egentligen inte önskade sig så många fler valmöjligheter än vad de redan hade? De nya förutsättningarna ledde ju inte till några radikalt annorlunda patientströmmar till vårdcentraler och sjukhus. Och är det inte så att just detta förhållande, tillsammans med större krav på kostnadskontroll, nu används som argument för de inskränkningar i valfriheten som introduceras bland allt fler av våra huvudmän? Jo, och detta är samtidigt huvudskälet till varför vi ställt samman denna bok.

Vi frågar oss om det inte fanns något värde i de beslut om utökad valfrihet som landstingen fattade, och om inte patientmakt är en kraft som kan utnyttjas i vårdens svåra val, med växande gap mellan teknologiska möjligheter och krympande resurser? Vi vill själva tro detta. Men lika fullt tror vi att situationen och handlingsalternativen för framtiden har förändrats radikalt under de senaste fem åren. Sverige är till följd av ekonomiska besvärligheter ett fattigare land i dag, och utvecklingen inom vården skapar kontinuerligt ändrade förutsättningar. Nya strukturer och specialiteter uppstår och mängden behandlingsalternativ växer. Utifrån detta perspektiv anser vi det nödvändigt att bredda och fördjupa diskussionen om valfrihet; patientinflytande framstår som viktigare än någonsin.

Varför en bok om valfrihet och jämlikhet i vården?

Ett av de stora misstagen när besluten om utökade valmöjligheter infördes var att man saknade en långsiktig strategi om vad man ville med "valfrihetsrevolutionen". Valfrihet eller egenmakt, eller vad man nu väljer att kalla företeelsen att brukarna får större makt över produktionen, tycks fortfarande vara en angelägenhet för i första hand politiker och vårdgivare. Befolkningen verkar lika lite involverad i dag som då valfriheten först infördes. Landstingens information har framför allt kommit att ta sig uttryck i allmänt formulerade paroller som "Sök var du vill", "Bestäm själv" eller "Gå vart du vill". I en region uppmanades medborgarna att tänka gränslöst. Fanns det bland allmänheten ett uttalat behov av detta? Ingen visste – medborgarna var åtminstone inte tillfrågade.

Det kan således finnas anledning till självkritik bland makthavarna, och det man inte har gjort tidigare återstår att göra i dag. Utan kunskap, analys och reflektion kring medborgarnas preferenser, saknas förutsättningar för att tillskapa intressanta alternativ. Detta är en del av bakgrunden till det forskningsprojekt kring valfrihet och inflytande i vården som sedan något år tillbaka pågår vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund. I en första rapport redovisades resultaten från en omfattande enkätundersökning bland medborgare och sjukvårdspersonal i fyra län (Anell & Rosén, 1995). Syftet med undersökningen var att få en grov bild av preferenser kring valfrihet och inflytande bland befolkningen, och dessutom jämföra denna bild med vårdpersonalens åsikter. Studien syftade också till att belysa en del av de argument som används i debatten, t ex att valfrihet bara är intressant för unga och friska eller för dem som bor i tätt befolkade områden med gott om läkare, sjukhus och andra vårdgivare.

Av våra undersökningsresultat framgick tydliga skillnader i åsikter mellan olika grupper, framför allt beroende på ålder och utbildning. Vi kunde rent allmänt notera en stark önskan om att kunna välja sin distrikts-/husläkare och sitt sjukhus, framför allt bland de äldre. Viljan att utöva inflytande vid beslut om behandlingsalternativ tycks inte lika ut-

talad, men i denna fråga råder en intressant omvänd ålders-effekt så tillvida att de yngre generationerna och de välutbildade är mer positiva. Det kan finnas flera förklaringar till dessa skillnader. Människors behov av vård varierar under livscykeln, med större behov av kontinuerlig läkarkontakt i de övre åldrarna. Detta skulle kunna förklara att de äldre är så positiva till fria val av läkare; de vill kunna välja en långsiktig läkarrelation som de kan lita på. Yngre generationer är, tillsammans med välutbildade, mindre auktoritetsbundna och har större tilltro till den egna förmågan. De ställer större krav på delaktighet och inflytande och är mer skeptiska till att läkarna ensamma skall fatta beslut om behandlingsalternativ. De är också mer osäkra på om de har tillräcklig kunskap för att kunna välja, och de önskar därför också kompletterande information. Är vården beredd att möta dessa olika preferenser, och då särskilt de yngre generationernas önskemål om större inflytande?

Att olika grupper av individer har skilda åsikter i frågor om valfrihet och inflytande är naturligtvis inte det enda, eller ens det bästa, argumentet för att olika valmöjligheter också bör finnas i vården. Andra argument kan hänvisa till den vårdteknologiska utvecklingen som erbjuder allt fler behandlingsalternativ för en och samma åkomma, eller utgå ifrån att dagens människor uppvisar allt mer individuella livsstilar. Men det finns också motargument. Det kan till exempel gälla att valfriheten hotar att komma i konflikt med andra målsättningar, och då inte minst kravet på kostnadskontroll och målet om en jämlik fördelning av vårdtjänsterna. Syftet med denna bok är att utifrån ett svenskt perspektiv peka på och diskutera dessa argument och motargument, och på så sätt ange valfrihetens och patientinflytandets förutsättningar.

För att förverkliga syftet har vi tagit hjälp av tre forskare – Paula Blomqvist, Casten von Otter och Lars Trägårdh – med ganska olika perspektiv och med varierande erfarenhet av svensk sjukvård. Tillsammans med våra egna bidrag presenteras i boken alltså fem forskarperspektiv på frågan om valfrihet och patientinflytande i vården. Utgångspunkterna tas såväl i filosofi, sociologi och historia som i organisations-

Varför en bok om valfrihet och jämlikhet i vården?

teori och ekonomi. I efterhand har vi konstaterat att balansgången mellan traditionella mål om jämlikhet i vården och nya önskemål om större inflytande för enskilda medborgare blivit central i flera av bidragen, vilket också tydliggjorts i bokens titel.

I den första artikeln, skriven av Per Rosén vid IHE i Lund, diskuteras kravet på patientinflytande i en krympande vårdsektor. I artikeln behandlas begreppen positiv och negativ frihet, dvs skillnaden mellan att vara fri *till* att utföra någonting jämfört med att vara fri *från* olika hinder. I sjukvårdssammanhang skulle skillnaden i princip vara att i det första fallet garanteras tillgång till en kostnadsfri sjukvård, medan betoningen i det andra fallet snarare ligger på patientens inflytande och valfrihet. Är då motsättningen mellan dessa två ideal helt ofrånkomlig? Innebär ett starkt patientinflytande att målsättningen om en god vård på lika villkor äventyras? Vårdens resurser fördelas inte alltid rättvist i dag, och allt fler upplever patientinflytande som en rättvisefråga och inte som ett uttryck för egoism och bristande lojalitet. Samtidigt förutsätter en utveckling mot utökad delaktighet i behandlingsprocessen också skärpta krav på information om vårdens innehåll och kvalitet.

Casten von Otter, professor vid Arbetslivsinstitutet i Stockholm, tar sin utgångspunkt i patienternas valmöjligheter som ett styrmedel i vården. Argumenten för utökat patientinflytande är många och inte minst har kunskapsorganisationer som hälso- och sjukvården behov av tydliga signaler från brukarna. Likaså poängteras valfrihetens betydelse för kvalitetsutvecklingen, men först och främst som ett alternativ till "incitamentsdogmatik" och socialisationsteori. Organisationer utvecklas genom ömsesidighet och socialt beroende, och den aktive och engagerade patienten utgör därför ett omistligt inslag, och är inte endast ett medel i det kortsiktiga egenintressets namn. Den organisationsteori som Casten von Otter presenterar sätter de mänskliga relationerna i centrum, och patientens delaktighet ges ett värde som annars tenderar att marginaliseras i beslutsfattarnas plan- eller marknadsekonomiska kalkyler.

Paula Blomqvist, doktorand i statsvetenskap och verksam vid Arbetslivsinstitutet i Stockholm, resonerar vidare kring motsättningen mellan våra socialpolitiska målsättningar och de nya krafter som förespråkar valfrihet och konkurrens som lösning på sjukvårdens kris. Går ekvationen ihop? Tre målkonflikter presenteras: för det första konflikten mellan valfrihet och kostnadskontroll, för det andra konflikten mellan politisk makt och marknadsstyrning och för det tredje konflikten mellan ökad privatisering och bibehållande av den generella välfärdspolitikens jämlikhetsideal. Med utnyttjande av marknadskrafter inom det offentliga välfärdssystemet erbjöds en gyllene medelväg som skulle lösa flera av de problem som sjukvården brottades med i slutet av 1980-talet. Det finns i dag anledning att stanna upp och begrunda om dessa modeller verkligen höll vad de lovade, och om detta är den väg vi skall gå även i framtiden.

Lars Trägårdh, professor i historia vid Barnard College, Columbia University i New York, har inte samma anknytning till sjukvården som de övriga författarna, men i stället tillför han diskussionen ett vidare perspektiv. Den svenska välfärdsstatens framväxt beskrivs utifrån våra speciella historiska förutsättningar, och i den unika alliansen mellan bondeklass och kungamakt finner vi embryot till våra moderna föreställningar om staten och friheten som även genomsyrat svensk sjukvårdspolitik. Synen på välfärdsstaten bestäms av svenskens obetvingliga längtan efter oberoende, en individualism som paradoxalt nog tagit sig uttryck i kollektiva lösningar. Såväl högerens som vänsterns diskussioner kring valfrihet och egenmakt analyseras utifrån denna svenska kulturtradition, och Lars Trägårdh noterar att vår lust till oberoende är lika stark som vår känsla för solidaritet. Denna individualism har i den politiska retoriken fått stå tillbaka för de mer humanistiska jämlikhetsidealen. Då nu välfärden krackelerar av ekonomiska skäl, blottläggs denna sårbara grund för det svenska sociala kontraktet.

I det sista bidraget, skrivet av Anders Anell vid IHE i Lund, knyts en del av trådarna från de tidigare resonemangen samman, och fokus riktas åter mot det svenska

Varför en bok om valfrihet och jämlikhet i vården?

sjukvårdssystemet. Hittills har valfrihetsdiskussionen i många avseenden kommit att kretsa kring effekter på vårdgivarnas beteenden, och inte utgått från effekter på vårdens kvalitet eller patienternas önskemål. Därför ställs frågan hur långsiktigt hållbart det är att läkare och politiker fattar beslut i frågor som berör brukarnas kvalitetsupplevelser. Denna tradition har medfört att den valfrihet som hittills introducerats främst varit av det formella slaget, och att i praktiken möjligheterna begränsats av differentierade patientavgifter, remisstvång, bristande information och geografiska variationer. Behovet av patientmakt och information växer samtidigt med kraven på ökad kostnadseffektivitet. Kan en introduktion av patienträttigheter skapa balans i den framtida utvecklingen? En fullt genomförd valfrihetsrevolution skulle också kräva nya finansieringsmodeller, och är vi egentligen beredda att ompröva vår traditionella sjukvårdspolitik? Välfärdsstatens omvandling kan ju mycket väl tvinga fram en sådan kursändring.

Det är inga färdiga lösningar som presenteras i denna antologi, och de fem författarna har långt ifrån samma tankar och förhoppningar om hur frågorna långsiktigt kan lösas. Läsaren kommer heller inte att hitta någon sammanfattning av innehållet utan uppmanas i stället att själv ta över där vi slutar.

Referenser

- Anell, A. & Rosén, P. (1995), *Valfrihet i vården: En empirisk undersökning av preferenser hos allmänhet och vårdpersonal*, IHE Arbetsrapport 1995:4, Lund.
- Arvidsson, G. & Jönsson, B. (1991), *Valfrihet och konkurrens i sjukvården*, SNS Förlag, Stockholm.
- Landstingsförbundet (1991), *Vägval – Hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden*, Stockholm.

Frihet, jämlikhet, kunskap – patientinflytandets villkor

PER ROSÉN

Under senare år har frågor kring utökade valmöjligheter i vården rönt stor uppmärksamhet. Såväl patienters val av vårdgivare och behandlingsalternativ som beställares möjligheter att välja bland konkurrerande vårdproducenter har diskuterats. Fokuseringen har främst kommit att ligga på utbudssidan, och diskussionen har till stor del kretsat kring husläkarreformen och etableringsfriheten samt olika former för hur vårdgivarna skall ersättas. De mest engagerade valfrihetsdebattörerna har också varit politiker och vårdproducenter. Mera sällan har frågor ställts kring om det bland allmänheten verkligen finns önskemål om större möjligheter att påverka och välja i vården, och i så fall vilken typ av inflytande man önskar. Denna kunskap borde annars vara värdefull, speciellt i en period som nu då valfriheten tycks vara stadd på reträtt. Vad händer om allmänhetens förväntningar på vården inte infrias, om köerna växer, om etablerade specialistkontakter rivs upp etc?

Valfrihet har använts som politiskt honnörsord i så skiftande sammanhang och med så olika betydelser, att det kommit att bli ungefär lika misshandlat som begreppet "jämlikhet". Knappast någon kan väl undgå att attraheras av löften om större möjligheter att själv få påverka och välja, men naturligtvis är såväl utformningen som utfallet av denna vidgade valfrihet beroende av vilka motiv som föresvävar beslutsfattarna. Syftar förslagen om utökat patientinflytande till att skapa förbättringar av vårdens innehåll och tillgänglighet, att åstadkomma större delaktighet och

engagemang från medborgarnas sida, att sänka kostnaderna eller att helt slugt bereda vägen för ökad privatisering av vårdproduktionen?

I detta avsnitt kommer varken kostnadsaspekten eller privatiseringsargumenten att behandlas särskilt utförligt. I stället diskuteras valfriheten utifrån brukarperspektivet och allmänhetens preferenser. I centrum står frågan om vidgat patientinflytande och ökade valmöjligheter går att förena med de övriga krav som ställs i en offentligt finansierad vårdorganisation, och då framför allt kravet på "en god vård på lika villkor." Utgångspunkten är ett allmänt resonemang kring de båda begreppen frihet och jämlikhet, och därefter appliceras dessa synpunkter successivt på sjukvården och dess speciella förutsättningar. Den amerikanske ekonomen James Tobin hävdar att de svåraste frågorna i den ekonomiska politiken uppstår när valfrihet, effektivitet och jämlikhet råkar i konflikt med varandra. "Det är svårt nog att formulera en intellektuellt försvarbar kompromiss mellan dessa mål, än svårare att finna en kompromiss med politisk livskraft" (1990, s 151). Ämnet är dock så angeläget att denna slutsats tills vidare ignoreras.

Frihetens dubbla väsen

Av hävd har man gjort en distinktion mellan positiv och negativ frihet, även om det också påtalats att denna uppdelning är akademisk och sökt eftersom den ena dimensionen inte går att föreställa sig utan den andra (Feinberg, 1973). I en essä definierar Isaiah Berlin den negativa friheten som "det område inom vilket personer tillåts göra eller vara det som de kan göra eller vara, utan inblandning av andra" (1984, s 133). Positiv frihet är när någon "styr eller ingriper så att en person är eller gör det ena snarare än det andra". Andra definitioner är snarlika, och med negativ frihet åsyftas ofta *frånvaro av hinder* som då andra människor, eller rent av staten, förhindrar människan att göra det hon önskar. Den positiva friheten fokuserar mer på det som en per-

son *kan välja* att göra eller erhålla (Sen, 1988). Hayek talar om den "saxiska" och den "galliska" friheten, och detta mot bakgrund av de politiska traditioner av individualism och centralism som han finner i främst England respektive Frankrike (1983). Ofta benämns de två dimensionerna som "frihet från" och "frihet till".

Anhängare av äganderättens okränkbarhet, inte minst Robert Nozick, lägger tonvikten på vår plikt att låta andra göra vad de har rätt att göra (1974). Motsatsen är till exempel att bedriva aktiv fördelningspolitik och i rättvisans namn göra intrång i äganderätten. Det negativa frihetsbegreppet har framför allt förespråkats i den liberala traditionen, medan det positiva frihetsbegreppet vanligen förknippas med socialistisk politik. I den sociala ingenjörskonsten har ofta inskränkningar i den negativa friheten betraktats som det mest effektiva sättet att åstadkomma ökad (positiv) frihet. Mer omfattande statliga ingripanden anses förbättra förutsättningarna för fler människor, och exempelvis kan en solidarisk fördelningspolitik sägas syfta till att fler skall kunna utöva sin frihet att välja. Dels fördelas rikedomen på ett större antal händer, dels erhåller staten bättre möjligheter att finansiera produktionen av "rätt sorts" tjänster. Genom samhällets kollektiva ansvar för omsorg, sjukvård och andra välfärdstjänster antas individen erhålla de bästa förutsättningarna för att kunna förverkliga det goda livet.

Kritik kan riktas mot båda dessa former av frihetsuppfattningar, och i synnerhet de mer extrema positionerna. Ibland ställs den oinskränkta negativa friheten, med bristen på *medmänsklighet* och *autenticitet*,¹ mot den positiva frihetens inneboende tendens till expansion, och dess förmåga att legitimera många olika typer av förtryck och tyranni. En av Rousseaus välkända formuleringar uttrycker den senare tanken: "Vemhelst som vägrar att lyda den allmänna viljan, han skall tvingas därtill av hela samhället; vilket icke betyder något annat utom möjligen detta, att man måste tvinga

¹ Den sociala identitet förutan vilken människan förvandlas till antingen "ett djur eller en gud" (Aristoteles).

honom att vara fri; ty detta är det villkor som garanterar varje medborgare hans fulla personliga oberoende, i det han överlämnas åt fäderneslandet” (svensk översättning 1919).

Den principiellt viktiga frågan gäller inte motiven för det starka samhället, utan maktansamlingen som sådan, menar den negativa frihetens försvarare. De vill tygla makten i sig, medan den positiva frihetens apostlar vill lägga makten i egna händer och administrera det goda samhället (Berlin, 1984). Det rör sig om två diametralt motsatta ståndpunkter, två helt olika livsinställningar. I den positiva frihetens väsen finns en mekanism som ständigt driver utvecklingen mot ökad kontroll och inblandning, medan den negativa frihetens försvarare är mer defensiva och eftersträvar bevarande av individuellt oberoende. Den som redan besitter goda interna och externa förutsättningar anser sig ofta sakna negativ frihet, dvs frihet från samhällelig inblandning, medan den sämre utrustade framför allt saknar den positiva frihetens möjligheter. Det ligger redan i botten en frihetsbrist av förutsägbart slag.

En utgångspunkt för diskussionen kring patienters möjlighet att utöva inflytande i vården handlar därför med nödvändighet också om politikernas vilja att själva utforma vårdens innehåll. Patienternas bristande kompetens sägs legitimera denna ambition. Enligt den statliga maktutredningen är medborgarna mer missnöjda med sin situation i vården än med andra områden som boende, barntillsyn, skola och kapitalvaruinköp (Petersson m fl, 1989). Vanligtvis råder en viss korrelation mellan missnöje och försök att påverka situationen, men sjukvården utgör ett undantag, och antalet initiativ till att utöva inflytande är färre än vad som skulle kunna förväntas med tanke på andelen missnöjda. Möjligen beror detta på att sjukvården är det område där medborgarnas försök att utöva inflytande lett till sämst resultat (ibid). Den bristande lyhördheten är oroande eftersom statistik från Landstingsförbundet också visar ett ökande missnöje, framför allt bland patienter mellan 18 och 44 år (1994). Under en femtonårsperiod har andelen som anser att de blivit fel eller orättvist behandlade ökat kontinuerligt och omfattar 1994 en tredjedel av de svarande.

Autonomi

Valfrihet och patientinflytande handlar i någon mening också om autonomi, även om det finns starka skäl för att inte sätta likhetstecken mellan dessa begrepp. Autonomi berör snarare *frivillighet* än val och patientmakt, dvs betoningen ligger främst på den *inre friheten*. ”Om jag är min egen herre och kan göra mitt eget val eller ej och om de möjligheter jag har att välja mellan är många eller få, är två helt olika frågor” (Hayek, 1983, s 27). Om frihetsfrågan främst kommit att diskuteras i samband med antingen resursernas fördelning och äganderättens eventuella okränkbarhet eller medborgarnas möjligheter att påverka, så handlar autonomifrågan snarare om värnande av individen och hotet från expertvälde och byråkratisering. Autonomi innebär i de flesta tolkningar att en person styr sig själv och fattar självständiga beslut, vilket är något av en förutsättning för att kunna agera fritt.

För att en individ skall betraktas som autonom, krävs ofta att hon är befriad både från andras kontrollerande inblandning och personliga begränsningar, såsom otillräcklig förståelse (Beauchamp & Childress, 1989). Man hänvisar alltså *både* till interna och externa begränsningar (Young, 1986). I det följande kommer autonomibegreppet att behandlas som den viktigaste förutsättningen för utövande av valfrihet och inflytande. Endast autonoma individer kan vara fria personer. Återkommande i litteraturen kring autonomibegreppet är tre olika villkor: förmågan att a) tänka fritt, b) välja fritt och c) handla fritt på basis av dessa tankar och beslut, krav som *i allt väsentligt* bör vara uppfyllda (Gillon, 1986). I dessa förutsättningar ligger den implicita övergången från att *vara* autonom, till att *handla* autonomt, alltså agera fritt (Beauchamp & Childress, 1989).

Autonomiprincipen kan komma i konflikt med den kollektivistiska välfärdsideologin på många olika sätt. I en offentligt finansierad sjukvård, med tydligt formulerade krav på lika villkor, sker en likriktning av produktionen, vilket kan leda till att individen tvingas anpassa sig till vården, i stället för det omvända. A.J. Culyer, en av de utländska hälsoeko-

nomer som inbjöds att granska det svenska sjukvårdssystemet i början av nittiotalet, noterade ett "pragmatiskt synsätt": "Det [sjukvårdssystemet] innehåller också en tydlig spänning av det slag som vi uppmärksammade flera gånger under vårt besök: det var allmänt accepterat att den tekniska kvaliteten på vården var mycket god, men det var lika accepterat att patientens individuella inflytande hade gått förlorat" (Culyer, 1992, s 44).

Anhängare av autonomiprincipen menar ofta att en generell välfärdsolitik kräver så omfattande åtgärder att de till sist förkväver individens utveckling och skapar en osund anpassning till institutionaliserade och auktoritära förhållanden. Kollektivisterna säger å sin sida att det är just detta offentliga åtagande som gör det möjligt för andra än bara ett fåtal individer att förverkliga sina fritt valda livsprojekt. Därmed utökas medborgarnas frihet genom statens insatser. Denna dikotomi mellan autonomiprincipen och den kollektivistiska principen – och de positiva och negativa frihetsidealerna – präglar hela det politiska tänkandets historia, och de står ur en synvinkel mot varandra på ett självklart sätt, dvs de förhåller sig till varandra som kommunicerande kärl (Rothstein, 1994).

Den starka staten

Statens (i vid bemärkelse) storlek och dess välfärdsuppgifter har betydelse för de konflikter som här illustreras. Vissa samhällskritiker hävdar att byråkratisering och storskalighet fjärrmat medborgarna från makt och inflytande, och en del drar slutsatsen att störst frihet råder då statens inflytande är som minst. Kritik mot den "stark-starka" välfärdsstaten har framförts även av anhängare till kollektiva lösningar och en dominerande offentlig sektor. Man har reagerat mot en tilltagande ofrihet och vanmakt. I SSU:s handlingsprogram 1993 sägs t ex: "Den unga socialdemokratin accepterar varken att individens inflytande inskränker sig till den passiva konsumentens eller till rätten att utöva inflytande över beslut som slutligen fattas av andra. Vi talar

om makt över den egna vardagen, om egenmakt." I socialdemokraternas 90-talsprogram står att läsa: "Tvivlet gror: har välfärdssamhället i all sin välvilliga omtanke tagit över så många sociala uppgifter från familj, vänner, oss själva, att livet blivit opersonligt och ansvarslost och vi själva blivit hjälplösa?" (SAP, 1989). I dessa program är det politiska målet ökat inflytande och stärkt medborgarmakt *inom* den offentliga tjänstesektorn.

Den andra typen av kritik är mer genomgripande. Staten har tillkommit för att begränsa vissa friheter, och "att nu avkräva staten mera frihet, är att kräva av skraddaren att han skall vara bagare" (Zaremba, 1991). Staten skall effektuera våra beställningar, och inte anlägga synpunkter på vilka friheter medborgarna bör ha eller inte ha. "Om staten har sådana ambitioner måste vi värja oss, för det betyder att den också har receptet på vad lycka är, och då är vi redan långt inne i Orwells 1984" (ibid). I denna text framskyntar bilden av den expansionistiska staten, uppfylld av sin positiva frihetsvision. Som motvikt står den engagerade medborgaren, deltagaren, som i staten endast ser den *verkställande* makten, inte den styrande. Statens uppgift är alltså, enligt Zaremba, inte att introducera (eller administrera) olika former av frihetsreformer, utan i stället inskränka sin egen verksamhet och minimera de frihetsbegränsningar man redan infört. Många har också dragit slutsatsen att individens medborgerliga friheter skyddas bäst genom införande av juridiskt bindande individuella rättigheter.

Då staten växer, krymper friheten, och enda sättet att öka friheten är att krympa staten. En sådan begränsning av de offentliga åtagandena torde dock med nödvändighet leda till ökad privatisering och/eller brukarfinansiering, vilket i sin tur skapar en ideologisk diskussion där frihet och rättvisa ställs i ett mer antagonistiskt motsatsförhållande. Nu tycks ändå en ganska stor enighet råda kring de värderingar som för närvarande styr finansieringen av hälso- och sjukvården. Därför väcks frågan om det går att stärka individens ställning *inom* den offentligt finansierade hälso- och sjukvården? Den stora utmaningen blir då att forma en vårdorganisation

som samtidigt kan tillfredsställa både individuella preferenser och övergripande hälsopolitiska målsättningar. Svårigheterna är dock formidabla, säger bl a valfrihetsförespråkarna Saltman och von Otter (1987, s 25).

Frihet att välja

De skäl som bl a von Otter, Saltman och Rothstein anför till valfrihetens försvar är också sprungna ur en insikt om att medborgarnas förtroende för välfärdsstaten kan stå på spel. Om inte allmänhetens preferenser och möjlighet till inflytande uppmärksammas, finns en risk för att medelklassen släpper förtöjningarna och söker dessa tjänster utanför den offentliga sfären. "Ett sannolikt utvecklingsmönster är att dessa grupper efter ett sådant val mycket snart kommer att ställa sig frågan varför de skall betala två gånger, först för den specialiserade service de själva önskar och sedan för den offentliga standardvarianten som de inte efterfrågar men som går till 'de andra', dvs de som inte har råd att gå utanför den offentliga sektorn" (Rothstein, 1994, s 237).

De nämnda författarna resonerar också kring medborgarnas korrigerande makt, dvs genom att välja bort vårdproducenter, eller åtminstone "hota" med detta, ger man en tydlig signal till vårdorganisationen om att man inte är nöjd. Valfriheten fungerar som ett medel för att upphäva det "demokratins svarta hål" som finns i de offentliga, tjänsteproducerande organisationer som saknar direkt politiskt ansvar. Rothstein skriver: "Organisationer som inte får ett slags signal när de gör något rätt, och ett annat slags signal när de gör något fel, kommer i längden att göra mera fel än rätt" (1994, s 242). Saltman och von Otter konstaterar i sin tur att "... kommer alla signaler och alla belöningar från politiker och chefer kommer ögon och öron att vändas åt fel håll" (1990, s 9).

Den kritik som riktas mot det rådande producentstyret bottnar både i missnöje med resursernas fördelning och vårdorganisationens bristande lyhördhet för brukarnas preferenser. Argumenten är i första hand motiverade av en om-

sorg om den offentliga vårdapparatusens utveckling och överlevnad. Samma ambition kommer att ligga implicit också i det resonemang som förs här, men samtidigt måste frågan ställas om den "specialiserade service som medborgarna önskar" verkligen går att finansiera inom samma ramar som den "offentliga standardvarianten". Den offentligt finansierade vården bör kunna möta krav som reses från såväl enskilda vårdsökande som samhället i stort. Därför kan det finnas anledning att diskutera vilka former av patientinflytande som rimmar med hälso- och sjukvårdslagens paragraf om en "god vård på lika villkor", och överensstämmer med allmänhetens känsla för rättvisa. Måhända skulle en sådan diskussion visa att det bland allmänheten finns en vilja att i större utsträckning påverka både den egna konsumtionen och finansieringen.

En centralt administrerad solidaritet, och en fördelning av livets håvor enligt ofelbara rättvissekalkyler – är denna vision ens möjlig? Dagligen förser oss massmedia med exempel på hur samhällets resursfördelning uppstår som en konsekvens av gruppegoistiska kraftmätningar och enskilda nyttomaximerares soloprestationer. Politiken och välfärds-samhället lider också av en allmän legitimitetskris som bidrar till en försvagning av den allmänna solidaritetskänslan. För att *önska* solidaritet, måste medborgarna också *känna* solidaritet. Denna känsla upprätthålles endast i den mån som allmänheten sympatiserar med välfärdsprojektens målsättningar, och dessutom upplever en rimlig grad av målpuppfyllelse. Frågan är därför inte enbart av teknisk natur, utan berör våra gemensamma normer och värderingar: "Samtidigt som den medborgerliga kompetensen har ökat, har anspråken på delaktighet, inflytande och rättvisa blivit större. Om dessa anspråk inte tillgodoses, växer sig missnöje och känslor av vanmakt starkare, något som i sin tur leder till minskat förtroende för de samhälleliga institutionerna, som inte kan tillfredsställa de växande anspråken" (Pettersson, 1992, s 6). Går det då att förena ökade anspråk på både delaktighet, inflytande och rättvisa?

Jämlikhet

Det råder ett komplext förhållande mellan begreppen frihet och jämlikhet, och inte minst aktualiseras därmed skillnaden mellan positiv och negativ frihet. Förra SSU-ordföranden Thorwaldsson skriver: "Om man driver jämlikheten för långt kvävs friheten, och om man driver friheten för långt kvävs jämlikheten" (1994, s 38). Partikamraten Leif Linde tycks däremot utgå från ett mer positivt frihetsbegrepp när han hävdar att "Jämställdhet är en förutsättning för frihet" (SvD, 12/7 -95). Denna tolkning anknyter tydligare till arbetarrörelsens tidiga ideologer, som betraktade jämlikheten som ett medel för att nå frihet, även för de mindre bemedlade (Ljunggren, 1994). Också Dahrendorf refererar till dessa ursprungliga intentioner: "Equality seemed desirable because men are different, and in order to enable people to be different in their own right rather than at the expense, or at the mercy, of others. The purpose of equality is inequality, the purpose of general rights is different individual lives" (1979, s 122). De skilda tolkningarna behöver inte bero på ideologiska skillnader, utan kanske skulle även de gamla pionjärerna – om de gavs möjlighet – hålla med Thorwaldsson om att det faktiskt finns gränser.

Råder det då framför allt brist på jämlikhet eller frihet i den svenska sjukvården? Svaren varierar naturligtvis beroende på vilka vårdområden som berörs, vilken typ av patienter och vilken vårdgivare som fokuseras. Utökad valfrihet, menar kritikerna, resulterar i att de välutbildade, medicinskt kunniga och de röststarka utnyttjar sina bättre förutsättningar för att välja rätt vård, medan de oiniterade, ofta lågutbildade och ekonomiskt sårbara håller till godo med de vårdgivare och de behandlingsalternativ som erbjuds. Sker då inte detta redan, och är det inte då mer rättvist att försöka utöka numerären i den förra gruppen och ge fler människor möjlighet att utöva inflytande över den egna vården? Den behovsstyrda, jämlika vården fungerar nämligen inte alltid som den svages stöd, utan ofta som ett alibi vid resursneddragningar och avgiftshöjning-

ar. De kunniga och resursstarka skaffar alltid sina förmåner, men för de mer lätthanterliga och svaga grupperna kan resursbristerna motiveras med att det annars inte kommer att räcka åt alla.

Formell valfrihet eller stärkt patientinflytande bör därför heller inte betraktas som påhitt ägnade att skapa större orättvisor i vårdutnyttjandet. Sådana inslag utgör tvärtom skydd för att inte bara de företagsamma patientgrupperna skall kunna tillskansa sig bättre sjukvård. Både samhället och människorna har förändrats, och vi har anpassat oss till välfärden. Den jämlikhet som tidigare garanterade de svagas lika möjligheter kan i en tid av krympande resurser i stället användas som argument mot individuell hänsyn. Inte ens då vi drabbas av skada, sjukdom eller svaghet bör vi enligt detta ideal låta våra behov styras av "individualism och egenintresse". Endast de välutbildade och sjukvårdskunniga förmår ta sig igenom en sådan mur av producent- och politikerstyre och få sina krav tillgodosedda, medan de röstsvaga och osäkra nöjer sig med beskedet att de i solidaritetens namn måste nöja sig med vad som erbjuds.

Den moderne medborgaren är i många avseenden tillräckligt kompetent för att kunna utöva inflytande om bara möjligheterna erbjuds. Dessutom är behovet av individuella lösningar större eftersom en komplex värld skapar komplexa människor med speciella behov (Giddens, 1994). Det gamla industrisamhällets rutinarbeten har ersatts av kunskaps- hantering och tjänsteproduktion. Individuell kreativitet och initiativkraft uppmuntras, och enhetslösningar fungerar inte lika bra i dag som då samhället var mer homogent och de kulturella skillnaderna små. "Västvärldens medborgare som tidigare var villiga att offra sin individuella autonomi för ekonomisk och fysisk trygghet, är allt mindre villiga till detta" (Rothstein, 1995, s 126). De tar tryggheten för given och söker i stället andra former av självförverkligande. De förändringar som aktualiserar diskussionen är alltså medborgarnas ökade kompetens, mer varierade och individuella önskemål samt större krav på autonomi och inflytande. Kan dessa krav tillgodoses inom ett system där servicen skall

vara lika för alla, eller är det möjligen så att endast en del av de vårdsökande kan få sina önskemål tillgodosedda inom nuvarande ramar?

Vård på lika villkor?

Kanske den lojale skattebetalaren finansierar en offentlig vårdapparat som inte fördelar vård på lika villkor. Kan det vara så att privilegierade grupper kan ta gemensamma resurser i anspråk för tjänster som av en eller annan anledning inte kan utnyttjas av andra grupper? I en enkätstudie tillfrågades närmare 500 läkare, sjukvårdspolitiker och administratörer om de ansåg att sjukvården uppfyllde kravet på en vård på lika villkor (Björk & Rosén, 1994). Endast hälften av de tillfrågade svarade "ja". Läkarna var minst benägna att instämma. Naturligtvis kan svaren förklaras med att ambitionsnivån är hög, och att utan nuvarande solidariska finansiering skulle vården vara än mer ojämlig. Det är otvivelaktigt så. Det framgår heller inte om de negativa respondenterna åsyftar orättvisor på individ- eller gruppnivå. Poängen är dock densamma, nämligen att krävande och kompetenta vårdsökande kan ställa krav som är beroende av en långtgående solidaritet hos andra.

Skulle det kunna vara så att en större rättvisa etablerades om högre patientavgifter krävdes för större valmöjligheter? Det bör noteras att denna princip redan är i bruk, vad gäller vissa val av vårdgivare. I flera landsting praktiseras i dag skilda taxor inom specialistvården, beroende på om besöket sker efter remiss eller fritt vårdsökande. Det förekommer även högre avgifter vid besök hos privatläkare utan vårdavtal. Detta förhållande har också föranlett en del kritiker att hävda "att plånboken får styra läkarvalet", och att endast de välbeställda får råd att välja i vården (Toremalm, SDS 4/5 -95, Åsare, SDS 11/5 -95). Socialministern replikerade den gången att de rika alltid har större valmöjligheter än de fattiga, och därför är det extra viktigt att tillgodose de viktiga hälso- och sjukvårdsbehoven på ett bra sätt med offentlig finansiering (Thalén, SDS 26/5 -95). Kanske är ti-

den slutligen mogen för en övergripande diskussion kring vilka de *mindre* viktiga hälso- och sjukvårdsbehoven är, och hur de lämpligen bör finansieras.

Frågan tycks alltså inte vara *om* vårdsökande som önskar större valfrihet skall betala mer, utan snarare *hur mycket* mer, och *vilka* valmöjligheter som skall finnas inom ramen för en i grunden offentligt finansierad vård. I bl a Malmöhus län introduceras vid årsskiftet nya taxor som innebär att besök hos specialistläkare utan remiss kostar 260 kronor, besök med remiss 140 kronor. I den av IHE genomförda enkätstudien bland allmänhet och sjukvårdspersonal ställdes ett par frågor kring patientavgifter (Anell & Rosén, 1995). På en direkt fråga visade sig beredskapen att betala högre patientavgifter för större valmöjligheter och ökat inflytande vara låg, trots att en stor andel sade sig vara intresserade av dessa möjligheter. Då allmänheten däremot ombads välja mellan ett antal modeller med olika grader av valfrihet och avgifter, visade det sig emellertid att en majoritet var beredd att acceptera i det närmsta dubbelt så höga patientavgifter i jämförelse med vad som gällde vid tidpunkten, för att behålla fritt val av allmänläkare och sjukhus utan remisstvång. Viljan att behålla nuvarande valmöjligheter tycks således vara stark.

Socialförsäkringen och sjukvården betraktas ibland som självklara samarbetspartners. Vissa patienter som tvingas vänta på sin behandling utsätts för ökad risk att förtidspensioneras, kostnaderna för deras behandling och sjukpenning ökar och inkomstbortfallet likaså. En strävan har därför funnits att garantera dessa patienter snabbare behandling, och 1994 avsattes 510 miljoner kronor ur den allmänna hälso- och sjukvårdersättningen till detta samarbete. I en motion till Landstingsförbundets kongress 1994 konstateras att insatserna varit samhällsekonomiskt lönsamma. Motionsförfattarna yrkar därför på att få utöka samarbetet, men i styrelsens yttrande konstateras att "det faktum att försäkringskassans verksamhet är inriktad mot den yrkesverksamma delen av befolkningen gör givetvis att problemlösningen fokuseras till denna grupp. I förlängningen (...) finns

det en risk att detta kan leda till att principen om vård på lika villkor äventyras." Smärtgränsen för när den jämlika vården äventyras tycks, åtminstone i detta fallet, gå ungefär vid den punkt då de riktade medlen överstiger en halv miljard kronor.

I Rawls anda skulle dessa riktade medel till försäkringskassans klienter kunna motiveras om det gick att bevisa att dessa produktiva medborgare vid en snabbare behandling och rehabilitering bidrar till sjukvårdens utveckling. Det uttryckliga kravet är att utökad valfrihet för några, kanske till och med bara ett fåtal, samtidigt är till största möjliga nytta också för de sämst ställda (Rawls, 1972). Skillnaden i utfall kan visserligen öka, men även den som erhåller minst förbättringar upplever en positiv förändring. Är detta en form av rättvisa som kan tilltala både beslutsfattare och brukare av vården?

Rawls rättvis princip är inte helt oproblematiske. Om de "starka" gör val som är bra för dem, medan de "svaga" väljer att inte välja, leder då inte detta till att de senare därmed också cementerar sitt beroende av rådgivare och producenter som kanske många gånger ratats av de mer nogräknade konsumenterna? Har den enskilde medborgaren någon rimlig chans att i grunden påverka sin vårdsituation om hon inte förfogar över vare sig pengar, kontakter eller medicinsk kunskap?

Utförningen av regelverk för patienters fria val blir med nödvändighet en fråga som också berör vår människosyn. Det gäller dels i vilken utsträckning människor är kapabla att fatta beslut och ta större ansvar för den egna hälsan, och dels vilka konsekvenserna blir om endast några utnyttjar dessa möjligheter.

Problematiken kan lite tillspetsat uttryckas i frågan om det offentliga systemet syftar till att alla får tillgång till samma tjänster, eller att ingen får tillgång till något som inte alla har tillgång till. Innebörden är densamma, men den andra formuleringen har en restriktiv klang som antyder att bristen på frihet är större än bristen på jämlikhet. Enligt Hayek är det inte nödvändigtvis en traditionellt jämlik för-

delning av frihet som leder till det bästa resultatet: "De fördelar som jag utvinner ur friheten är sålunda väsentligen ett resultat av att andra utnyttjar friheten och framför allt av att de utnyttjar den på sätt som jag själv aldrig skulle ha haft möjlighet till. Det är därför inte nödvändigtvis den frihet som jag själv kan begagna mig av som är viktigast för mig. Det är otvivelaktigt viktigare att allt kan prövas av någon än att alla kan göra samma saker" (1983, s 43). Här beaktas alltså den "evolutionära dynamiken" i valfriheten, snarare än den individuella fördelen (eller den kortsiktiga egoismen).

Vård(givar)ens svåra val

I prioriteringsutredningen *Vårdens svåra val* sägs att då resurserna är begränsade kan det vara rimligt för vårdgivaren att välja den näst bästa behandlingen. En stålprotes är billigare än en titanprotes, men håller inte lika länge. "Det får anses vara acceptabelt om en läkare, som ofta är fallet, väljer en stålprotes till en patient som är över 80 år, medan en patient som är 70 år och kanske skulle behöva en ny operation efter några år, får en titanprotes" (SOU 1995:5, s 120). Varför får inte den enskilde patienten välja själv? Kan man tänka sig att den vitale 80-åringen med obruten livsaptit kanske betalar mellanskillnaden själv? Svaret på frågan är delvis beroende på vilka 80-åringar som i dag erhåller den bättre protesen, och på vilka grunder denna särbehandling i så fall sker. *Medicinskt* motiverat är det alltid – protesen är ju bättre!

Den prioriteringsdiskussion som förts i Sverige förutsätter som något självklart att dessa svåra beslut skall fattas av huvudmännen och politikerna (vilket i de flesta fall har lett till att läkarna gör det), och att medborgarna och vårdkonsumenterna saknar förutsättningar att delta i diskussionen. Tanken på att behöva ta ansvar i dessa frågor väcker oro och ångest, konstaterar en del forskare, och allmänheten är därför heller inte mogen att hantera information om vårdens re-

sultat (Språkinformation, nr 8, 1995). Den "sensitiva paternalism" som här kommer till uttryck har ofta tagit som utgångspunkt att respekt för patientens autonomi förutsätter en viss återhållsamhet med information och delaktighet (Deber, 1994). Patienten skall inte påtvingas något som denne inte vill ha.

Samtidigt kan det argumenteras att just autonomikravet innebär att större hänsyn bör visas individuella preferenser och att personligt inflytande över den egna vårdssituationen bör uppmuntras. Man ser då inte den från ansvar befriade patienten som den person till vars skydd autonomiprincipen främst syftar. Genom nya utmaningar och ökat ansvar för den egna livssituationen vidgas i stället personligheten: endast genom att praktisera valets och patientinflytandets möjligheter, och alltså utmana den eventuella ångesten och oron, skapas kompetens och väljarmakt. Det är denna utveckling som autonomiprincipen vill skydda, och det är därför många gånger ren cynism att omyndigförklara patienten med hänvisning till autonomiprincipen.

Naturligtvis föreligger fall då information kan kränka autonomi, framför allt då informationen är felaktig, vinklad, överflödigt eller på annat sätt destruktiv (Beauchamp & Childress, 1989). Det som därför utmärker den skicklige vårdgivaren är förmågan att kunna avgöra *hur* och *när vilken* information skall förmedlas *till vem* – en förmåga som uppövas i dialog. I Vårdpropositionen 1994/95:195 konstateras att "patienten inte alltid behandlas som en likvärdig part med förmåga till eget ansvarstagande i mötet mellan vårdtagare och vårdgivare" (s 32). Denna brist i behandlingen motiveras ofta med "asymmetri" vad gäller information och kompetens. Många gånger tycks man betrakta det som ett oöverstigligt hinder för den behandlande läkaren att informera patienten om vilka alternativ som föreligger och vilka dess förväntade konsekvenser är för att patienten sedan utifrån denna information skall kunna ta ställning till behandlingen.

Att värna patientens autonomi och rätt till självbestämmande kan visa sig nödvändigt om man vill undvika att bru-

karna väljer exit-dörren och i stället söker den negativa frihetens välsignelser. De yngre generationerna upplever sig vara tillräckligt medvetna för att i större utsträckning få vara med och påverka utformningen av de offentliga tjänster man erhåller. Statens "styrande intelligens" fungerar effektivt i ett samhälle med fasta, homogena livsmönster, men är utsiktslös i dagens moderna, komplexa samhällsmönster (Giddens, 1994). Autonomi, och inte egoism, är kännetecknande för den form av individualism som börjar växa sig starkare (Pettersson, 1992). Detta innebär att ökat patientinflytande inte behöver vara något negativt som hotar våra *grundläggande* värderingar, eller ens leder till krav på omfattande reformer. Frågan är om man inom hälso- och sjukvården förmår att i den positiva frihetens namn uppmuntra patientens egen förmåga till kompetenta val, snarare än att bara förmedla en i förväg definierad vårdplan.

Individens förutsättningar

Möjlighet att välja vårdgivare är *en* form av patientinflytande. Eftersom diskussionen ofta förts utifrån producentperspektivet, har också den största uppmärksamheten kommit att ägnas möjligheten att välja sjukhus, specialist, husläkare, distriktssköterska eller vad det nu har gällt. För en del betraktare utgör omfattningen av alternativa driftsformer en indikator på graden av valfrihet, men att uteslutande se till andelen privata vårdgivare är att banalisera diskussionen. Mer betydelsefullt än ägandestrukturen är rimligen den enskilde patientens möjligheter att utöva inflytande, t ex genom att kräva information, utlåtande från annan läkare, delaktighet i beslutsprocessen eller helt enkelt tillgänglighet.

Valfrihet i vården är inte endast en fråga om att välja vårdgivare. Det kan i stället handla om aspekter som val av behandlingsform, möjlighet att välja bort vårdgivare eller behandling, tidsbegränsning av valets giltighet eller kanske rent av möjlighet att välja bort valfriheten. Många gånger

kan uppgiften vara att delta i beslut som begränsar friheten. Val av agent kan vara ett sätt att överlämna framtida beslut till någon annan, exempelvis en husläkare. Ibland inskränker vi frivilligt vår valfrihet för att vinna tid, kraft och energi för viktigare och mer väsentliga valsituationer. Det är då inte mängden val, inte mängden alternativ, utan individens bedömning av den aktuella valsituationens betydelse, relativt andra valsituationer, som ger situationen värde. Att själv få vara med och utforma valsituationen och kunna påverka vilka val som är centrala, är kanske det allra viktigaste för oss? Därför är det heller inte säkert att valfriheten ökar då närsjukhuset läggs ned, och befolkningen i stället kan välja vilket av de tre grannsjukhusen man vill anlita.

Möjligheten att kunna påverka själva valsituationerna, vilka alternativ som bör accepteras och relationen mellan valen är en viktig del av "frihetsdynamiken". Motivet för att introducera utökade valmöjligheter är ofta att via förändrade attityder och stärkt brukarengagemang skapa förutsättningar för individens självförverkligande och fördjupade egenansvar. Det kan tänkas att människans behov av att styra sig själv innebär en önskan om att få *deltaga* i den process varigenom kroppens tillfrisknande styrs. En sådan inställning bottenar inte i en längtan efter en förstärkt kundidentitet, utan snarare efter möjligheter att kunna *påverka* de faktorer som utgör frihetens yttre förutsättningar. Det är ett uttryck för en strävan efter autonomi och frihet från andras dominans och maktutövning.

Valfrihet i bestämda situationer, med av någon myndighet godkända alternativ, behöver således inte vara den enda eftersträvansvärda formen av frihet. Naturligtvis önskas skydd mot det rent hälsovådliga, men åsikterna om vad som främjar hälsan skiljer sig ofta åt, och de individuella önskemålen går inte så lätt att generalisera. Om alla har samma preferenser behövs ingen frihet. Då handlar det bara om att med bästa möjliga precision fastställa det optimala alternativet, den enda godkända lösningen. En socialdemokratisk riksdagsledamot (W. Andersson, SDS feb -95) talar välvilligt om valfriheten men påpekar också att "den politiska uppgif-

ten – att försöka etablera en ordning där det egna valet stämmer överens med en utveckling som ligger i det allmännas intresse – är angelägnare än någonsin”. (Jfr Edmund Burke: ”Varje förnuftig varelses förmodade vilja står i samklang med tingens inneboende ordning.”) I kravet på en mer ”välansad” valfrihet skymtar drömmen om val med endast ”goda alternativ”, där ingen fattar ”dåliga” beslut. Den mest angelägna uppgiften är inte att försöka garantera att den enskilde väljer det som också ligger i det allmännas intresse, utan att etablera så rättvisa förutsättningar som möjligt för alla individer att kunna påverka den vård som erbjuds dem.

Information om valmöjligheter

Den vårdsökande medborgaren bör vara informerad om vilka valmöjligheter eller vilka alternativ som finns, och även så i någon mån vara införstådd med alternativens särskiljande egenskaper. Många gånger tycks de politiska besluten om ökade valmöjligheter i vården lite halvhjärtade. Uppföljningar av besluten sker inte, information saknas och det finns heller inga incitament för att främja patientträakheten. I Stockholm har flera utredare kritiserat bristen på information till allmänheten, och förhållandet är detsamma i många andra landsting. Man kan av politiska skäl vara för en utökad valfrihet, men av ekonomiska skäl vara emot detsamma. När besluten är fattade, saknas kanske incitamenten för att informera om det nya utbud som står till förfogande (Rosén, 1993). Medborgarna förblir oinformerade.

Olika studier har visat att allmänhetens kunskaper om rättigheter och valmöjligheter i vården är ganska bristfälliga, och ofta förklaras detta med att intresset för dessa frågor är lågt så länge man är frisk. Ett annat skäl kan naturligtvis vara de ständiga förändringar och nya villkor som introducerats inom landstingen. Kunskaperna om vilka villkor som gäller för val av allmänläkare varierar stort mellan olika befolkningsgrupper (Anell & Rosén, 1995). Framför allt tyder variationerna mellan landstingen på att inte alla vårdgivare lyckats lika bra med sina informationsinsatser. I landsting-

en med de bäst informerade medborgarna är närmare 90 procent införstådda med vilka villkor som gäller, och i landstinget med de sämst informerade invånarna är siffran bara drygt 50 procent.

Enligt en kartläggning i Dagens Medicin (4/95) råder i praktiken remisstvång i många landsting – trots att politiska beslut om detta saknas. Nio huvudmän i de undersökta landstingen tillämpade remisstvång formellt och åtta huvudmän använde inte remisstvång. Däremot befann sig nio huvudmän i en gråzon där formellt remisstvång saknades, men där sådant ändå tillämpades. Godtycket var stort, och ”aktiva och drivande patienter” hade större möjligheter att träffa specialistläkare. I artikeln konstateras att ”patientens ställning i vissa landsting är mycket svag” och att många landsting bryter mot paragrafen om vård på lika villkor. Ytterligare tecken på att informationsinsatserna är bristfälliga är det faktum att i några av fallen visste inte ens den egna landstingsledningen vilka förutsättningar som gällde.

Information om vårdgivare

IHE-studien om valfrihet (Anell & Rosén, 1995) visar också att de flesta är ganska tveksamma till sin förmåga att göra informerade val av allmänläkare, detta trots att man ändå säger att man *vill* välja allmänläkare. Valmöjligheten tycks ha ett värde i sig. I valsituationen formas ett personligt ställningstagande och i den erbjudna möjligheten ges kanske någon form av erkännande av individens rättigheter. Den mer prosaiska tolkningen säger att den dag det blir aktuellt att söka allmänläkare, då skaffar sig den vårdsökande också information, men innan dess är frågan om val av vårdgivare relativt ointressant. De yngre åldersgrupperna är mycket mer osäkra på sin kompetens att välja än vad de äldre grupperna är, och därför också mer intresserade av att få ytterligare information. Samtidigt poängterar de betydelsen av att personalen lyssnar och informerar.

I det mer konsumentorienterade amerikanska sjukvårds-

systemet finns en uppsjö av databanker som informerar om det mesta, till och med enskilda läkares missbruksproblem, prickningar och medicinska resultat (Wirshubsky, 1995). Federala och statliga organ flyttar fram gränserna, och möjligheterna för vårdkonsumenterna att hålla sig informerade växer för varje dag. Även patientföreningar och konsumentorganisationer samlar data och publicerar resultaten. Om än effekten på patienternas val inte skall överdrivas, eftersom förmodligen de flesta specialistbesök sker efter rekommendation från läkare, så har publicering av medicinska resultat lett till andra förändringar och kvalitetsvinster (Dagens Medicin 21/95). Om informationskravet kan fungera som utlösare för kvalitetsutvärdering är det kanske ett resultat gott nog. Kritik kan förmodligen riktas mot vissa resultat, främst viktningen av olika riskfaktorer vid värdering av enskilda läkares operationsresultat, men slutsatserna hittills tyder inte på att vare sig läkarna, patienterna eller myndigheterna beklagar utvecklingen mot större öppenhet.

I Sverige är inte engagemanget lika stort. Ofta varnas för en utveckling där information från databaser och kvalitetsmätningar skall komma i händerna på allmänheten utan att dessförinnan ha analyserats och bedömts av berörda myndigheter, ett krav som rimligen bidragit till att bromsa utvecklingen. Undersökningar av medicinska resultat och patientupplevelser används främst internt inom vården, och inte för att informera allmänheten. "I många fall kan man t o m tala om aktivt informationsförbud", säger utredaren Göran Dahlgren. Han fortsätter: "Enligt dagens norm bör således information om förhållanden inom vården som har betydelse för bedömningar av bl a vårdens kvalitet inte delges patienten, om det kan skada en läkarkollega. Däremot bör patienten delge läkarna sina erfarenheter av vården men undvika att informera andra om eventuella brister via massmedia. (...) Mycket aktiva medborgare kan dock få del av information om vilka läkare som gjort så allvarliga misstag att de prickats av ansvarsnämnden" (1994, s 193).

Det har även i Sverige förekommit diskussioner kring enskilda klinikers eller kirurgers operationsfrekvenser och re-

sultat, t ex i frågan om vid vilka kliniker barnhjärtkirurgi skall utföras. Först sedan stora skillnader i mortalitetsfrekvens kunnat påvisas, lyckades Socialstyrelsen och patientföreningen driva igenom att operationerna skulle koncentreras till två kliniker i Sverige. Det remarkabla i sammanhanget var snarast att kirurgerna vid de hotade klinikerna kunde fortsätta att bedriva sin verksamhet så länge som de gjorde (se debatt i Läkartidningen, 1994). Vilka skillnader i kompetens det finns mellan enskilda kliniker eller kirurger är i dag en kunskap som främst professionen besitter. Personalen på en neuro- eller thoraxkirurgisk klinik skulle förmodligen inte låta vem som helst av klinikens kirurger utföra ett ingrepp på dem. Vi andra, mer dödliga, vet inte vilken hemlig statistik vi kommer att bli del av. Är det etiskt riktigt att vi förvägras kunskap om den läkare som kommer att operera oss? Knappast, eftersom kvalitetsskillnaderna kan vara så stora att vissa typer av ingrepp inte bör utföras av alla de kirurger som i dag utför lågfrekventa operationer (Järhult, 1995). Är det rättvisare, billigare eller bara bättre med oinformerade patienter?

Om resursneddragningar och prioriteringar inom vården gör att kvalitetsnivån sänks, är det naturligtvis ur vissa aspekter en fördel om allmänheten inte anses mogen att hantera denna information. Annars skulle kraven på större inflytande och valmöjligheter inom den offentliga vården kunna växa. En vetgirig ingenjör berättar i Läkartidningen om hur svårt det var att välja "det bästa sjukhusets bästa läkarlag" för sin höftledsoperation: "Frågorna verkade överraska många klinikföreståndare, hur kunde någon tro att det fanns läkare som inte gjorde topprestationer" (Blomgren, 1995). En starkt bidragande faktor till valet av läkare blev "möjligheten att få direkt kontakt med klinikchefen utan krångel. En vilja att svara på frågor och diskutera skillnader i olika protesmodeller och fastsättningsteknik etc." Rent parentetiskt kan det nämnas att det nog fortfarande är lättare att få kontakt om man i växeln säger att man söker läkaren i tjänsteärende och inte som patient.

I en TEMO-undersökning om allmänhetens inställning

till aktuella frågor inom vården förklarar 76 procent av de tillfrågade att de vill få mer information om läkares skicklighet för att kunna välja läkare (Dagens Medicin, 22/95). Att det föreligger skillnader mellan olika vårdgivares kompetens, tycks de flesta utgå från. Enligt IHE-studien (1995) instämmer endast ett fåtal i påståendet att svenska läkare i allmänhet är så duktiga att det inte spelar någon roll vem man blir behandlad av. Samma tendens återkommer vid jämförelser mellan olika sjukhus. Många gånger utgår respondenterna förmodligen från att regionsjukhuset erbjuder bättre vård än länsjukhuset som i sin tur kanske uppfattas som bättre än länsdelssjukhuset. Skillnader i vårdgivarnas kompetens kan bero på skiftande förmåga, men också på variationer i medicinsk praxis. Vilka egenskaper värdesätter patienter vid val av olika behandlingsalternativ, och har patienterna egentligen kompetens för att bedöma vilket behandlingsalternativ som är att föredra?

Information om behandlingsalternativ

Det har ofta påpekats att vårdgivaren besitter ett stort informationsövertag och att den enskilde individen saknar kompetens för att kunna göra rationella val av behandlingsalternativ. Antagandet kan vara korrekt, i synnerhet om rationaliteten bedöms utifrån ett professionellt medicinskt perspektiv, men gäller knappast generellt för alla individer inom alla specialiteter i alla behandlingssituationer. Förmodligen har i synnerhet den äldre generationen invaggats i tron att endast läkaren har kompetens att avgöra val av behandlingsalternativ och att frågan är av strikt klinisk natur. Vad som kanske kan verka lite förvånande är att ur den tidigare nämnda IHE-studien (Anell & Rosén, 1995) framgår att vårdpersonalen är mer negativ än allmänheten till att behandlande läkare skall avgöra behandlingsalternativ. Både bland allmänhet och personal är de yngre mer negativa till påståendet. Tyvärr går det inte att ur materialet utläsa om båda grupperna motiverar sina svar på samma sätt.

Patient och vårdgivare har inte alltid samma preferenser,

och en mångsidig belysning av vårdbehovet är speciellt värdefull då inte alla beslut i en behandlingssituation är av medicinsk natur (se diskussion Rosén, 1994). Den variation i klinisk praxis som förekommer (se t ex Eckerlund m fl, 1993) antyder dessutom att det inte ens inom läkarkåren råder konsensus om vad som kan anses vara bästa behandlingsalternativ. Patientens medverkan i beslutsprocessen kan också ge effekter som i sig är positiva för läkningsprocessen (Deber, 1994). Patienterna har ibland omnämnts som "... the largest and least utilized health-care resource" (Safran, 1992), och det är viktigt att notera att patienten inte bara bör *ges* information, utan också erbjudas möjlighet att *ge* information. Dialogen skapar ett klimat som gör att patienten vågar fråga, och både vårdgivarens och patientens förståelse växer. Valfrihet och patientinflytande förutsätter dialog, men denna teknik tycks sorgligt outnyttjad på sina håll (Saltman, 1992).

I SBU:s publikation "Vetenskap och praxis" säger professorerna Lars-Erik Böttiger (2/94) och Gösta Tibblin (3/94) att samtalet är den kanske mest underskattade metoden i sjukvårdens flora av åtgärder. "Själva grunden för att vårdinsatser ska lyckas är att språket mellan läkare och patient fungerar", säger L.-E. Böttiger. "Om läkaren missuppfattar patientens besvär och patienten inte får klart för sig hur och varför en viss åtgärd bör genomföras, är risken att misslyckas stor, även om åtgärden egentligen är effektiv." Upplevelser av vården baseras till stor del på patientens tidigare kunskaper och erfarenheter, och dessa utgör viktiga informationskällor för vårdgivaren. "Det finns tre viktiga frågor som läkaren måste försöka få svar på tillsammans med patienten", säger G. Tibblin. "Vad har patienten för föreställningar om sjukdomen? Vilka bekymmer – inte bara symptom – leder den till? Och vad förväntar sig patienten av sjukvården?"

Även målsättningen om en god vård på lika villkor förutsätter informationsinsatser för att stärka kompetensen på efterfrågesidan. Men med allt för starka skyddsnät, och en överdrivet ängslig inställning, försvinner samtidigt dynami-

ken, och vi befinner oss återigen vid den viktiga balanspunkten mellan trygghet och frihet. Det kan därför finnas anledning att snarare uppmuntra patienters eget sökande efter kunskap, än att servera färdig information som uteslutande uttrycker vårdproducentens perspektiv eller enbart utgår från vårdgivarens ensidiga behovsdefinition. Medicinsk behandling behöver inte vara den bästa responsen på ett upplevt vårdbehov. Att kalla vården behovsstyrd, och inte efterfrågestyrd, är i praktiken bara ett annat sätt att säga att den är producentstyrd.

En intressant förskjutning av perspektiv kan noteras i prioriteringsutredningens värdering av efterfrågeprincipen. I den första delrapporten konstateras att utöver de tre fastslagna prioriteringskriterierna ställer man sig avvisande till en del andra förslag: "Accepterande av dessa tre principer innebär också ett nej till andra möjliga prioriteringsprinciper, exempelvis efterfrågeprincipen" (SOU, 1993:93, s 16). I slutrapporten gör man närmast en helomvändning och framkastar tanken att efterfrågeprincipen skulle kunna överordnas behovs-/solidaritetsprincipen i vissa vårdformer, t ex inom primärvården. Resonemanget utmynnar i följande, något kryptiska formulering: "En sådan tillämpning kunde motiveras med hänsyn till primärvårdens uppsökande och sållande funktion" (SOU 1995:5, s 124). Utredningen förordar trots allt en enhetlig praxis eftersom ständiga omställningar av de etiska principernas rangordning skulle minska deras trovärdighet.

Skilda förutsättningar

Olika individer och patientgrupper har mycket varierande förutsättningar att välja vård och utöva inflytande. I Maktutredningen konstateras att sjukvården är ett av de områden där medborgarna känner sig som mest maktlösa (SOU 1990:44). Att vara sjuk är att delvis förlora kontrollen över såväl sin person som över sin situation (Petersson m fl, 1989). Om vårdepisoden skall betraktas som en konsument-situation, så är det en transaktion som många gånger ge-

nomförs med en relativt försvagad och hjälplös kund. Ju allvarigare funktionsnedsättningar patienten lider av, desto sämre kan förmågan att fatta rationella beslut vara, och detta blir då ofta en angelägenhet för de anhöriga eller vårdgivarna. I många vårdsituationer är det otvivelaktigt en stor fördel att ha en "agent" som företräder ens intressen. Det lönar sig nämligen att ställa krav och vara påstridig i vården.

Graden av nedsatt förmåga varierar mellan enskilda patienter och patientgrupper, men även andra förhållanden påverkar möjligheten till inflytande. Äldre patienter ställer inte alltid samma krav som yngre patienter utan förlitar sig mer på doktors auktoritet, de har ofta sämre rörlighet och lider av allmän skröplighet vilket gör dem beroende på ett annat sätt. Bristande kunskaper om regelverk och patienträttigheter innebär ytterligare hinder, men kan å andra sidan kompenseras av större vårderfarenheter. En kroniker kan samla erfarenheter som gör denne till en mycket kompetent bedömare av olika vårdalternativ. De geografiska skillnaderna är uppenbara i ett land som Sverige, och valfriheten rymmer större möjligheter för dem som bor i landets södra delar, även om man inte skall överskatta den betydelse som allmänheten tillmäter avståndet till vårdgivaren (Anell & Rosén, 1995).

Utbildning, kön, språkkunskaper och inkomst är andra egenskaper som påverkar individers förmåga att utöva inflytande i vårdsituationen. Dessa skillnader används som motiv för att begränsa patienters inflytande, medan man tvärtom borde skapa bättre förutsättningar för att också de röstsvaga skall kunna utöva inflytande. Frågan gäller då snarast vilken typ av kompetens som erfordras för att kunna tillgodogöra sig ökade valmöjligheter och stärkt delaktighet i beslut som rör den egna behandlingen, och om denna kompetens går att utveckla. Dagens unga medborgare är i flera avseenden bättre rustade än den äldre generationen; man har bättre utbildning, mindre auktoritetstro och större medvetenhet om de egna rättigheterna. För en hierarkisk och stelbent organisationsstruktur innebär detta problem. "Ett av målen för välfärdspolitiken var att skapa kompetenta och

Per Rosén

starka medborgare. Ett problem blev att dessa kompetenta och starka medborgare kom att omfatta värderingar och synsätt som har hamnat på kollisionskurs med de värderingar som låg till grund för välfärdspolitiken” (Pettersson, 1992, s 6).

Patientens kompetens

Kompetens kan karakteriseras som en kombination av kunskaper och erfarenheter och en förmåga att omvandla dessa till beslut och handling. Man kan tala om en dubbel patientkompetens i den meningen att frågan berör både alternativens särskiljande egenskaper, men också en djupare förståelse av de egna behovens särart. Problemet med olika patienters skiftande kunskapsnivå avseende vårdutbudet har tidigare behandlats. Här skall endast konstateras att variationen i kunskap och i erfarenhet delvis beror på våra individuella förutsättningar, och delvis på de olika vårdbehovens och terapiernas skiftande karaktär (eller komplexitet). Detta förhållande gäller såväl vid val av vårdgivare och behandlingsform som då patienten bedömer resultatet av en genomgången behandling. Kompetensutveckling i detta avseende innebär inte så mycket allmänna informationsinsatser, utan kanske främst en kommunikationsinriktad vårdgivare.

Förmågan att göra kompetenta val tycks också inrymma ett element av självständighet eller oberoende. I standardverket *Principles of Biomedical Ethics* skriver författarna att individen är kompetent endast om hon kan fatta förnuftiga beslut som vilar på rationell grund. I medicinsk kontext betyder det att hon förstår innehållet i en viss terapi tillräckligt väl för att kunna väga fördelar mot nackdelar, och att hon mot bakgrund av detta övervägande även fattar beslut.

”The criteria of the autonomous person and of the competent person are strikingly similar. It thus seems a plausible hypothesis that an autonomous person is necessarily a competent person” (Beauchamp-Childress, 1989, s 83). Den i

sjukvården allmänt respekterade autonomiprincipen bjuder därför till lyhördhet och generositet med medicinsk information.

Samtidigt förutsätter naturligtvis också fördjupad självinsikt ett visst mått av oberoende. Den autonoma individen tenderar att handla i enlighet med sin inre övertygelse, och söker sin frihet i oberoendet. Den insiktsfulle frigörs, inte bara genom kunskap som ger fler valmöjligheter, utan främst genom kunskap som skyddar mot "den frustrering som det innebär att försöka göra det omöjliga" (Berlin, 1984). Annars kan ökade valmöjligheter upplevas som antingen meningslösa eller ångestframkallande, beroende på situationens allvar. Då patienten därför helt tanklöst förvandlas till en passiv kund på en främmande vårdmarknad, och det medicinska beslutsfattandet omvandlas till simpel konsumism, är det att ignorera patientens verkliga intresse, och i stället inbjuda till godtycke och, i förlängningen, apati. Den valfrihet som hittills omhuldas mest av vårdens intressenter, har främst berört vikten av att kunna erbjuda mångfald på utbudssidan. Större uppmärksamhet skulle kanske i stället ägnats åt individens förutsättningar att nå fördjupad insikt om de egna vårdbehoven och ökad kunskap om särskiljande egenskaper hos olika vårdgivare och behandlingsalternativ.

Självförverkligande

I Maslows berömda behovstrappa utgör "behovet av självförverkligande" det sista trappsteget. Självförverkligandet handlar om en önskan att kunna förverkliga de egna möjligheterna, att växa i insikt och handling. Maslow skriver att en människa måste vara det hon kan vara (1970). I denna strävan ingår naturligt behovet av utmaningar, möjligheten att förkovra sig och öka den egna kompetensen och därmed fylla sin roll som människa. Endast i den mån som förmågan att fatta rationella beslut är uppenbart otillräcklig, finns det anledning att inskränka denna möjlighet till ökat självstyre. Det är sant att endast de mest privilegierade vistas på dessa

höjder, men framför allt blir de ständigt fler och är det egentligen något att beklaga?

Det finns en utbredd insikt om den läkande kraft som finns i patientens egna resurser, i den vilja som väcks då delaktighet och personligt ansvar uppmuntras (England & Evans, 1992, Borgenhammar, 1993). Passivitet och uppgivenhet förordas sällan, men framkallas icke desto mindre. I *Medborgarnas makt* konstaterar utredarna att "Å ena sidan bestämmer situationen handlandet: de yttre levnadsbetingelserna ger möjligheter och sätter gränser för det möjliga. Å andra sidan bestämmer handlandet situationen: tillvaron är, i större eller mindre utsträckning, möjlig att påverka genom egna initiativ" (Petersson m fl, 1989). Detta innebär såväl att många patienter låter sig fångas i ett nät av tyst vanmakt som att andra tar initiativ och därigenom vinner ett successivt ökat inflytande. Tillstånden av vanmakt eller inflytande fördjupas genom upprepningens makt. Ökade valmöjligheter leder till krav på engagemang och större väljarkompetens. Engagemang och ökad kompetens leder till krav på ökade valmöjligheter.

En alternativ tolkning är dock att det inte är i de ökade valmöjligheterna som friheten sökes. Kanske bygger självförverkligandet inte ens på frihet, utan erkännande. Att inte behandlas som en individ, att inte erkännas som en unik varelse; måhända är det där som det största hotet mot vår integritet ligger. De, vars åsikter och beteende bidrar till att bestämma människans egen bild av sig själv, måste visa respekt. Alltså skulle frågan inte gälla antalet val eller alternativ, utan i första hand en inställning hos vårdgivarna som bygger på respekt för patientens individualitet. Exempelvis menade Immanuel Kant att ett patriarkaliskt styre var den största despotismen just eftersom den inte erkände människans självständighet och autonoma existens. Oberoende av hur vi väljer att etikettera denna mänskliga strävan, kvarstår slutsatsen att en vettig diskussion kring valfrihet och patientinflytande borde handla mer om den vårdsökande medborgaren än om vårdutbud och etableringsvillkor.

Slutord

Jag har i denna framställning ganska oreserverat tagit ställning för ökade valmöjligheter och patientinflytande inom rådande offentliga finansieringssystem. De argument som framförts har varit av varierande slag, och av motargumenten har uppmärksamhet endast ägnats åt det (enda?) som på principiell grund avfärdar valfriheten och hävdar att den äventyrar en rättvis fördelning av vårdens resurser. I strid med detta menar jag att den jämlika vården mycket väl kan legitimera en fördelning av vårdresurser som varken allmänhet eller vårdpersonal upplever som rättvis. Sjukvården är inte nödvändigtvis som mest rättvis när *endast ett fåtal* krävande och röststarka patienter har tillgång till den "specialiserade vård som patienterna själva önskar". För att aktualisera den gamla tankenöten, senast formulerad av S.B. Ljunggren: "När är ojämlikheten när det gäller telefoner som störst? Är det när nästan ingen har möjlighet att skaffa telefon? Eller är det när endast ett fåtal inte har chansen? Eller är det möjligtvis mest ojämnt när en halva av befolkningen kan telefonera, men den andra halvan inte?" (1994, s 93).

Det starkaste argumentet för valfrihet och patientinflytande är kanske ändå risken för att medelklassens förtroende för sjukvården kan minska om dessa förutsättningar saknas. Om resursbrist leder till att vårdens kvalitet sänks, var finner man då den solidaritet som säger att "hellre bekostar jag min grannes (ohemula?) vårdkonsumtion än jag söker andra vägar för att lösa mina egna vårdbehov"? Risken för framtida resursbrist inom vården är överhängande. Ökade lönekrav, ett växande antal gamla, större krav från allmänheten, en kostnadsdrivande vårdteknologisk utveckling och lägg därtill det ansträngda statsfinansiella läget. Hoten mot den offentliga finansieringen kan endast mötas i den mån som sjukvården förmår hantera de yngre generationernas växande krav på individuella lösningar och stärkt patientmakt. I första hand ställs krav på autonomi och patientinflytande, och måhända finns det även en beredskap och en

önskan om att själv få påverka konsumtionsavgifternas storlek. Det behöver inte innebära några radikala förändringar i grundläggande värderingar. De differentierade patientavgifterna har redan gjort sitt inträde i vården. En del tjänster och varor, som vaccinationer och receptfria läkemedel, bekostas också privat.

Ytterligare ett argument för utökade valmöjligheter är att sjukvården behöver detta signalsystem för att utvecklas i riktning mot bättre effektivitet. För några år sedan hävdade vårdetikern Torbjörn Tännsjö att om det är ett problem att patienten har mycket liten valfrihet, då bör detta visas, och man bör förklara varför det är ett problem (1992). I föl, efter en nyligen genomgången sjukvårdsbehandling, skriver samme författare: "Hur kan läkaren självsvåldigt föregripa valet av terapi, där olika alternativ finns? Hur kan läkaren välja terapi för patienten utan kännedom om vare sig anamnes eller individuella förhållanden? En patient som inte själv säger ifrån mycket bestämt måste vara ett rö för läkarnas nycker!" (Tännsjö, 1995, s 62). Författaren konstaterar också självkritiskt att alla som arbetar inom sjukvården, även han själv som lärare i medicinsk etik, någon gång bör få pröva på vad det innebär att genomgå en större behandling.

Den utveckling som här skisseras behöver inte innebära en kapitulation för vad som ibland karakteriseras som den negativa frihetens ideal: ett lossläppande av egoism och elitism. Snarare betonas att dålig lyhördhet i systemet kan framkalla detta hot, och därför är det viktigt att mobilisera patientmakt och medborgarinflytande. Det finns naturligtvis stora grupper av patienter som inte kan välja, ett faktum som fått kritiker att tala om "det oetiska, för att inte säga omoraliska valfrihetsbegreppet" (Hulter Åsberg, 1993). Vissa grupper är tyvärr hänvisade till agenter som företräder deras intressen. Samtidigt bör man notera att bristande förmåga, som hindrar vissa människor från att realisera sina val och önsknings, många gånger kan vara en funktion av att de aldrig *tillåtits* utöva denna frihet. På samma gång som individens förutsättningar bestämmer graden av frihet, så påverkar friheten individen; dvs individens förmåga att till-

godogöra sig friheten, tilltar i takt med att hon faktiskt utnyttjar den. Existentialisten skulle säga att människan väljer sig själv.

Referenser

- Anell, A. & Rosén, P. (1995), *Valfrihet i vården. En empirisk undersökning av preferenser hos allmänhet och vårdpersonal*, IHE Arbetsrapport 1995:4, Lund.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1989), *Principles of Biomedical Ethics*, 3:e upplagan, Oxford University Press, New York.
- Berlin, I. (1984), "Två frihetsbegrepp", i *Fyra essäer om frihet*, Ratio, Stockholm.
- Björk, S. & Rosén, P. (1994), *Värden i vården*, Landstingsförbundet, Stockholm.
- Blomgren, B. (1995), "Kan sjukvården lära något av industrin?", *Läkartidningen*, vol 92 (51–52).
- Borgenhammar, E. (1993), *Att vårda liv*, SNS Förlag, Stockholm.
- Culyer, A.J. m fl (1992), *Svensk sjukvård – bäst i världen?*, SNS Förlag, Stockholm.
- Dahlgren, G. (1994), *Framtidens sjukvårdsmarknader. Vinnare och förlorare*, Natur och Kultur, Stockholm.
- Dahrendorf, R. (1979), *Life chances, Approaches to social and political theory*, Weidenfeld and Nicolson, London.
- Deber, R.B. (1994), "Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate", *Canadian Medical Association Journal*, 151 (4):423–427.
- Eckerlund, I. Gerdtham, U. & Jönsson, B. (1993), "Ekonomiska aspekter på variationer i medicinsk praxis", *Ekonomisk debatt*, vol 21 (4):329–234.
- England, S.L. & Evans, J. (1992), "Patients' choices and perceptions after an invitation to participate in treatment decisions", *Social Science of Medicine*, vol 34 (11):1217–1225.
- Feinberg (1973), *Social Philosophy*, Englewood Cliffs, N.J.
- Giddens, A. (1994), "Brave new world: The new context of politics", i *Reinventing the Left*, red Miliband, D., Polity Press, Cambridge.
- Gillon, R. (1986), *Philosophical medical ethics*, Wiley, Storbritannien.
- Hayek, F.A. (1983), *Frihetens grundvalar*, Ratio, Stockholm.

Per Rosén

- Hulter Åsberg, K. (1993), "Varning för omoralisk valfrihet!", i *Prioritering i sjukvården – etik och ekonomi*, red Arvidsson, G., Jönsson, B. & Werkö, L., SNS Förlag, Stockholm.
- Järhult, J. (1995), *Är stora sjukhus bättre än små? Om volymens betydelse för kvaliteten inom kirurgin*, Landstingsförbundet, Stockholm.
- Landstingsförbundet (1994), *Svenska folkets erfarenheter av och inställning till hälso- och sjukvården 1994*, Stockholm.
- Ljunggren, S.B. (1994), *Ett visst mått av frihet*, Tidens förlag, Stockholm.
- Maslow, A. (1970), *Motivation and personality*, 2:a upplagan, Harper & Row, New York.
- Nozick, R. (1974), *Anarchy, state and utopia*, Blackwell, Oxford.
- von Otter, C. & Saltman, R. (1990), *Valfrihet som styrmedel. Fem artiklar om den offentliga sektorns möjligheter*, Arbetslivscentrum, Stockholm.
- Petersson, O., Westholm, A. & Blomberg, G. (1989), *Medborgarnas makt*, Carlssons, Stockholm.
- Pettersson, T. (1992), *Värderingsförändringar i Sverige*, Brevskolan, Stockholm.
- Rawls, J. (1972), *A Theory of Justice*, Oxford University Press, Oxford.
- Rosén, P. (1993), "Områdesstudie Primärvård", i *Konsekvenser av valmöjligheter inom skola, barnomsorg, äldreomsorg och primärvård*, SOU 1993:47.
- Rosén, P. (1994), "Vems kvalitet skall styra vården? Sjukhusledningen måste göra de strategiska valen", *Läkartidningen*, vol 91 (35):3070–3073.
- Rothstein, B. (1994), *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*, SNS Förlag, Stockholm.
- Rothstein, B. (1995), "Svensk välfärdspolitik och det civila samhället", i *Civilt samhälle kontra offentlig sektor*, red Trägårdh, SNS Förlag, Stockholm.
- Rousseau, J.J. (1919), *Om samhällsfördraget eller Statsrättens grundsatser*, Bonniers, Stockholm.
- Safran, C. (1992), *The seventeenth annual Symposium on Computer Applications in Medical Care. Patient Centered Computing*.
- Saltman, R.B. (1992), *Patientmakt över vården*, SNS Förlag, Stockholm.
- Saltman, R.B. & von Otter, C. (1987), "Re-vitalizing public health care systems: a proposal for public competition in Sweden", *Health Policy* (7):21–40.

- SAP (1989), *90-tals-Programmet*, Tidens förlag, Stockholm.
- Sen, A. (1988), "Freedom of choice", *European Economic Review* (32):269–294.
- SOU 1990: 44, *Demokrati och makt i Sverige*.
- SOU 1993:93, *Vårdens svåra val, Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- SOU 1995:5, *Vårdens svåra val, Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen*.
- Thorwaldsson, K.-P. (1994), *Hur förena jämlikhet med individens frihet – om välfärdens mål och organisering*, Samtal om rättvisa, Utbildningsförlaget Brevskolan, Stockholm.
- Tobin, J. (1990), "Att begränsa ojämlikheten", *Idéer om välfärd*, Tidens förlag, Stockholm.
- Tännsjö, T. (1992), "Prioritering eller privatisering", *Socialmedicinsk tidskrift* (6–7):327–331.
- Tännsjö, T. (1995), "Sjukvården i teori och praktik", *Läkartidningen*, vol 92 (1–2):61–62.
- Wirschubsky, Z. (1995), "Öppen varudeklaration på amerikanska läkare? Kritiker vill öppna hemligt straffregister", *Läkartidningen*, vol 92 (26–27):2674–2677.
- Young, R. (1986), *Personal autonomy – beyond negative and positive liberty*, Croom Helm, Sydney.
- Zaremba, M. (1991), *Minken i folkhemmet, essäer*, Timbro, Stockholm.

Om den repressiva omtanken och andra tankar om patienternas valfrihet

CASTEN VON OTTER

Sjukvård är en mycket speciell tjänst som vare sig passar in i förvaltningens eller marknadens grundmodeller. Sveriges väg undan fallgroparna karakteriseras av en repressiv omtanke. Ett exempel på det är *Spriforum 1995*, där flera talare avfärdade patienternas möjligheter att välja vårdgivare på basis av klinikers/läkares vårdresultat. Även ordföranden i Svenska Läkarsällskapet uttryckte vid samma konferens invändningar mot publicering av vårdresultat. Konferensens slutsats, rakast formulerad av Spris informationschef – ”att allmänheten inte är mogen att hantera information om vårdens resultat” (Spris Informerar, nr 8, 1995) – skiljer sig på ett radikalt sätt från de sociala organisationsprinciper som det stora flertalet av medborgarna omfattar (Anell & Rosén, 1995).

Enligt informationschefen tar medborgarna för givet att den dag man behöver vården så fungerar den, då görs inga misstag. Det är politikernas och läkarnas ansvar, sägs allmänheten tycka. Patienterna vill inte veta av att det finns skillnader i vårdkvalitet. Tanken väcker oro och ångest och även anhöriga värjer sig mot att bli involverade. ”Den anhörige vill använda sina krafter till att ge stöd och tröst till den sjuke” och ”Eftersom man är så okunnig om rätten att välja förstår man inte hur man skall använda informationen”, säger Spris informationschef.

Uttryck för en annan inställning gav skådespelaren Ernst-Hugo Järegård i ett utbrott i pressen nyligen, sedan hans hustru vägrats vård på flera Stockholms sjukhus: ”Vad

i helvete är felet? – När politikerna påstår att vi har en bättre sjukvård än andra länder i Europa, då är det bedragare som talar” (AB 30.12 1995).

Ingen förnekar att Spriforum diskuterade en svår fråga. Men man skall vara medveten om att sedan man börjat publicera sjukhusens och läkarnas operationsresultat i en delstat i USA, har läkarnas resultat där gått från dåliga till de bästa i landet. Detta beror på att sjukhusen avstängt sina sämsta kirurger, givit dem bättre handledning och mycket annat. Det kan också till en viss del ha påverkats av att man inte vågar operera osäkra fall m m (N.Y. Times 6.9 1995).

Frågeställningen om patienternas aktörsroll är inte bara av filosofiskt intresse. Sjukvårdsorganisationen bör ses som ett kommunikativt system, menar jag, i vilket de dagliga besluten är infattade i en social, medicinsk och ekonomisk dialog, där olika individers kunskaper, erfarenheter, avsikter och överväganden har avgörande betydelse. I ett sådant arrangemang är valmöjligheter – som egentligen är ett mer adekvat ord i sammanhanget än valfrihet – någonting väsentligt annorlunda än enskild kortsiktig nyttomaximering, som ofta antas i ekonomisk teori.

Diskussionen i detta kapitel tar sin början i en vårdpolitisk teori som en amerikansk kollega, professor Richard B. Saltman, och jag lanserade – och som spelade en viss roll vid utformningen av bl a Dala-, Bohus- och Stockholmsmodellerna. Efter att ha redovisat vissa huvuddrag och erfarenheter i denna teori, skall jag omformulera den på några väsentliga punkter för att tydliggöra de institutionella premiserna.

En planerad marknad

När vi funderade över problem i den svenska sjukvården, hörde avsaknaden av hänsyn till den enskilde patientens önskemål och hennes brist på inflytande generellt, till de mer iögonfallande problemen. Den sjukvårdspolitiska modellen, *institutionell konkurrens*, som vi utvecklade innebar

att det inom det offentliga huvudmannaskapets ram skulle finnas ett mått av tyglad konkurrens mellan vårdenheter. Patienternas valmöjligheter skulle fungera som ett styrmedel i denna process (Saltman & von Otter, 1987 och 1995).

Vår föreställning då, i mitten på 1980-talet, var inte att valmöjligheter behövs för att människor har så kolossalt olika uppfattningar om vilken sjukvård de vill ha. Inte heller att vården borde tillgodose alla individuella önskemål. Politikernas överordnade ansvar för vårdutbudet var en central punkt i förslaget. Med stöd i teorin om transaktionskostnader (kostnader för att åstadkomma samordning) rekommenderade vi att valmöjligheterna i princip skulle begränsas till offentliga alternativ. Likaså var vi övertygade om att de professionella grupperna bör ha en stark ställning inom systemet med hänsyn till att många frågor måste lösas utifrån bästa tillgängliga kliniska erfarenhet och vetenskap. Vi insåg naturligtvis att patienter ibland är fysiskt eller psykiskt förhindrade av sin sjukdom att fatta några som helst beslut. Detta måste tas med i beräkningen, men man skall inte heller glömma, vad än Spriforum och Läkarsällskapet drar för slutsatser, att många har anhöriga eller vänner som Ernst-Hugo Järegård, som kan och vill agera å deras vägnar.

Ett viktigt argument sammanhängde med det demokratiska underskottet i sjukvården (Maktutredningen, 1990). Vi såg valfrihet som en betydelsefull demokratisk funktion som skulle förstärka den politiska artikuleringen via det representativa systemet (Saltman & von Otter, 1989). Den av folkhemmets apologeter ofta åberopade motsättningen mellan inflytande baserat på politisk artikulering (*voice*), deltagande i debatt, möten m m och, å andra sidan, möjligheter att välja och inte minst välja bort (*exit*), sågs som starkt överdriven. Intresset för brukarnas uppfattningar tilltar om producentinstitutionerna är medvetna om att patienten har valmöjligheter som kan få ekonomiska – och eventuellt politiska – konsekvenser. Grunden för en dynamisk utveckling av patientinflytande är att patienterna förfogar över någon form av alternativa val.

Att kunna välja bort – utan att bli ställd på gatan – är den politiska/ekonomiska handling som kräver minst av resurser. Valet skapar en sorts *empowerment* som är jämförelsevis oberoende av sådana klassmässigt skevt fördelade resurser som i andra sammanhang snedvrider det demokratiska deltagandet. Man kan anföra ytterligare några argument för att patientmakt (*civil democracy* kallade vi det) inte bara är ett kosmetiskt lyft.

Vissa vårdbeslut kan inte grundas i professionell expertkunskap, utan förutsätter personliga etiska ställningstaganden. Individens val som uttryck för moraliska värderingar eller val av livsstil, har en avgörande betydelse för vad som är den bästa vården för henne. Det enskilda valet kan i det avseendet inte ersättas av professionell kompetens.

Sjukvårdsorganisationen har också behov av tydliga signaler ”nedifrån”. I förhållande till planeringsprocessen och vårdgivarnas professionella bedömningar, fungerar valmöjligheter som en extern valideringsmekanism. Även om inte patientströmmarna skall vara utslagsgivande för vårdstrukturen, är uttryckta preferenser (även sådana som inte kunnat tillgodoses) ett värdefullt informationsunderlag för framtida planering och beslut inom verksamheten. Det ger betydande incitamenteffekter i organisationen om patienterna har valmöjligheter, även om bara några procent väljer aktivt. Genom att den berörda personalen vet att inget är givet när det gäller tillströmning av patienter och resurser, ökar pressen på att göra ett bra jobb (jfr Baumols viktiga begrepp *contestability*). Redan små förskjutningar i marknadsandelar är signaler med betydelsefulla dynamiska effekter, eftersom rörelsemarginalen oftast sammanhänger med graden av kapacitetsutnyttjandet. En ”bonuseffekt” är att framgång i arbetet uppfattas som förtjänad vilket ökar arbetstillfredsställelsen.

Aktiva och medvetna konsumenter är en resurs för varje tjänsteföretag, enligt den vedertagna teorin. Den viktigaste effekten av krävande kunders agerande är inte att de tränger undan andra mer passiva individer, utan att de banar väg för en förbättrad verksamhet som kommer alla tillgodo.

Effekterna förutsätter inte alltid kvantitativa massrörelser, då stora grupper byter vårdinrättning, utan en lyhörd producent kan få nya insikter och kunskaper av små strömningar hit eller dit. Valmöjligheten ger inte bara makt, utan stimulerar en ny sorts kunskapsprocess.

Argumentet att det finns en mängd blindskär som kan leda till felaktiga eller dåliga val är ett skäl för politisk påverkan av utbudsledet, däremot inte för att strypa valmöjligheten på efterfrågesidan. Utbudet bör styras med tanke på att etablera ett antal meningsfulla val och, naturligtvis, en ekonomiskt rationell struktur. Detta resonemang stöder uppfattningen att det behövs en stark planeringsfunktion som reglerar etableringen av nya producenter. Producenter och finansiärer har anledning att se till att den medicinska kvaliteten i alla alternativ är på en hög nivå. Om de enskilda valen uppfattas som godtyckliga och improduktiva går det inte att försvara den kollektiva finansieringen.

Val och möjligheter

Initialt väckte vårt förslag att ge patienterna en nyckelroll i sjukvårdens styrsystem en viss förstämning, på ett sätt som vi inte förutsåg. Nestorn inom internationell hälso- och sjukvårdspolitisk forskning, den amerikanske professorn Odin W. Andersson, angrep oss i *Läkartidningen* (1989, nr 45). Fortfarande har inte kritiken helt ebbat ut (Gustafsson, 1994). Andersson påpekade det vanliga, att sjukvården inte är som andra tjänster och patienterna kommer att välja utifrån ytliga, lättmanipulerade bemötandeaspekter.

Vi hävdade att även om det kan vara svårt för patienten att alltid träffa sitt val på basis av alternativens totala värde, är detta inte i sig något tungt argument. Det måste visas att de "bemötandevariabler" som patienterna har bra förutsättningar att värdera, är oviktiga och dessutom att de på något ödesdigert sätt konkurrerar med mer "reella" kvalitetsvariabler, annars blir den här sortens invändningar ganska överlägsna i tonen.

Sjukvårdens grundläggande kvalitetssäkring bygger na-

turligtvis på medicinsk vetenskap, tillsynsverksamhet m m. Det är svårt att se att dessa kvalitetsrutiner försvagas av att patienterna dessutom har möjlighet att välja sjukhus, behandling eller doktor. Beskrivningar av valet av husläkare i vårdpressen (t ex Dagens Medicin och Landstingsvärlden), visade att patienterna utgick från högst rimliga kriterier. Allmänna färdmedel var en viktig aspekt och läkarens medicinska anseende en annan. Läkare som inte talade bra svenska undveks, något som främst drabbade danska läkare i södra Sverige. Att kvinnliga läkare var något populärare än manliga bekräftar möjligen att kvinnliga egenskaper är en tillgång i en vårdsituation. Om patienterna hålls informerade om kvalitetsindikatorer och kan agera på basis av mer relevant information än de hittills fått tillgång till, skulle patientvalens betydelse som styrmedel fördjupas.

Det är viktigt att även slå fast att bemötande är en betydelsefull faktor enligt vårdpersonalens bedömningar. Många undersökningar tyder på att resultaten av behandlingen, patientens vilja att anpassa sig till organisatoriska krav m m, förbättras om hon är medagerande genom egna beslut (Saltman, 1992). När jag för några år sedan, närmare bestämt 1993, försökte följa upp nya organisationsformer i landstingen, bekräftades tesen att valfriheten för patienterna uppfattas som mycket betydelsefull för kvalitetsupplevelsen. Ett representativt urval klinikchefer och avdelningsföreståndare vid landsting som tillämpat nya styrmodeller fick ta ställning till några olika frågor kring kvalitet i vården.

De svarande fick ange områden där det är viktigt att förbättra kvaliteten. Det var främst mjuka aspekter av vården som poängterades. Vid tillfrågade kliniker och vårdcentraler ansågs patientbemötande vara det viktigaste området för intensivare kvalitetsutveckling (51 procent svarade "mycket viktigt"), före t ex medicinsk teknik (34 procent) och omvårdnad (33 procent) (von Otter, 1994). Om patientinflytande "bara" driver fram bättre bemötande är det därför inte i sig något dåligt resultat.

Samma grupp fick värdera betydelsen av olika kvalitetspåverkande system. I landsting med en genomförd bestäl-

larorganisation, ansågs patienternas valfrihet vara av mycket stor betydelse – 77 procent valde ”ganska ...” eller ”mycket positiv inverkan”. Därefter kom egen kvalitetskommitté (69 procent), Läkarsällskapets specialistföreningar (62 procent), hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (45 procent), Socialstyrelsens regionala tillsyn (32 procent) osv. Av enkäten framgår ett tydligt mönster som vänder upp och ned på den byråkratiska tesen, att kvalitetskontroll skall utövas i hierarkisk ordning från toppen av en pyramid. Enligt den här undersökningen är förhållandena snarast de omvända; främst kommer patienterna, därefter lokala arrangemang i den interna arbetsordningen, därefter olika nationella tillsyns- och referensfora och slutligen de formella politiska arrangemangen. Patientombudsmannen och Förtroendekommittén, som enligt gängse välfärdsdemokratiska föreställningar skall kanalisera patienternas missnöje till de politiska representanterna, tillmäts av de svarande liten betydelse (17 respektive 14 procent).

Man fick även bedöma i vilken utsträckning man tycker att samma arrangemang har skadliga effekter. 2 procent anser att valfrihet kan ha en ganska negativ inverkan, samma andel som för specialistföreningarna. Högsta andelen negativa svar gällde beställarnämnderna (23 procent), därefter ”konkurrens” (13 procent). Sammanfattningsvis: det mest positiva/minst skadliga elementet i kvalitetsstyrningen bedöms vara valfrihet för patienterna.

Den institutionella konkurrensen – eftertankar

Man skulle kunna ta fasta på dessa och andra positiva utvärderingar och anse att frågan om valfrihetens betydelse är avgjord med detta. Men med tiden har min otillfredsställelse ökat med den teoretiska diskussionen om valfrihet och incitament. Vi stannade närmast av en lycklig slump för en adekvat term, ”institutionell konkurrens”, men den antyder

mer av sk neo-institutionalistisk teori (jfr t ex Williamson, 1985) än vi faktiskt tillämpade.

Sjukvården bör, enligt min uppfattning, ses som "ett socialt system som är ekonomiskt inramat" (därmed vridande det vanliga neo-institutionalistiska perspektivet (Swedberg, 1993), "ett ekonomiskt system som är socialt inramat" (*socially embedded*), ett litet men betydelsefullt steg). Utgångspunkten för en ny modell måste då vara en ordentlig uppgörelse med de två huvudlinjerna i den sjukvårdsorganisatoriska debatten, vad jag kallar incitaments- respektive socialisationsdogmatiken. I organisationsteorin finns olika svar på frågan hur huvudmannen för en verksamhet skall få andra människor som ingår i verksamheten att handla som han vill. Svaren brukar tendera, antingen mot den undersocialiserade människosynen i ekonomisk teori (vi är som vi är), eller mot den översocialiserade i sociologisk teori (vi är offer för vår sociala miljö). I båda fallen har man överdrivna föreställningar om att det går att snitsla en bana, i det första fallet med incitament, i det andra med normer, som leder individerna rätt i varje viktigt läge. Båda modellerna (även den marknadsekonomiska!) är i viss mening uttryck för en statisk verklighetssyn, där en superintelligens planerar ett system av perfekta incitament eller allvisa normer.

Vissa ekonomer har påpekat att oreglerade ekonomiska drivkrafter i sjukvården leder till ineffektiva beslut (Arrow, 1963). Incitamenten måste balansera mellan överkonsumtion och underkonsumtion och andra exempel på suboptimering. Prestationsersättningar, t ex DRG-system (diagnosrelaterade grupper), stimulerar produktiviteten men kan även ge upphov till överkonsumtion. Premiebaserade system (med fast ersättning) håller totalkostnaderna under kontroll, men kan medföra selektion av patienter och överdriven återhållsamhet med medicinska insatser. En bra fråga att börja diskussionen med är därför: Varför leder *inte* starka individuella incitament alltid till suboptimala val?

Statsvetaren Gary Miller öppnar för en ny infallsvinkel på den här frågan. Han kritiserar det jag kallar incita-

Casten von Otter

mentsdogmatik ("ledningens manipulation av ekonomiska drivkrafter") så här :

Varje formellt incitamentsystem ger utrymme för beteenden som är styrda av egenintresset, vilka leder till bestående effektivitetsförluster. Följaktligen får en hierarki som kan stimulera rätt sorts samarbete – definierat som frivilliga avsteg från egennyttigt beteende – ett betydelsefullt övertag i konkurrensen (1992, s 12f, *egen översättning*).

Ju fler komplexa mål en verksamhet skall styras mot och ju fler situationsberoende avvägningar mellan olika principer som måste göras, desto mer utopisk är förhoppningen om det perfekta incitamentsystemet. Sjukvårdshuvudmannen måste fördela ganska diffusa mandat på olika funktioner (läkare, administratörer etc), där omdöme och förtroende i hanteringen av mandatet är den avgörande faktorn för om systemet utvecklas i effektiv riktning eller inte. Om man lyckas etablera en grundläggande lojalitet med verksamheten hos de anställda – en "generalklausul" som gäller bortom de kontraktsbundna åtagandena – så kan även grova ersättningssystem fungera. De flesta som utvärderat beställarstyrningen i Sverige har funnit relativt måttliga exempel på suboptimering, vilket man i allmänhet förklarar med existensen av en överordnad lojalitet som är en kvarleva från gamla tider (se t ex Svalander & Åhgren, 1995). Det gäller naturligtvis i det fortsatta reformarbetet att på rätt sätt anknyta till Groucho Marx djupa insikt: "The secret of success is honesty and fair dealing. If you can fake those, you've got it made."

Arbetsorganisation som spel

Den viktigaste poängen med att patienten skall ha valmöjligheter är att en emancipatorisk (frigörande) social och ekonomisk process utvecklar sig om patienten är ett handlande subjekt, i stället för ett passivt objekt för välmenande men

repressiva omtankar. Valfrihet formar och betingar *interdependenta situationer*, dvs situationer som präglas av ömsesidigt beroende och hänsynstagande. Att någon kan välja A framför B eller C, för att hon gillar A bäst, är inte huvudsaken utan ett extra mervärde.

Organisationer, till skillnad från en teoretisk fri marknad, är bra på att etablera långsiktiga ömsesidiga åtaganden. Sådana relationer gör att aktörerna strävar efter att utveckla sina sociala tillgångar (att vinna respekt för yrkeskunnighet, pålitlighet, popularitet etc) i stället för att ta hem korta vinster. I en effektiv sjukvårdsorganisation kan relevanta sociala tillgångar (t ex professionell prestige eller respekt hos patienterna) omsättas i direkt upplevd tillfredsställelse eller ekonomiska belöningar. Lärandet är både utilitaristiskt, vad som ökar nyttan, och strategiskt, vad som fungerar på sikt. Finner man att sociala "investeringar" förräntar sig (för att fortsätta det ekonomiska språkbruket) blir det en klok strategi att satsa långsiktigt och "osjälviskt" i stället för på en maximal egen dagskassa.

Det alternativa sättet att leda en verksamhet som sjukvården, är att inom den utveckla sociala institutioner som gör sektorer, kliniker eller avdelningar till arenor för "ledarskap, ideologi och målstyrning" (Miller, 1992). Sjukvården behöver institutioner som skapar ett långsiktigt ansvarstagande och en bred måloptimering. Professionella system representerar i lyckade fall en sådan samverkan, där man kan förvänta sig att kortsiktig nyttomaximering kommer att vika för mer långsiktig optimering. I mindre lyckade fall blir verksamheten ett system för att rättfärdiga allehanda egenintressen, utan att allmänhetens intresse vägs in med tillräcklig tyngd.

Professioner, precis som alla andra aktörer, är "spelare" i spelteoretisk mening. Termen skall inte associera till hasard eller avancerad operationsanalys, utan till högst vardagligt beslutsfattande där individer väljer sina handlingar, bl a med tanke på hur de påverkar relationer till andra. Även läkare och sjuksköterskor tänker, planerar, spekulerar och väljer som andra aktörer hela tiden med omgivningens mer

Casten von Otter

eller mindre starka reaktioner i sitt medvetande. Om patienternas möjligheter att reagera är mycket kringskurna, kommer beslutsprocessen att fokuseras på andra aktörers drag och motdrag. En spelmodell liknar *economic man* i det rationella aktörsperspektivet; skillnaden är att behovstillfredsställelse är resultat av en mycket mer komplex och långsiktig handling, som utgår från mål som inte är givna på förhand, utan som är utsatta för ständig påverkan.

Osäkerhet och risker dominerar vid beslut i det verkliga livet och är en viktig motor i olika sociala processer. En mycket stor del av människors sociala samspel handlar om försök att gardera sig mot risker. Bland annat därför är effekten av den ökade riskexponering som valfrihet kan medföra, paradoxalt nog, ofta fördjupat samarbete. För företag leder osäkerhet till mer omfattande vertikal integrering av arbetsprocessen med strategiska partners. Med bara en liten tillspetsning kan man säga: Utan valmöjligheter, inget samarbete!

En anpassad förståelse

Det eftersträfvade beteendet i sjukvårdsorganisationen kan inte lockas fram enbart med ett ambitiöst belöningsssystem. Inte heller med ett detaljerat formellt eller etiskt regelverk. De organisatoriska mål som eftersträvas förutsätter förtroende och hänsynstagande, två faktorer som är såväl resultatet av som grunden för samspel mellan människor. Individer som fungerar väl socialt (jämfört med dem som vi betraktar som mer eller mindre asociala) har en längre tidshorisont i sitt agerande och planerar i fler faser, i stället för att pocka på omedelbara belöningar. De väljer att investera i goda sociala relationer eller nyttiga erfarenheter som är trevliga och värdefulla i framtiden. Med etiska normer är det på ett liknande sätt, de kan upplevas både som tillfredsställande i sig och ett klokt val utifrån det sociala spelets regler.

Vi handlar alltså utifrån en anpassad förståelse av situationen (vad Alan Wolfe kallar, *a situated understanding*). För att minska informationsproblemen i en beslutssituation

utnyttjar människor olika samverkansstrategier. Man diskuterar, samarbetar, etablerar rutiner och tar efter ledare. Vad andra människor tycker, gör och tror spelar en stor roll för hur medlemmar väljer i en någorlunda socialt tät organisation. Den medlem av ett vårdteam som väljer att bortse från "väsentliga andra", riskerar att på längre sikt få betydligt snävare handlingsmöjligheter och uteslutas från olika belöningar.

Interaktionsstrategier har prövats mot ekonomiska maximeringsstrategier i modellsimuleringar, med bäst utfall för en strategi benämnd "lika-för-lika". (Vi sociologer gläds mycket åt att den mest berömda tävlingen, som utlystes av Robert Axelrod, vanns av en kollega, medan den mycket kände Chicago-inspirerade nationalekonomen Gordon Tullock kom näst sist bland 400 deltagare.) Wolfe förklarar utfallet av tävlingen och den vinnande strategin:

Jag kan förneka min motparts verklighet och handla som om mina motiv var de enda som hade betydelse, men om jag gör så begränsas min frihet för att han kommer att handla på samma sätt. Om jag i stället erkänner vårt beroendeförhållande som en bestämning av förutsättningarna för mina handlingar, kan jag öka min frihet, men endast genom att beakta andras åsikter i mina egna beslut (Wolfe, 1989, s 43, *egen översättning*).

Vad "vårt beroendeförhållande" eller "att beakta andras åsikter" står för inom sjukvården är inte givet på förhand. Arenan är definierad i en kulturell kontext av tid, rum och värderingar. Genom olika resurser hävdar sig olika aktörer med varierande styrka. För att förklara hur ett underverk som en frivillig social ordning uppkommer, använder Axelrod (1984) det inspirerande begreppet framtidens skugga – "the shadow of the future" (jfr även Lundgren, 1996, om att göra framtidens skugga synlig i ungdomsmiljöer). Den som saknar resurser kastar heller ingen skugga.

Olika sjukvårdsspel

Mellan olika länder finns stora variationer i hur "sjukvårdsspelet" bedrivs (Saltman & von Otter, 1995). I Sverige och övriga nordiska länder har det funnits en koppling mellan läkarprofessionen och staten som ofta förvånat och ibland förfärat utländska observatörer. Över 80 procent av nordiska läkare är anställda och merparten ingår i stora offentliga sjukvårdsförvaltningar. De agerar med professionell självständighet, men inom politiska ramar som de själva är med och påverkar och därför i det stora hela accepterar. Denna positionering påverkar vilken typ av argument som är gångbara, hur rättigheter definieras, vilka handlingsstrategier som i det långa loppet blir mest belönade och vilka belöningar som är mest eftersträfvansvärda (von Otter, 1996).

Skillnaden är betydande i förhållande till bl a amerikansk sjukvård, där professionen ser sig som företagare, må vara med ett speciellt ansvar. Sina rättigheter ser läkarkåren bl a i termer av egen näringsfrihet, att de själva kan reglera sin konkurrens osv. Situationen illustrerades på ett typiskt sätt i samband med presidentens havererade sjukvårdsreform där the American Medical Association hävdade att utövande av läkaryrket var en egendomsrätt (*property right*). Som sådan är den skyddad av konstitutionens femte tillägg (*Fifth Amendment*), enligt vilken ingen människa får fräntas sin egendom (International Herald Tribune, 16/6 -93). Om regeringens avser att införa priskontroll i vården skulle det innebära att man påverkar värdet av den investering i sin profession som läkaren gjort. Medan det för svenska läkare faller sig naturligt att handla utifrån vissa gemensamma samhällsvärderingar, är det i det privata amerikanska vårdssystemet en omstridd fråga om det ens är önskvärt att läkarens hänsynstagande sträcker sig utanför den egna praktiken (Gray, 1991).

Det är därför två helt olika pjäser som spelas upp på den svenska och den amerikanska sjukvårdsscenen. Naturligtvis blir det också en skillnad i dramaturgin mellan ett system där patienten har en huvudroll eller endast finns med som statist, om hon spelar den sköna prinsessan eller pigan.

Ännu viktigare förändring blir det naturligtvis om hon är med och författar dramat och inte bara gestaltar den färdiga rollen.

Spelets gränser

Normer för god praktik i vården upprätthålls genom förväntningar och reaktioner i ömsesidig växelverkan. Spelet definieras av de i sjukvårdsdebatten så omtalade drivkrafterna, men även av balanserande motkrafter. Trots krafternas starka inbördes beroende är de senare mindre debatterade. Kanske är detta ingen tillfällighet. Redan om vi analyserar vårt språk är det fattigt när det gäller den relevanta terminologin. Det viktiga begrepp i social teoribildning som på engelska heter *accountability*, saknar en bra svensk översättning. Vi kan säga ansvarighet, men vi använder samma ord för *responsibility*. *Accountability* (att *ha ansvar*) innebär skyldighet att redovisa för sitt fögderi; ”to account” har en redovisningsmässig innebörd, men betyder också att sakligt redogöra för något. Att *ta ansvar*, *responsibility*, är ett subjektivt moraliskt åtagande, ofta ensidigt. Distinktionen mellan begreppen framhävs av följande citat:

...var människa i ett sjukhus har en särskild roll som hon spelar, hon blir inte enbart allmänt och gemensamt ansvarig (responsible) för allt det som pågår, utan specifikt ansvarig för det sätt som rollen utförs på, bra eller dåligt... *Denna specifika och koncentrerade ansvarighet som individen har för sitt beteende i enlighet med de förväntningar som är knutna till hennes specifika roll, har vi kallat accountability (min kursivering)*. Begreppet förutsätter närvaron av en domare någonstans i situationen – utrustad med ”hårda” institutionella sanktioner – rätten att påverka faktorer som lön, befordran, fortsatt anställning eller medlemskap i professionen – i motsats till ”mjukare” sanktioner, exempelvis ett allmänt gillande eller fördömande, som alla arbetskamrater och patienter kan utdela (Rowbottom, 1973, s 30, *egen översättning*).

Accountability är en relation; ett åläggande och ett åtagande med konsekvenser i framtiden, en del av framtidens skugga. I *responsibility*-innehåret har ansvarsbegreppet en tendens att missbrukas. Amitai Etzioni har kallat det ett lugnande piller som ofta används persuasivt. "Jag tar ansvaret" betyder "jag vill bestämma" – men inte att vederbörlig själv tar den ekonomiska eller juridiska risken.

"Accountabilitet"

I sjukvård definieras spelet av en rad unika arrangemang (incitament och regler) som påverkar personalens handlingsrepertoar. Makten över patientflödena är den viktigaste strategiska frågan, eftersom de är kopplade till eftertraktade ekonomiska resurser, status, professionell utveckling etc (Friedson, 1988). Såväl den aktuella amerikanska diskussionen som den som förs i Sverige och i många andra länder, bekräftar hur fundamental skillnaden mellan om patienterna kan välja respektive anvisas vård är för frågan om makten över och inom sjukvårdssystemet (Gray, 1991).

Den formella tillsynsverksamheten markerar en yttre ram. Interaktiva processer utvecklas med betydande variationer i den politiska demokratin, mellan patient och läkare, i konkurrens mellan utförarenheter m m. Den professionella självkontrollen är ett viktigt attribut kopplat till den professionella friheten, men frågetecken har rests om hur effektivt den hävdar sig gentemot den kollegiala hänsynsfullheten (Friedson, 1988). Betydelsen av att simultant utveckla och balansera olika ansvarsprocesser mot varandra framgår om man ser deras olika verksamhetssätt och begränsningar.

Förutsättningarna varierar beroende på:

- *Vem ansvaret fokuseras emot:* den politiska ledningen, patienterna, medborgarna, en särskild tillsynsfunktion etc (accountabilitet uppifrån, utifrån, inifrån, underifrån).
- Vilka principer för *informationsvärdering eller bevisprövning* som krävs. I ansvarsnämnden görs en juridisk bevisprövning och en läkare måste kunna motivera sitt beslut

med vetenskap eller beprövad erfarenhet. I kontrast till detta "dömer" patienten/konsumenten utifrån sin erfarenhet och känsla och utan att vara skyldig någon en redovisning.

- Om *ansvaret är understött* genom hot om bestraffningar, löften om belöningar, eller något däremellan.
- Vilken typ av *normer* som stimuleras; ett dynamiskt verksamhetsmål som innebär fortlöpande förbättringar, eller ett statiskt gränsvärde som enbart definierar en "lägsta godtagbar standard".
- Om *ansvar utkrävs* av en enskild eller ett kollektiv. I vissa processer är vem som drabbas av påföljd tydligt definierat, i andra drabbas ett helt kollektiv, många utan egen förskyllan (som när "marknaden" driver ett företag i konkurs).
- *Transaktionskostnader* vid tillämpning av olika ansvarsmodeller i fråga om administration och resultat i övrigt.
- Vilka aktörer som är *bärare av olika rättigheter*. Den demokratiska processen legitimerar allmänhetens perspektiv, i rättslig prövning blir vårdarbetarna och patienterna rättighetsbärare, valfriheten utövas egenmäktigt av patienterna.

En ökad dynamisk effektivitet är ett av de viktigaste syftena bakom introduktionen av moderna ledningssystem (Coan, 1994). Medan förvaltningssystemets accountabilityssystem 1) *politiken*, och 2) *den juridiska tillsynen* i huvudsak handlar om en statisk övervakning, så är de komplement som bygger på marknadssystemets dynamik, 3) *konkurrens mellan producer* och 4) *valfrihet för patienter*, processer som befrämjar vad som kallas fortlöpande förbättringsarbete. 5) *Professionens självkontroll* kombinerar statiska och dynamiska element.

Marknadsekonomiska argument

Intressant nog har de argument som åberopas med störst tyngd, såväl för som emot valfrihet i sjukvården, sin grund i marknadsekonomiska antaganden (Enthoven, 1985). Enligt

gängse uppfattningar försvåras fria val i sjukvården av främst två skäl, vars giltighet för mig dock inte är helt övertygande:

Marknaden blir aldrig mättad, sjukvård kan vi anse oss behöva hur mycket som helst och efterfrågan är alltid större än tillgången. Jag menar att föreställningen att medborgarna har ett omätligt önskemål om sjukvårdsinsatser inte håller i praktiken. Det finns en missbrukargrupp av sjukvård, men den är relativt begränsad. Den skada den orsakar beror i första hand på sjukvårdssystemets oförmåga att ta hand om dessa patienter på ett sätt som motsvarar deras behov. Majoriteten tycker att det är ganska besvärligt och otrevligt att underkasta sig medicinska undersökningar och behandlingar, vilket illustreras av att sjukvårdskonsumtionen avtar mycket snabbt med avståndet till ett sjukhus.

De problem som uppkommer beror mer på att patienterna inte betalar ur egen ficka än på verksamheten, dvs på egenskaper i finansieringssystemet snarare än själva sjukvården. Om priset sätts lågt och inga andra spärrar finns upprättade, överstiger efterfrågan för många varor och tjänster tillgången. För att komma till rätta med det behöver man inte omyndigförklara patienterna.

Patienterna är dåligt informerade om tjänsten, eftersom vårdpersonalen sitter på informationen. Därmed inskränks möjligheterna till genomtänkta val. Kunder vet normalt rätt lite, speciellt *ex ante*, om de produkter de efterfrågar. Beträffande tjänster, som ju inte kan tas till påseende med ångerveckla, är det en notorisk svårighet. Men det är en av myterna som fortplantas via populärversioner av neoklassisk ekonomi, att vi väljer efter att ha gjort en sorts totalanalys av olika alternativ. I själva verket är det mycket vanligare att man väljer i en social process som beskrivits ovan, genom att prata med och följa andra. Förutsättningarna för att sådana processer skall vara framgångsrika är helt andra och lättare att uppfylla, än om informationstillgången skall motsvara den ekonomiska teorins premisser för rationella val.

Patientens informationsunderläge är ett starkare argument för, än emot rätten att välja medicinsk vård. Man kan

ju t ex just därför vilja välja den läkare som på det mest trovärdiga sättet redovisar beslutsrelevant information. I och med att det finns ett utbrett intresse för en tjänst, finns också en marknad för god information. Olika aktörer i sjukvården skulle dessutom själva (gärna med hjälp av landstingen) kunna utveckla nya institutioner, t ex garantier, riskspridning, ”märkesprodukter” osv som möjliggör rimligt säkra avtal och försäkrar patienten om en godtagbar kvalitet. Är verksamheten tillräckligt stabil för att de sociala processerna skall kunna utvecklas, finns goda förutsättningar för hög effektivitet i individernas val.

Det unika med vården, som jag uppfattar det, och som motiverar de särskilda politiska arrangemangen, är svårigheten att i ett oreglerat marknadsekonomiskt system uttrycka samhällsmål. Att vi har sådana för sjukvården är ett obestridligt faktum, vars konsekvenser dock ofta negligeras i teoretiska diskussioner. Ett sådant överordnat mål är principen om människolivets okränkbarhet. Den värderingen, som har så hög rang på vår kulturella värdeskala, uttrycks inte i en ”spontan” marginalistisk beslutsprocess (givet att vi tror att människor bara är ekonomiska nyttomaximerare). Normativa begrepp som bruksvärde avvisas i den neoklassiska ekonomiska teorin, som uppfattar sig själv som värderingsfri. Därför ter sig konsekvenserna av nationalekonomiska resonemang ibland verklighetsfrämmande och moraliskt utmanande. Detta hindrar inte att framför allt den subdisciplin som kallas hälsoekonomi på olika kreativa sätt i Kenneth Arrows efterföljd, försökt att integrera sociala och etiska värderingar genom anpassade blandekonomiska modeller (se t ex diskussionen i SOU 1993:38).

Slutord: Den repressiva omtanken

Att många irriteras av den arrogans som de marknadsekonomiskt troende ofta behandlar vårdarbetets humanistiska kärna med, är närmast självklart. Däremot kan det inte upphöra att förvåna med vilken förtröstan, för att inte säga

liknöjdhet, debattörer som står för en radikal jämlikhetslinje, brukar behandla hela frågan om byråkratiskt förmynderi och maktmissbruk i sjukvården. Ernst-Hugo Järegårds hustru fördes runt mellan olika sjukhus innan hon till slut togs emot på (privata) Sabbatsbergs sjukhus. För paret Järegård var valmöjligheterna, om inte livsviktiga, så i alla fall av stor betydelse. De som tonar ned valfrihetens roll söker främst stöd i att de flesta patienterna oftast är nöjda med den vård de får sig tilldelad och att möjligheterna att välja inte utnyttjas av en särskilt stor andel. De som däremot vill främja valfriheten söker gärna stöd i opinionsundersökningar vilka, som Anell & Roséns enkätstudie (1995), visat att medborgarna vill ha valmöjligheter.

Ingetdera av dessa argument är avgörande om man menar att individen bör vara involverad i alla viktiga beslut som rör henne själv. Om några föredrar att ta skydd under en överhets repressiva omtanke, är det ett problem av ungefär samma karaktär som om medborgarna inte tycker det är viktigt att rösta, eller att någon är ointresserad av sitt ansvar för viktiga lokala angelägenheter. Om människorna i ett samhälle delegerar de viktigaste besluten till myndigheter och experter som berör deras egen och närståendes välfärd blir det, enligt min uppfattning, inte ett bra samhälle. Framför allt tror jag att på sikt påverkar det inte bara vårdapparatens syn på sina patienter, utan patienternas syn på sig själva. Naturligtvis motsäger inte detta att man måste ta all rimlig hänsyn till att människor i akuta sjukdomstillstånd inte alltid har möjlighet att bli involverade.

En fråga som borde debatteras mera är om vi som välfärdsstat kan tillåta oss att försvåra val som är pareto-optimala – dvs individen kan välja ett bättre alternativ utan att det sker på någon annans bekostnad? I verkliga situationer, som sällan uppträder i en helt svart/vit form, kan det kanske finnas vissa skäl för det. Men det som i dag är störande, är att valmotståndare så ofta struntar i att redovisa explicita principer om individens rättigheter och skyldigheter och bara talar om vad de anser är funktionellt för att genomdriva en viss politik. Ansvariga politiker och tjänstemän i sjuk-

vården saknar i grund och botten både en solid organisationsteoretisk och moralfilosofisk grund för sina beslut om patienternas rättigheter.

Referenser

- Anell, A. & Rosén, P. (1995), *Valfrihet i vården – en empirisk undersökning av preferenser hos allmänhet och vårdpersonal*, IHE Arbetsrapport, 1995:4.
- Arrow, K. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53.
- Axelrod, R. (1984), *The Evolution of Cooperation*, New York: Basic Books.
- Coan, T. (1994), "Reengineering the Organization: An approach to discontinuous change", *Quality Management in Health Care*, 2 (3).
- Enthoven, A.C. (1985), *Reflections on the Management of the National Health Service*, London: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Friedson, E. (1988), *Profession of Medicine*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Gray, B. (1991), *The Profit Motive and Patient Care*, Cambridge: Harvard University Press.
- Gustafsson, R.Å. (red) (1994), *Köp och sälj, var god och svälj – Vårdens nya ekonomistyrningssystem i ett arbetsorganisatoriskt perspektiv*, Stockholm: Arbetsmiljöfonden.
- Lundgren, K. (1996), "Att göra framtidens skugga synlig, Ett spelteoretiskt och institutionellt perspektiv på ungdomsmiljöer", manus, Arbetslivsinstitutet.
- Maktutredningen (1990), *Demokrati och Makt*, Maktutredningens huvudrapport, SOU 1990:44.
- Miller, G. J. (1992), *Managerial Dilemmas, The Political Economy of Hierarchy*, Cambridge University Press.
- von Otter, C. (1994), "Klinikstudien, Redovisning av en enkät om nya styrsystem i sjukvården", Stockholm: Arbetslivscentrum (arbetsrapport).
- von Otter, C. (1996), "Cost Control in the Swedish Health Sector", i Powell, F.D. & Wessen, A. (red), *Health Care Reform: International Perspectives*, Baltimore: Johns Hopkins University Press (under utgivning).

Casten von Otter

- Rowbottom, R. (1973), *Hospital Organization*, London: Heineman.
- Saltman, R. B. (1992), *Patientmakt över vården*, Stockholm: SNS Förlag.
- Saltman, R.B. & von Otter, C. (1987), "Re-vitalizing Public Health Care Systems: A Proposal for Public Competition in Sweden", *Health Policy*, 7.
- Saltman, R.B. & von Otter, C. (1989), "Voice, Choice and the Question of Civil Democracy in the Swedish Welfare State", *Economic and Industrial Democracy*, vol 10:2.
- Saltman, R.B. & von Otter, C. (1992), *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Buckingham: Open University Press.
- Saltman, R.B. & von Otter, C. (red) (1995), *Implementing Planned Markets, Balancing Social and Economic Responsibility*, Buckingham: Open University Press.
- SOU 1993:38, *Hälso- och sjukvården i framtiden, Rapport från expertgruppen till HSU 2000*.
- Svalander, P.A. & Åhgren, B. (1995), "Vad skall man kalla det som händer i Mora?" – och andra frågor om styrmodeller, Rapport till HSU 2000, Stockholm: Landstingsförbundet.
- Swedberg, R. (red) (1993), *Explorations in economic sociology*, New York: Russel Sage Foundation.
- Williamson, O. (1985), *The Economic Insitutions of Capitalism*, New York: The Free Press.
- Wolfe, A. (1989), *Whose keeper? Social Science and Moral Obligation*, University of California Press.

Valfrihet, konkurrens och offentlig välfärdspolitik: går ekvationen ihop?

PAULA BLOMQVIST

Under 1980-talet kom *interna marknader* att framstå som ett alltmer lockande policyalternativ för sjukvården. Marknadsmodellen tycktes lösa alla de problem som denna sektor brottades med, inklusive ineffektivitet, lågt patientinflytande och det till synes olösliga dilemman att behoven ökade i takt med att de offentliga finanserna försämrades.

Genom införandet av konkurrens i ett offentligt finansierat sjukvårdssystem skulle patienterna kunna erbjudas ökad valfrihet i valet av vårdgivare, samtidigt som produktionen effektiviserades. Den gemensamma finansieringen av sjukvården kunde bibehållas. Trots utnyttjandet av marknadskrafterna för tillskapande av effektivitet skulle därmed sjukvård i Sverige liksom tidigare kunna fördelas i enlighet med socialpolitiska målsättningar, inte plånboken. Inom sjukvården, liksom andra områden, tycktes idéerna om valfrihet och konkurrens rädda den svenska välfärdsmodellen undan hotet om nedskärning och privatisering. Konkurrens och valfrihet inom ramen för det offentliga föreföll erbjuda en gyllene medelväg mellan offentligt och privat, mellan marknad och politik.

I detta kapitel reses frågan om en sådan gyllene medelväg verkligen finns. Jag pekar på tre olika dilemman som har aktualiserats under implementeringen av marknadsmodeller i vården. För det första: konflikten mellan valfrihet och kostnads kontroll. För det andra: konflikten mellan politisk makt och marknadsstyrning. För det tredje: konflikten mellan privatisering och bibehållandet av den ge-

nerella välfärdspolitikens jämlikhetsideal.

De frågeställningar som tas upp under dessa tre rubriker är olika till sin karaktär, men har det gemensamt att de illustrerar inbördes motsättningar i de senaste årens sjukvårdsreformer. De blottlägger också politiska målkonflikter som tidigare kunde döljas genom reformernas skenbara instrumentalitet, dvs myten om att vårdens *inriktning* kunde behållas oförändrad medan medlen för att nå samma mål gjordes mer effektiva. Syftet med kapitlet är att visa att de fördelningspolitiska frågor som all socialpolitik i grunden handlar om måste lyftas fram tydligare i det fortsatta arbetet med att reformera sjukvården.

Bakgrund: valfrihet och konkurrens som lösning på sjukvårdens kris

I likhet med andra OECD-länder ställdes Sverige under 1980-talet inför dilemmat att samhällsekonomin inte tillät ytterligare ökning av sjukvårdskostnaderna. Samtidigt bådade en åldrande befolkning och medicinsk-teknologisk utveckling för en fortsatt ökad efterfrågan på sjukvårdstjänster.

Vid samma tidpunkt utsattes sjukvårdens produktions-sätt för en kritisk granskning. Allt fler experter anslöt sig till uppfattningen att offentligproducerad sjukvård var ineffektiv. Bristen på marknadsmekanismer ledde till felaktiga ekonomiska incitament. Det största hindret för en effektiv sjukvårdsproduktion ansågs vara bristen på konkurrens (genom den offentliga sjukvårdens faktiska monopol) och därmed frånvaron av prissignaler (Ståhl, 1979, FiDs 1986:13, 1989:10).

1980-talets sjukvårdsdebatt handlade också om patientens roll. Bilden av en byråkratisk och anonym vårdapparat, där den enskilda patientens inflytande över sin vård och behandling var litet, blev vanlig i medierna. Röster för en "demokratisering" av sjukvården höjdes. Växande vårdköer bidrog ytterligare till vad som vid denna tidpunkt befarades

vara den offentliga sjukvårdens sjunkande legitimitet (von Otter & Saltman, 1990).

De utmaningar som sjukvården ställdes inför under 1980-talet var inte unika för denna sektor. De speglade en ökat kritisk inställning, i Sverige och andra västländer, till den offentliga välfärdssektorn som helhet. Från konservativt och liberalt håll attackerades med förnyad kraft välfärdsstatens funktionssätt och ideal. Det starka genomslag som kritiken av det traditionella sjukvårdssystemet fick i Sverige under 1980-talet kan inte förklaras utan att ta tidens ideologiska strömningar i beaktande. Inspirerade av monetarisomens idéer hävdade många ekonomer, i motsats till tidigare ekonomisk-politiska teorier, att en stor offentlig sektor omöjliggjorde en effektiv samhällsekonomi. Applicerandet av nationalekonomiska analysmodeller på verksamheten inom offentliga sektorn gav välfärdssystemets kritiker vatten på sin kvarn. Sjukvård, liksom annan social tjänsteproduktion i det offentligas regi, befanns inte fungera enligt teorins uppställda marknadsvillkor och kunde därför, närmast per definition, dömas ut som ineffektiv verksamhet (Hugemark 1994).

Andra kritiker ägnade sig åt att granska den offentliga välfärdens ideologiska målsättningar och fann dem lika snedvridna som ekonomerna hade funnit den ekonomiska incitamentstrukturen. Liberala tänkare hävdade att staten inte bör tillåtas inskränka enskilda medborgares frihet genom att omfördela tillgång till vård och omsorg på det sätt som sker genom offentliga sektorn (Friedman & Friedman, 1980, Lindbeck, 1988). Konservativa tankeriktningar tog fasta på vad som sågs som ett undergrävande av civil välgörenhetsanda och familjesammanhållning genom statens omsorg om medborgarnas sociala välfärd (Murray, 1980, Mead, 1985). Ofta sammanföll dessa idéströmningar i vad vi kallar ny- eller neoliberalism.

I vissa länder, som USA och Storbritannien, fick kritiken mot den offentliga välfärdsstaten starkt politiskt genomslag och kom att leda till omfattande nedskärningar av de existerande trygghetssystemen (Block m fl, 1987, Taylor-Gooby,

1988). I Sverige accepterades till stora delar den nyliberala kritiken av välfärdsstaten samtidigt som dess lösningar, liksom den ideologiska debatten i sin helhet, avvisades. Den generella välfärdsmodellen, dvs ambitionen att på lika villkor och genom solidarisk finansiering försäkra alla medborgare tillgång till vissa grundläggande sociala tjänster ifrågasattes aldrig på allvar. Opinionsundersökningar bekräftade att stödet för den traditionella välfärdspolitiken var fortsatt högt bland befolkningen (Svallfors, 1989 och 1992). Den svenska debatten om välfärdsstatens framtid kom därför att till övervägande del handla om hur man skulle förändra medlen för välfärdspolitiken, inte målen.

Införandet av marknadskrafter i *produktionen*, i stället för *finansieringen* av välfärdstjänster, tycktes erbjuda en lösning på det politiska dilemma som Sverige stod inför. När vårdgivare tvingades verka under mer marknadsmässiga förhållanden skulle ökad ekonomisk effektivitet skapas, hoppades experterna (Blomqvist, 1980 och 1990, Jönsson & Rehnberg, 1986). Den grundläggande idén i den modell som förenar de två komponenterna *marknadsstyrning via valfrihet* och *skiljandet av producent och finansiär* är att medborgarna skall ges frihet att välja mellan konkurrerande servicealternativ och att politikerna agerar uppköpare av vård för deras räkning. Genom den konkurrens som stimuleras av medborgarnas fria val och av politikernas pris- och kvalitetsbevakning utnyttjas marknadskrafternas effektivare resursallokering. Detta innebär att medborgarna kan få del av marknadens frihet, dvs att med sitt val styra sin konsumtion. Samtidigt undviks i denna modell av interna marknader den vanliga marknadens ojämlikhet, dvs att endast de som har råd kan göra val, eller få tillgång till tjänsten över huvud taget. "Valfrihet" i den interna marknadsmodellen betyder alltså inte endast rätten att välja vårdgivare utan blir dessutom ett *styrmedel*. Patientens val kopplas till en marknadsdynamik som, idealt sett, styr allokeringen av resurser i verksamheten.

Idéerna om marknadsstyrning av offentlig verksamhet, ofta saluförda just under baneret valfrihet, väckte stor entu-

siasm i Sverige. Detta kan åtminstone delvis förklaras med den attraktiva lösning de utgjorde på välfärdsstatens "kris". Medan konservativa och nyliberala kritiker runtom i Europa och USA attackerade själva de ideologiska fundamenten för en offentlig välfärdsservice (jämlighet) kunde man i Sverige fördjupa sig i tekniska diskussioner om "ersättnings-system", "vårdtyngd" och "beställarkompetens". Valfrihets- och konkurrensreformerna utgjorde därmed en politiskt smidig lösning på den i grunden klassiska värdekonflikten mellan marknad och politik eller, om man så vill, mellan individuell frihet och social jämlighet. De marknadslösningar som senare kom att implementeras i svenska landsting har i praktiken varierat mycket när det gäller omfattning och utformning. Den interna marknadsmodellen har dock utgjort ett förenande grundelement i reformprocessen.

Problemet med marknadsstyrning är att det i realiteten inte finns något enkelt och uppenbart sätt att introducera marknader i ett offentligt finansierat system. Svårigheterna är många och inkluderar frågor som prissättning, kostnads-kontroll och kvalitetssäkring. Det grundläggande problemet i sammanhanget, vilket med nödvändighet begränsar marknadsmetaforens tillämplighet, är att produktionen och distributionen av välfärdstjänster är en unik typ av ekonomisk verksamhet. Inom den offentliga välfärdssektorn är det inte (till skillnad från på marknaden) konsumenternas efterfrågan som driver produktionen, utan politiska värden. Därför tillåts inte den mest centrala av alla marknadsmekanismer, konsumentens betalningsvilja, att spela ut sin roll i prisbildning och resursallokering. I den mån marknadsmekanismer kan introduceras måste de utarbetas med stor försiktighet, så att de kan få någon som helst effekt utan att riskera att snedvrider ett redan komplicerat incitamentsystem och utan att sätta den politiska styrningen ur spel. De senaste årens omfattande forskning och utvärdering av försöken att introducera en ökad grad av marknadsstyrning inom sjukvård, i Sverige och utomlands, visar att detta är en mycket svår balansgång (Jonsson, 1993, Robinson & le Grand, 1994, Saltman & von Otter, 1995).

Försöken att införa valfrihet och konkurrens inom svensk sjukvård har inte varit utan positiva resultat. Möjligheterna till valfrihet i konsumtionen har ökat markant för den enskilde medborgaren. Utvärderingar visar att produktiviteten och kostnadsmedvetandet har ökat inom sjukvården, vilket åtminstone till viss del kan tillskrivas introduktionen av prissignaler och ökad konkurrens (Arvidsson & Jönsson, 1995). Dessutom har alternativen till landstingsproducerad vård ökat i omfattning vilket inneburit ett mer mångfasetterat utbud av vårdtjänster.

Implementeringen av marknadsreformer inom vården har också mött svårigheter. Vi vet att valfriheten i praktiken utnyttjas föga. Patienterna känner dåligt till sina möjligheter att välja vårdgivare och får bristfällig information från landstingen (Hanning & Winblad, 1995, Anell & Svarvar, 1994). Kostnaderna för reformerna har visat sig betydligt högre än väntat (se nedan). Ett annat problem är att marknadsreformerna dessutom tycks ha ökat snarare än minskat vårdens byråkratisering, och att administreringen av "vårdmarknader" hittills har visat sig ytterligt komplex. Implementeringsprocessen har, som Saltman och von Otter konstaterar, varit besvärligare än väntat (Saltman & von Otter, 1995).

Ett av de viktigaste argumenten i det här kapitlet är att de dilemman som uppstått under introduktionen av marknadsstyrning i sjukvården inte endast sammanhänger med implementeringsproblematiken som sådan, dvs de "tekniska" problem som reformernas komplexitet skapar (utveckling av prismodeller, spridandet av information till patienter, kontraktsförfarande osv). Problemen ligger djupare än så. De frågeställningar angående sjukvårdsreformernas framtid som diskuteras i det följande har i stället, hävdar jag, sin grund i *de oklara och delvis motstridiga målsättningar som låg bakom deras införande*. Genom att peka på tre politiska målkonflikter som aktualiserats genom reformeringen av vården, vill jag återföra sjukvårdsdebatten till en mer övergripande nivå av ideologiska överväganden.

Målkonflikt 1: Valfrihet och kostnadskontroll

Frågan om marknadsanpassningens konsekvenser för kostnaderna kan formuleras rakt på sak: "Blir det verkligen billigare med marknadsstyrning?" När marknadsreformer infördes inom svensk sjukvård framstod det för de optimistiska som om kostnaderna skulle sjunka, verksamheten bli effektivare och patienternas valfrihet ökas; allt på en gång. Om det visar sig att detta inte är möjligt, utan att man tvingas göra avvägningar mellan de olika målsättningarna, hur går det då med valfriheten, dvs patienternas möjlighet att påverka? Frågan handlar i grunden om huruvida valfrihet för medborgarna har ett egenvärde eller om dess framtid är knuten till kostnadsutvecklingen.

Det är tydligt att behovet av att kontrollera kostnaderna var ett av huvudskälen till införandet av valfrihet och konkurrens från den socialdemokratiska regeringens sida när dessa reformer initierades (prop 1988/89:150, prop 1990/91:100). För den borgerliga regering som tillträdde 1991 och deklarerade en "valfrihetsrevolution" fanns en uttalad ambition att inte bara hålla tillbaka en ökning av kostnaderna inom socialpolitikens område, utan också att verka för en neddragning av utgifterna inom den offentliga välfärdspolitikens område.

Lärdomarna från de senaste årens experimenterade med olika typer av valfrihets- och konkurrensmodeller ger dock inget entydigt stöd för hypotesen att marknadsstyrning sänker kostnaderna för sjukvården. Snarare finns en risk för rakt motsatt utveckling. Erfarenheter från marknadsstyrning i andra länder har visat på svårigheterna att förena valfrihet och konkurrens med kostnadskontroll. Eftersom meningen är att vårdproducenterna skall få inkomster för att driva sin verksamhet i den utsträckning som de kan "sälja" sina produkter till landstinget, har de incitament att behandla så mycket som möjligt och med så dyra metoder som möjligt. Patienterna, å sin sida, har inget incitament att hålla tillbaka sin vårdkonsumtion (tvärtom) eftersom den ju

inte är kopplad till betalningsvilja. Problem av detta slag har varit tydliga i samband med införandet av prestationsersättning i svenska landsting, av vilket det mest väldokumenterade exemplet är Stockholmsmodellen.

För att motverka kostnadsdrivande effekter av att vårdgivare ges ekonomiska incitament att producera i övermått, regleras ofta förhållandet mellan producent och finansiär genom kontrakt. Genom kontrakten specificeras vilka vårdgivare som har rätt till ersättning från landstinget och hur stor volym landstinget är villig att köpa. Kontrakten har en stabiliserande funktion både för producenterna, vars tillvaro blir mindre ekonomiskt osäker, och för landstinget, som därigenom bättre kan planera verksamheten.

Vad gäller patienternas valfrihet utgör kontraktsförfarande dock ett hot. Patienten kan då i praktiken endast välja vårdgivare som har kontrakt med det landsting till vilket denne hör. Dessutom begränsas producenternas möjligheter att ge den vård patienten efterfrågar, eftersom beställarna kan sätta tak på hur många tjänster av ett visst slag de är villiga att köpa. Kontraktsförfarande, vilket är en central del i de nya sjukvårdsmodellerna i Sverige, står alltså i direkt konflikt med målsättningen patientvalfrihet.

Utvecklingen i Sverige och andra länder visar att också *administrationskostnaderna* kan stiga genom det komplexa kontroll- och förhandlingssystem som reglerar förhållandet mellan producent och finansiär på en sjukvårdsmarknad (Dahlgren,6, 1994). Risken finns att försöken till marknadsstyrning av vården genom valfrihet och konkurrens inte endast leder till ett dyrare, utan också ett mer byråkratiserat, sjukvårdssystem. En sådan utveckling går, som vi sett ovan, stick i stäv med de ursprungliga motiv som låg bakom förnyelsen av sjukvården.

Om friheten att välja vårdgivare även innefattar ett utbud utanför den offentliga produktionen skärps konflikten mellan valfrihet och kostnadskontroll ytterligare. En viktig del av den ökande valfriheten för patienter i Sverige är det växande utbudet av privata specialister som konkurrerar med landstingssjukhusen. För många svenskar utgör frihe-

ten att gå till privatläkare i stället för till den offentliga vårdcentralen eller sjukhuskliniken det mest synbara och uppskattade resultatet av sjukvårdens reformering under senare år. Den ökande tillströmningen till privata specialister som ersätts av landstinget har dock blivit ett ekonomiskt problem för många landsting. Lösningen på detta problem ses av de flesta bedömare som inskränkandet av etableringsfriheten för privata vårdgivare.

Etableringsfrihet är dock en förutsättning för en marknad som verkligen låter patienternas val påverka utbudet av tjänster. Likaledes förutsätter reell möjlighet att välja/byta vårdgivare i någon mån överkapacitet på utbudssidan, dvs att det verkligen finns tillgängliga vårdplatser på annat håll om en patient vill söka sig bortom det anvisade vårdalternativet.

Ett annat exempel på hur valfriheten riskerar att undermineras när den kommer i konflikt med målet kostnadskontroll är hoten, med hänvisning just till kostnadsproblemet, från en del landsting att avskaffa vårdgarantin. Vårdgarantin infördes 1992 som ett av de viktigaste leden i strävan att öka valfriheten för patienter inom den svenska sjukvården.

Målsättningen att hålla nere sjukvårdens kostnader hotar inte bara nyvunna friheter för patienterna, utan också gamla rättigheter. Svenskar har länge haft den internationellt sett ovanliga friheten att kunna söka upp specialister utan remiss från allmänläkare. Denna frihet, vilken enligt Richard Saltman placeras Sverige som land nummer ett i världen med avseende på patientvalfrihet (Saltman, 1992), hotas nu som en del i landstingens försök att skära ned sina kostnader. Remisstvång har visserligen flera gånger avvisats av både borgerliga och socialdemokratiska riksdagsmajoriteter, men tycks nu i stället genomföras på egen hand av vissa landsting (Dagens Medicin 4/95). Remisstvång innebär en avsevärd inskränkning i patienternas möjlighet att styra sin vårdkonsumtion.

Sammanfattningsvis kan man alltså konstatera att målsättningen valfrihet på flera sätt står i konflikt med målsättningen kostnadskontroll. I dagens läge tycks det som om det

är valfriheten som får stryka på foten när denna inneböende motsättning tydliggörs. Etableringsfriheten för privata specialister och sjukgymnaster avskaffades 1994 av den tillträdande socialdemokratiska regeringen med hänvisning just till kostnadsproblemet (prop 1994/95:195). Införandet av remisstvång i flera landsting är ett annat exempel, liksom hoten att avskaffa vårdgarantin. Det faktum att valfrihet inom sjukvården i stor utsträckning setts som ett medel att befärja kostnadsutvecklingen, snarare än som ett mål i sig, förefaller göra valfrihetens öde förbundet med landstingens ekonomi.

Svårigheterna att förena valfrihet och kostnadskontroll visar på behovet av en öppen diskussion om vilket *egenvärde* valfriheten har och hur detta skall balanseras mot andra sjukvårdspolitiska målsättningar. Om t.ex. själva konkurrensen tillmäts större vikt än patientvalfriheten kan reformerna rent teoretiskt begränsas till att landstingen lägger ut verksamheten på entreprenad bland konkurrerande producenter. Nackdelen med detta, dvs *konkurrens utan valfrihet*, är en urholkning av medborgarnas möjlighet att påverka vården, både demokratiskt och i rollen som konsument.

Inte heller finns det några entydiga bevis för att en marknad av konkurrerande producenter *i sig* skulle hålla sjukvårdskostnaderna nere. När det gäller kostnadskontroll av sjukvårdssystemet som helhet pekar bevisen snarast mot att ett offentligt system av just den typ som Sverige traditionellt har haft är den bästa modellen (Culyer m fl, 1992, Twaddle, 1993). Om det är målsättningen kostnadskontroll som ges högsta prioritet av politikerna kan man följaktligen fråga sig varför de komplexa och kostsamma marknadsreformerna över huvud taget introducerades. Mycket tyder på att besparingar hade varit möjliga – och kanske mest verksamma – inom det existerande systemet.

En del av svaret ligger förmodligen i den mångfald av aktörer, ofta med olika och delvis motstridiga intressen, som påverkade reformprocessen under dess initialskede. För vissa reformatörer var valfriheten som patientmakt-

medel det centrala. För andra konkurrensen och skiljandet av producent och finansiär. En tredje grupp såg säkerligen behovet att dämpa kostnadsutvecklingen som det allt överskuggande målet. Också rent politiska skiljelinjer kunde döljas bakom valfrihetens tilltalande formel. Socialdemokratiska politiker ville dämpa kostnadsutvecklingen och samtidigt "demokratisera" vården (målsättningar som vi sett i sig kan vara motstridiga). Borgerliga företrädare månade om den individuella friheten och såg därtill chansen att introducera privat företagande i sjukvården. Inte heller bör man i sammanhanget bortse från den *allmänna* attraktionskraft som marknadsmetaforen i sig hade och fortfarande har bland sjukvårdsexpertis och politiker i Sverige.

Målkonflikt 2: Marknadsstyrning och demokrati

En annan fråga som genererats genom implementeringen av marknadsstyrning inom sjukvården är den om den politiska makten över vården. Kan den demokratiska kontrollen över resursfördelningen inom vården bibehållas när marknadsstyrning införs?

I detta avsnitt belyses frågan om vårdens styrning av den delvis förändrade inriktning av sjukvårdspolitiken som socialdemokraterna föreslog i sin vårdproposition våren 1995. Propositionen förebådades med viss bävan och förväntan bland både profession, experter och politiker, eftersom den antogs innebära ett domslut över de marknadsreformer som socialdemokraterna själva initierade vid 80-talets slut och som förstärktes under den borgerliga regeringsperioden. Propositionens principiella innehåll är därför av särskilt intresse. Den är i mitt tycke dessutom ett exempel på hur målkonflikter som skjuts åt sidan i ett initialskede av en reformprocess i stället kan dyka upp i ett senare skede och då riskera att hota reformen som helhet.

I proposition 1995/96:195 rivs både husläkarlagen och

specialisternas fria etableringsrätt upp.¹ Socialdemokraterna skiljer i propositionen på *patientens rätt* att välja vårdgivare och *privata vårdgivares rätt* att etablera sig och erhålla offentligt stöd. Den förra rätten vill man främja, men den senare anser man hota den offentliga vårdapparatusens funktionssätt.

Upphävande av specialisters etableringsrätt kan, som vi sett ovan, motiveras av kostnadsskäl. Propositionens författare menar dessutom att fri etableringsrätt försvårar landstingens planering och kontroll av verksamheten. När husläkarlagen behandlas framkommer ett tredje motiv, grundat i klassisk socialdemokratisk syn på socialpolitikens roll, nämligen statens ansvar för *folkhälsan*. Den gamla tanken om preventiv vård lyfts här fram och kontrasteras mot det efterfrågestyrda sjukvårdssystem som skapas genom marknaden.

I praktiken lämnar socialdemokraterna öppet för varje landsting att själv besluta om privata läkare och deras ersättningsvillkor. Propositionen talar dock ett tydligt språk när det gäller vilken central riktning man nu lägger fast för vårdens fortsatta utveckling. Begrepp som samverkan, kontinuitet och helhetsansvar för befolkningens hälsa har ersatt de tidigare uttrycken effektivitet, valfrihet och den enskildes rätt. Till utgångspunkt för sina överväganden tar socialdemokraterna jämlikhetstanken i hälso- och sjukvårdslagen. Indirekt framkommer hotet att en ökande andel privata specialister främst söker kunder hos de välsituerade grupperna och därmed försvårar politisk kontroll över hur resurserna används i vården:

För att hälso- och sjukvårdens resurser skall kunna användas för att i första hand tillgodose behoven hos dem, bl a de äldre, barnen, de psykiskt störda och de långtids-sjuka, som mest behöver vård och stöd *måste hälso- och sjukvården vara demokratiskt styrd* (prop 1994/95:195, s 39, min kursivering).

¹ Den senare upphävdes formellt i ett kort beslut strax efter socialdemokraternas regeringsstillträde hösten 1994 (SFS 1994:1960).

Intrycket från proposition 1994/95:95 är att socialdemokraterna förefaller ha omvärderat sin syn på marknads-mekanismernas betydelse för styrning av vården. Konkurrensens roll, vilket som vi sett gjordes till den centrala utgångspunkten för reformverksamheten under 1980-talets slut, diskuteras inte i prop 1995/96:195. I stället är det *samverkan*, ett begrepp med närmast motsatt innebörd, som är nyckelordet i propositionen. Även den vård som tillhandahålls av privata vårdgivare skall, enligt propositionen, samordnas under landstingens ledning så att den kompletterar den offentliga verksamheten och dess behov. Styrningen skall nu alltså åter ske via politisk planering, inte genom marknaden.

Frågan är vad en övergång från konkurrens till samverkan innebär för patienternas roll. I propositionen lyfts valfriheten fram som en viktig del av patientens möjlighet till inflytande, åtminstone på primärvårdsnivå. Samtidigt förutsätter ju möjligheten att påverka verksamhetens inriktning genom valet att pengarna följer patienten, dvs någon form av konkurrens. I vårdpropositionen diskuteras också begrepp som "patientinflytande" och "patientcentrerad vård". Socialministern föreslår bl a att den klausul i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) som slår fast att vårdbeslut skall ske i samråd med patienten ges en mer framträdande plats (s 43). Dörren öppnas därmed för andra medel för patientmakt än valfrihet, även om det görs klart i propositionen att friheten att välja mellan olika vårdcentraler skall bevaras. Frågan är i vilken utsträckning patientmakt över huvud taget är möjlig utan att patienten har rätt – och faktiska möjligheter – att söka en annan vårdgivare. Valfrihet på specialistvårdsnivå är som vi sett i praktiken avhängig de privata specialisternas framtid.² En vagt formulerad uppmaning till "samråd" kan också bli ett patientmaktmedel som i ännu högre grad än valfriheten är beroende av patientens egen förmåga att artikulera preferenser och ställa krav.

² En annan möjlighet, om än ofta krångligare för patienten, är att söka sig till ett annat landsting.

Sammanfattningsvis kan man alltså konstatera att den senaste vårdpropositionen speglar en mer kritisk inställning till marknadskrafter inom sjukvården. Det tycks som om entusiasmen över marknader och konkurrens slagit över i sin antites. I proposition 1995/96:195 hyllas värden som samverkan, politisk planering och förebyggande folkhälsoarbete. Propositionen illustrerar väl målkonflikten mellan det politiska ansvaret för folkhälsan och individens frihet att själv styra sin sjukvårdskonsumtion genom ett marknadsorienterat system. Det handlar dels om hur folkhälsoansvar kan förenas med patientvalfrihet, dels, i ett vidare perspektiv, om den klassiska konflikten mellan marknadens logik och statens politiska prioriteringar.

Konflikten mellan marknadsstyrd vård och politiskt folkhälsoansvar är inte ny. Svensk sjukvård har byggts upp utifrån medvetna val just när det gäller avvägningen av dessa delvis motstridiga värden. I den utsträckning som införandet av marknadsstyrning innebär en omvärdering av synen på tidigare politiska val måste detta tydliggöras i diskussionen och relateras till sin kontext av sjukvårdspolitisk tradition.

Å andra sidan finns i dagsläget en risk att värdet av patientvalfrihet så att säga slängs ut med badvattnet när marknadens styrmekanismer misskrediteras. Utvecklingen mot en ren "motreaktion" mot marknadsstyrning i försvar av folkhälsotraditionen kan leda till att man även i detta fall underlåter att behandla målkonflikter, dvs inte tydliggör vilka värden som sätts tillbaka för andra och på vilken ideologisk grund detta sker.

Målkonflikt 3: Privat vård och bibehållen jämlikhet

En tredje fråga när det gäller den svenska sjukvårdens framtid är den om den privata sektorns roll. Stimulerandet av konkurrens från privata aktörer var en viktig del av de marknadsreformer som infördes inom vården under 1980- och 1990-

talen. Under de senaste åren har de privata aktörernas andel av vårdmarknaden följaktligen ökat. Samma utveckling har funnits inom andra välfärdstjänsteområden som skola, äldreomsorg, barnomsorg och missbruksvård. Det offentliga monopolet på välfärdstjänsteproduktion har således brutits, samtidigt som finansieringen av dessa tjänster till övervägande del är bibehållet offentlig. Detta har fört Sverige in i ett nytt skede när det gäller välfärdspolitikens utveckling.

De centrala frågeställningarna i sammanhanget är dels vilka konsekvenser de privata aktörernas intåg i den offentliga välfärden får och dels om de kommer att *stanna* inom ramen för denna. Det är viktigt att i diskussionen skilja på privata producenter som verkar inom det offentliga systemet, dvs ersätts och regleras av landstinget, och privat verksamhet som finansieras helt eller delvis utanför offentliga sektorn. I det senare fallet kan vi tala om "ren" privatisering, i det andra om privatisering endast av produktionen.

Privata producenter inom ramen för offentlig finansiering

Privata producenter som ersätts offentligt borde rent teoretiskt inte utgöra ett hot mot jämlikheten. Detta var, som vi sett, en av de bärande tankarna i de marknadsmodeller som kom att introduceras inom svensk sjukvård. Alla medborgares lika tillgänglighet till vård, oberoende av inkomst, garanterades ju av en bibehållen offentlig finansiering. I praktiken har problemet "lika tillgänglighet" visat sig mer komplext. Tillgänglighet till en tjänst avgörs inte alltid endast av betalningsförmåga, utan också av andra resurser.

Skolan är en sektor där effekterna av konkurrens mellan privata och offentliga alternativ inom ramen för offentlig finansiering har studerats ingående. Det är för tidigt att säga något definitivt om effekterna av skolvalfrihet för jämlikheten, men resultaten pekar mot att en socialt segregerande effekt inte kan uteslutas. Det är exempelvis dokumenterat att benägenheten att utnyttja valfriheten för att söka sig till den privata skolsektorn varierar med socialgrupp (OECD,

1994, Arnman & Jönsson, 1995). Privata skolor tenderar också, delvis som ett resultat av den socio-ekonomiska snedfördelningen bland sina "klienter" att ha högre status och bättre resultat. Jämlikheten undergrävs genom att ekonomiskt mindre privilegierade grupper tenderar att bli kvar i de (offentliga) skolor som andra väljer bort och som därmed också förlorar resurser till de privata.

I Sverige finns ännu inga studier som belyser om liknande samband gäller för vården. Rent allmänt vet vi att få av patienterna *över huvud taget* utnyttjar valfriheten för att söka sig en annan vårdgivare än den "tilldelade". Detta gäller även i fall där vårdgarantin uttryckligen garanterar en sådan rätt. De studier som finns antyder att informationsbrist är ett centralt problem i sammanhanget (Hanning & Winblad, 1995, Anell & Svarvar, 1994). Det är uppenbart att den mån i vilken patienter utnyttjar valfriheten och använder sitt inflytande för att påverka sin vårdkonsumtion i stor utsträckning beror på vilken information om alternativen de besitter. Problemet är att tillgänglighet till information alltid kommer att vara en ojämnt fördelad resurs, liksom förmodligen att hävda sin rätt.

En annan risk är att patienter från socialt belastade miljöer, kanske med språksvårigheter, betraktas som mer resurskrävande och därför riskerar att "sällas bort" av privata vårdgivare som måste kämpa för sin ekonomiska överlevnad. När husläkarreformen implementerades införde vissa landsting ersättningar viktade efter socio-ekonomiska faktorer just för att kompensera för extrakostnader och undvika "gräddskumning" av detta slag från husläkarnas sida (Westander & Lappalainen, 1994). En annan typ av gräddskumning inom vården är den där vårdlättas patienter ges tillträde till en viss vårdgivare framför vårdtunga.

Sådana åtgärder mot gräddskumning som t ex introducerades i samband med husläkarreformen, saknas inom den privata specialistvården. Inte heller finns det ännu några utvärderingar av hur en ökande andel privat specialistvård påverkar olika sociala gruppers fördelning när det gäller vårdkonsumtion. Det kan dock finnas skäl att tro att den

privata specialistvården utnyttjas mest av över- och medelklassen. Det faktum att privata läkare och vårdinstitutioner tenderar att etablera sig i de centrala och norra delarna av Stockholm, snarare än i exempelvis söderförorterna, kan i sig innebära att tillgången till privata läkare blir ojämnt fördelad. En skillnad i tillgänglighet kan också uppstå mellan stats- och landsortsbor, eftersom privata vårdgivare, liksom privata skolor, i första hand tycks vara ett storstadsfenomen.

En socialt snedvriden fördelning i konsumtionsmönstret mellan olika former av vårdproduktion *behöver* inte innebära att vårdkvaliteten för de grupper som utnyttjar privat sjukvård blir högre. I dagsläget finns inga bevis för att privatproducerad vård generellt sett är av högre kvalitet än offentlig. Möjligen är omsorgskvaliteten den aspekt där privata producenter skiljer ut sig och ofta överträffar offentliga. Exempel på omvårdnads kvalitet är en behagfull miljö och mer utpräglat servicebeteende från vårdpersonalens sida.

En grundläggande oenighet har bestått i Sverige när det gäller huruvida införandet av konkurrens inom den offentliga sjukvården skall omfatta privata aktörer. Frågan om de privata men offentligt finansierade producenternas roll är ännu en av de olösta frågor som dolts i retoriken runt valfrihetsreformerna. Socialdemokraterna var, som Peter Antman visat, oeniga när det gällde huruvida de konkurrensmodeller som utvecklades under 1980-talets slut skulle inkludera privata producenter eller ej. Till slut kom partiet ändå att öppna dörren på glänt för privat verksamhet inom välfärdens område (Antman, 1994). Man undvek dock att närmare precisera under vilka omständigheter och i vilken form icke-offentlig produktion fick förekomma. Som jag visat i föregående avsnitt, kvarstår den ambivalenta hållningen till privat sjukvård inom socialdemokratin.

Under den borgerliga regeringsperioden 1991–1994 förstärktes inriktningen mot en privat vårdsektor (prop 1993/94:100 och prop 1993/94:150). Inte heller den borgerliga regeringen specificerade dock under vilka villkor och inom vilka ramar den privata vårdsektorn skulle tillåtas expandera. Det stod också klart att en privat *finansierad*

vårdsektor inte helt uteslöts av de borgerliga, även om regeringen vidhöll att välfärden även i framtiden "till alldeles övervägande delen" skulle finansieras med gemensamma medel (regeringsförklaringen 1991).

Även bland forskare och debattörer inom sjukvårdspolitikens område har meningarna varit delade när det gäller huruvida privata aktörer skall tillåtas ta upp konkurrensen med de offentliga vårdgivarna. Casten von Otter och Richard Saltman, ledande förespråkare för valfrihet och konkurrens inom sjukvården under 1980-talet, avvisade privata aktörer från sina tänkta planstyrda marknader. De motiverade detta med hänvisning till de negativa effekter både på vårdkvalitet och möjligheten till politisk styrning som introduktionen av vinstmotiv i vården skulle kunna få (von Otter & Saltman, 1990).

Statsvetaren Bo Rothstein, å andra sidan, menar att privata aktörer bör få verka inom välfärdspolitikens område. Han sätter dock upp tre villkor för detta: 1) Att offentlig finansiering bibehålls, dvs att fördelningen av tjänster liksom tidigare styrs av behov och inte inkomst 2) Att lika tillgänglighet kan garanteras alla medborgare även till privata producenter, dvs att ingen gräddskumning förekommer 3) Att lika kvalitet på tjänsterna, oberoende av producent, kan garanteras. Kan alla tre villkoren garanteras utgör, menar Rothstein, privat verksamhet inget hot mot välfärdspolitikens grundläggande målsättningar (Rothstein 1992).

Frågan om det i realiteten är möjligt att garantera dessa villkor och därmed bevara en jämlik välfärdsmodell är fortfarande öppen. Möjligheten finns att när vi vet svaret är det "för sent", dvs då har en del av befolkningen redan förändrat sina konsumtionsmönster på ett sätt som inkluderar privat vård (eller omsorg eller utbildning) och därför inte är villig att ge upp sin nya frihet i det avseendet. Detta gäller i synnerhet den växande grupp som söker sig till en privat marknad som också *finansieras* med privata medel.

Privat vård utanför det offentliga systemets ram

Den fullt ut privata vårdmarknaden, dvs den sjukvård som även *finansieras* utanför det offentliga systemet, utgör fortfarande en mycket liten del av den totala vårdkonsumtionen i Sverige. Expansionen av denna sektor under senare år har dock en politisk signifikans som har mer att göra med dess faktiska förekomst än dess storlek. Med andra ord: frågan är inte i första hand hur stor den privata sektorn skall vara, utan vad dess existens innebär för de värderingar som ligger till grund för den svenska sjukvårdsmodellen.

Det ökade inslaget av privat finansierad vård i Sverige märks på flera sätt. Andelen privatpraktiserande läkare som söker klienter även utanför det offentliga systemets ram har ökat, liksom privata sjukhem som tar ut högre egenavgifter än offentliga. En liknade trend mot ökande privat finansiering finns inom äldreomsorgen, där ett större inslag av avgiftsfinansiering har eftersträvat av både socialdemokrater och borgerliga partier. Kanske mest betydelsefullt i sammanhanget är att marknaden för privata sjukförsäkringar expanderat i Sverige sedan 1980-talets mitt, från att vara i stort sett obefintlig (Rehnberg & Garpenby, 1995). Det bör understrykas att det är för tidigt att uttala sig definitivt om utvecklingen när det gäller den privata vårdmarknaden, eftersom otydliga och växlande politiska signaler har gjort de privata aktörernas framtid inom vården osäker. En fortsatt utveckling mot privatisering inom sjukvården *också med avseende på finansieringsformerna* kan dock inte uteslutas.

När det gäller frågan om privat och offentligt i vården kan man identifiera två "idealtyper" av sjukvårdssystem, dvs två grundmodeller. En kort rekapitulering av dessa tjänar väl som utgångspunkt för en diskussion om sjukvårdspolitikens ideologiska grundvalar och i vilken utsträckning ett systemskifte faktiskt håller på att genomföras inom svensk sjukvård.

Modell 1 är offentligt producerad och offentligt finansierad sjukvård, dvs ett system där inget privat utbyte av tjänster tillåts. Ett sådant system eliminerar möjligheterna till privat konsumtion av sjukvårdstjänster. Den privata frihe-

ten inskränks därmed av att den enskilde inte själv kan bestämma hur mycket pengar han eller hon vill spendera på sjukvårdstjänster. Alla "tvingas" betala ett visst belopp via skattsedeln och kan inte heller öka sin konsumtion och erhålla fler eller bättre tjänster. Fördelningen i den offentliga modellen styrs helt av behov, enligt kriterier som bestämts politiskt. Denna modell ligger i praktiken nära den svenska politiken när det gäller både sjukvård, skola och social omsorg under efterkrigstiden. Fördelen med denna "offentliga" välfärdsmodell är att alla medborgare, oberoende av personlig inkomst, garanteras tillgång till välfärdstjänster av hög kvalitet.

Modell 2 är en privat modell, dvs med privat produktion och privat finansiering av sjukvårdstjänster. Den fullt ut privata modellen innebär att medborgarna behåller sina skattepengar och sedan köper sig de tjänster (eller försäkringar) som de i varje enskilt fall tycker sig behöva. Tjänsterna produceras, som vilken annan tjänst eller vara som helst, av privata aktörer på en marknad, och priset sätts av utbud och efterfrågan. Nackdelen med ett sådant system är att alla medborgare inte kommer att ha råd med den sjukvård, omsorg eller grundläggande utbildning de behöver eller vill ha.

Det finns inte något land i världen som har ett helt privatiserat system enligt modell 2. De flesta människor anser att sociala tjänster (inklusive sjukvård) i någon mån skall komma alla medborgare tillgodo och därför fördelas av staten, åtminstone på en viss grundläggande nivå. Modell 2 kan därför i praktiken förstås som ett sjukvårdssystem där privat konsumtion *tillåts* existera parallellt med en offentligt finansierad sektor. Skillnaden mot modell 1 är alltså att behov inte blir enda grunden för fördelning av sjukvårdstjänster. Även betalningsförmåga kommer att spela in. Därmed blandas politisk fördelning av sjukvårdstjänster med fördelning på marknadens villkor.³ De flesta länder i väst-

³ Det bör också noteras att inget land helt litat till marknadskrafterna när det gäller produktionen av välfärdstjänster; i praktiken handlar det, liksom när det gäller finansieringen, om en blandning av privat och offentlig verksamhet.

världen har sjukvårdssystem av den senare typen med "blandad" finansiering, även om stora variationer förekommer när det gäller systemens uppbyggnad.

En viktig skillnad länder emellan är kvaliteten och omfattningen på det offentliga grundskyddet. I vissa fall (exempelvis Tyskland eller Storbritannien) förser den offentligt finansierade vårdsektorn en mycket stor del av medborgarna med högkvalitativ välfärdsservice, vilket gör att endast en ekonomiskt privilegierad elit söker sig utanför detta system för att på privat väg köpa sig sjukvårdstjänster. I andra fall (USA) är det närmast tvärtom: offentligt finansierade sjukvårdstjänster tenderar genom inkomstprövning att endast utnyttjas av de fattigaste.⁴ Ett problem med sjukvårdsmodeller som kombinerar inslag av privat och offentlig finansiering kan vara att den solidariska betalningsviljan när det gäller det offentliga systemet riskerar att sjunka. De medborgare som har privata sjukvårdsförsäkringar kommer ju i praktiken att betala "två gånger" för sin sjukvård. Detta kan i sin tur leda till en utveckling där den offentliga vården får allt mindre resurser och därmed har svårare att bibehålla en standard som är jämförbar med den privata vårdens. (För en utförlig diskussion om välfärdsstatens politiska logik, se Rothstein, 1995.)

I Sverige har idén om en privat finansierad vårdsektor som ett komplement till den offentliga tidigare avvisats. Idealitet social jämlikhet, som varit mycket centralt i svensk välfärdspolitik, har ansetts kräva att alla medborgare på lika villkor får tillgång till sjukvård, dvs att behov skall vara den enda legitima fördelningsgrunden. Införandet av ökad marknadsstyrning inom svensk vård kunde, som vi sett ovan, accepteras av den politiska majoriteten just eftersom modellen innebar bibehållen offentlig finansiering och därmed bevarandet av jämlikhetsidealet.

⁴ Ett viktigt undantag i detta avseende är Medicare, en sjukvårdsförsäkring som utan inkomstprövning tillfaller alla personer över 65 år. Medicare innefattar dock endast i begränsad utsträckning vad vi i Sverige kallar äldreomsorg, varför privat konsumtion av den typen av tjänster utgör ett viktigt komplement för många.

Som exempelvis utvecklingen av den privata sjukförsäkringsmarknaden visar, finns dock tecken som tyder på att vi i Sverige kan vara på väg mot ett blandat system av privat och offentligt också när det gäller finansieringen av vården. Denna möjlighet och dess eventuella konsekvenser har diskuterats mycket litet i samband med marknadsreformernas införande. En privat finansierad vårdsektor utgör ett direkt hot mot målsättningen jämlikhet, eftersom det är betalningsförmåga som styr fördelning av vårdtjänster på en privat vårdmarknad.

En potentiell målkonflikt mellan å ena sidan främjandet av konkurrens och nytänkande genom privat företagande och å andra sidan bibehållandet av den svenska vårdens jämlikhetsideal bör inte negligeras. Den visar på nödvändigheten av att i debatten tydliggöra de ideologiska grundvalar på vilka olika sjukvårdsmodeller vilar. Om det är så att den svenska sjukvården befinner sig i rörelse mot en modell av mer blandad finansiering innebär detta ett avsteg från svensk sjukvårdspolitisk tradition och dess jämlikhetssträvanden. De privata aktörernas inträde i det svenska sjukvårdssystemet (även om det i första hand gäller produktionsledet) pekar på behovet av en diskussion om hur begreppet jämlikhet skall förstås i dagens sjukvårdspolitiska kontext. Befinns det att jämlikheten på ett otillbörligt sätt hotas genom den pågående utvecklingen reses också frågan om och hur tydligare gränser bör dras för den privata sektorns expansion.

Vikten av att ge privata vårdaktörer klara spelregler handlar också om att ge dessa en chans att spela den roll inom sjukvården som man politiskt bestämmer sig för att de skall göra, och därigenom ta tillvara den dynamik som de kan tillföra systemet. Frånvaron av en öppen debatt runt frågan om de privata aktörernas framtid lägger grund för en mer svåröverskådlig förändring av det svenska sjukvårdssystemet; en utveckling som ingen tar politiskt ansvar för. Den "sämsta av världar" vore en utveckling där valfriheten inskränks alltmer i den gemensamt finansierade vårdsektorn på grund av kostnader och andra styrproblem, *samtidigt* som en privat vård-

sektor etableras och därmed erbjuder ett attraktivt alternativ för vissa medborgargrupper. Detta skulle innebära att reell patientmakt endast blir ett fåtal förunnat.

Sammanfattning

I detta kapitel har jag försökt belysa några av de dilemman som de senaste årens experimenterande med marknadsreformer inom vården gett upphov till. Jag har tagit upp tre, som jag anser, centrala målkonflikter vilka bör tas under övervägande innan man går vidare med reformeringen av svensk sjukvård: svårigheten att förena valfrihet med kostnadskontroll, motsättningen mellan marknadens dynamik och viljan till demokratisk styrning, och möjligheten att ett ökat inslag av privata aktörer i vården undergräver bevarandet av jämlikhetsidealet i välfärdspolitiken.

Syftet med mitt bidrag har varit att stimulera en diskussion om vad marknadsstyrning av vården egentligen innebär och i vilken riktning detta kan föra utvecklingen inom svensk sjukvård. Konsekvensen av det önsketänkande som idén om interna marknader till viss del utgör är, menar jag, att vi i Sverige ägnat oss åt att implementera och utvärdera reformer som vi aldrig riktigt har kommit överens om vad de går ut på. I dagsläget står klart att valfrihet och konkurrens inte innebär någon universallösning på sjukvårdens problem. Det är således hög tid att börja föra en öppen debatt om avvägningarna mellan olika politiska mål och de värden som står på spel när sjukvården förändras.

Referenser

- Andersson, P. M. & Hansson L. (1989), *Beställare – utförare: Ett alternativ till entreprenad i kommuner*, Rapport till ESO, DsFi 1989:10.
- Anell, A. & Svarvar, P. (1994), *Landstingens förnyelse av organisation och styrsystem – är strategierna samordnande?*, IHE Arbetsrapport 1994:8.

Paula Blomqvist

- Antman, P. (1994), "Vägen till systemskiftet – den offentliga sektorn i politiken 1970–1992", i R. Å. Gustafsson (red), *Köp och Sälj, var god svälj*, Stockholm: Arbetsmiljöfonden.
- Arnman, G. & Jönsson, I. (1995), *Stimulans genom konkurrens*, Skolverket.
- Arvidsson, G. & Jönsson, B. (1995), Preliminär slutrapport för SNS-projektet "Nya spelregler för hälso- och sjukvården", presenterad vid SNS konferens i april 1995.
- Block, F. m fl (1987), *The Mean Season*, New York: Pantheon Books.
- Blomqvist, Å. (1980), "Konsumentönskemål och effektivitet i sjukvården", *Ekonomisk Debatt*, (1).
- Culyer A. J. m fl (1992), *Svensk sjukvård – bäst i världen?*, Stockholm: SNS Förlag.
- Dahlgren, G. (1994), *Framtidens sjukvårdsmarknader*, Stockholm: Natur och Kultur.
- Friedman, M. & Friedman, R. (1980), *Free to Choose*, London: Secker and Warburg.
- Hanning, M. & Winblad-Spångberg, U. (1995), *Enkäter till klinik- och sjukhusledning angående vårdgarantins betydelse och effekter – våren 1995*, Uppsala universitet, Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst, Rapport 1995-12-2.
- Hugemark, A. (1995), "Hur personalen glömdes bort – ekonomerna i sjukvårdsdebatten 1979–1992", i R. Å. Gustafsson (red), *Köp och sälj, var god svälj*, Stockholm: Arbetsmiljöfonden.
- Jonsson, E. (1993), *Konkurrens inom sjukvården. Vad säger forskningen om effekterna?*, Stockholm: SPRI.
- Jönsson, B. & Rehnberg, C. (1986), "Effektivare sjukvård genom ekonomistyrning", *Ekonomisk Debatt* (2).
- Kavanagah, D. (1987), *Thatcherism and British Politics: the End of Consensus?*, Oxford: Oxford University Press.
- Lindbeck, A. (1988), "Individual Freedom and Welfare State Policy", *European Economic Review*, (32).
- Mead, L. (1985), *Beyond Entitlement: The Social Obligations of Citizenship*, New York: Free Press.
- Murray, C. (1984), *Loosing Ground: American Social Policy 1950–1980*. New York: Basic Books.
- OECD (1994), *School: A Matter of Choice*, Paris: OECD.
- Offentliga tjänster: Sökarljus mot produktivitet och användare* (1986), Rapport till ESO, DsFi 1986:13. Finansdepartementet.
- von Otter, C. & Saltman, R. B. (1990), *Valfrihet som styrmedel*, Stockholm: Arbetslivscentrum.

Valfrihet, konkurrens, välfärdspolitik

- Prop.1988/89:150, Reviderad finansplan m m.
Prop.1990/91:100, Finansplanen.
Prop.1993/94:100, Preliminär nationalbudget.
Prop.1993/94:150, Reviderad nationalbudget.
Prop.1994/95:195, Primärvård, privata vårdgivare m m.
Rehnberg, C. & Garpenby, P. (1995), *Privata aktörer i svensk sjukvård*, Stockholm: SNS Förlag.
Riksdagens protokoll 1991/92:6, Regeringsförklaringen.
Robinson, R. & le Grand, J. (red) (1994), *Evaluating the NHS Reforms*, London: King's Funds Institute.
Rothstein, B. (1992), "Välfärden och valfriheten", *Tiden* (1).
Rothstein, B. (1995), *Vad bör staten göra?*, Stockholm: SNS Förlag.
Saltman, R. B. (1992), *Patientmakt över vården*, Stockholm: SNS Förlag.
Saltman, R. & von Otter, C. (1995), *Implementing Planned Markets in Health Care*, Philadelphia: Open University Press.
SOU 1991:104, *Konkurrensen inom den kommunala sektorn*, socialdepartementet.
Ståhl, I. (1979), "Sjukvården – problem och lösningar", *Ekonomisk Debatt* (7).
Svallfors, S. (1989), *Vem älskar välfärdsstaten?*, Lund: Arkiv Förlag.
Svallfors, S. (1992), "Den stabila välfärdsopinionen. Attityder till svensk välfärdspolitik 1986–92." Arbetsrapport, Sociologiska Institutionen, Umeå Universitet.
Taylor-Gooby, P. (1988), "The Future of the British Welfare State: Public attitudes, Citizenship and Social Policy under the Conservative Governments of the 1980s", *European Sociological Review* 4 (1).
Twaddle, A. (1993), Intervjuad av Jan Lind. "Varför denna plötsliga tilltro till marknaden?", *Läkartidningen* vol 90, (38).
Westander, F. & Lappalainen, T. (1994), "Husläkarreformen", i R.Å. Gustafsson (red), *Köp och sälj, var god svälj*, Stockholm: Arbetsmiljöfonden.

Egenmaktens betingelser i Sverige

LARS TRÄGÅRDH

Den svenska välfärdsstaten är en paradoxal blandning av skoningslös kollektivism och extrem individualism. Samtidigt som individernas oberoende ur ett internationellt perspektiv har drivits oerhört långt, saknas i stora stycken det som i USA kallas individuella rättigheter. Medborgarna har visserligen befriats från beroendet till familjen men är tämligen maktlösa i umgänget med stat och myndigheter. Till stor del har denna maktlöshet osynliggjorts genom att individuella rättigheter har förknippats med risken för att ojämlikheter skulle kunna uppstå. Individuella fri- och rättigheter leder, har kritiker menat, till att starka individer vinner fördelar över de svaga och mindre företagsamma.

Under senare år har detta kontrakt mellan stat och individ kommit att ifrågasättas. Dels har man från höger lanserat en kritik av välfärdsstaten som det civila samhällets och de organiska gemenskapernas dödgrävare, dels har "förnyare" inom vänstern fört liknande resonemang i termer av "egenmakt".¹ Medan forskare knutna till Timbro och City Universitetets Socialstatsprojekt argumenterat för en minskad offentlig sektor och större utrymme för privata insatser, har andra akademiker som Bo Rothstein, Casten von Otter och Richard Saltman sökt formulera principer enligt vilka ett visst mått av valfrihet och klientmakt skulle kunna introduceras inom ramen för en bibehållen generell välfärds-

¹ För ett brett urval av inlägg i denna debatt, se Trägårdh (1995) och Antman (1994).

politik.² Samtidigt står det klart att många vänsterdebattörer – med Göran Greider och Peter Antman i spetsen – ännu ställer sig tvivlande till möjligheten att genomföra en valfrihetsrevolution som inte i det långa loppet underminerar den generella välfärdspolitiken och därmed jämlikheten; som Antman uttrycker det i sin recension av Rothsteins senaste bok, ”en vacker modell – byggd på lösan sand” (AB 25/7 -94).

Min avsikt är inte i första hand att ta del i denna debatt. Jag har andra mål; dels att diskutera debattörernas centrala begrepp i relation till vad vi provisoriskt kan kalla svensk politisk kultur, dels att utifrån detta perspektiv fundera kring frågan om individens makt: Finns den? Är den önskvärd? Hur ser förutsättningarna ut? Diskussionen gäller inte enbart frågan om individens valfrihet och makt inom sjukvården – temat för denna antologi – utan mer allmänt relationen individ-samhälle-stat. Jag kommer dock, speciellt mot slutet, att knyta an till den konkreta frågan om villkoren för makt och frihet inom vårdsektorn.

Frihet och jämlikhet: en jämförande analys

Det existerar en omfattande litteratur som behandlar den klassiska spänningen mellan frihet och jämlikhet, mellan ”positiv” kontra ”negativ” frihet.³ Denna diskussion förs framför allt av filosofer och statsvetare som behandlar dessa begrepp på en hög abstraktionsnivå och som vill formulera teoretiska och allmängiltiga utsagor.⁴ De centrala begreppens skenbart tidlösa karaktär döljer emellertid det faktum att den förment universella konflikten mellan frihet och jämlikhet alltid förmedlas och konkretiseras av bestämda

² Zetterberg (1995), Rothstein (1994), von Otter & Saltman (1990) samt Saltman och von Otter (1992).

³ För diskussion, se Rosén i denna antologi.

⁴ Till exempel Rawls, *A Theory of Justice* (1971) och Nozick, *Anarchy, State and Utopia* (1974).

historiska och kulturella betingelser. Den svenska debatten "skrivs" med ett språk som är laddat med föreställningar som samtidigt begränsar och bemäktigar; argumenten framförs med begrepp som *föregriper*; som åkallar en hel begreppsvärld med sin specifika historia och sitt konkreta kulturella sammanhang.

"Jantelagen" kan, till exempel, visserligen reduceras till termer som synes översättbara och allmängiltiga, men poängen är ändå att denna "lag" säger något specifikt om just svensk (och skandinavisk) kultur. Så innan vi tar tag direkt i debatten om valfriheten och individernas makt, låt oss först jämföra den svenska föreställningsvärlden med två andra: den tyska och den amerikanska. Just dessa är relevanta inte bara för att de mer allmänt belyser det annorlunda och mer eller mindre specifika i det svenska fallet, utan därför att många av de idéer som i dag marknadsförs i svenska media importerats från just den anglo-amerikanska och tyska begreppssfären.

I USA och Tyskland kan frihetsdiskussionen härledas från politiska argument som först användes i samband med maktkamperna mellan kung och aristokrati samt mellan stat och kyrka.⁵ Den första koloniseringen av Amerika hade sina rötter i en revolt mot den engelska kronans försök att undertrycka religiösa minoriteter och fritänkare. Från Pennsylvanias kväkare till Utahs mormoner har den amerikanska historien kännetecknats av en kamp för religiös frihet som först riktades mot den engelska staten och statskyrkan och sedan stadfästes i en politisk ordning vilken begränsade statens makt över de religiösa institutionerna. Lika viktig var den parallella striden inom den ekonomisk-politiska sfären, en konflikt symboliskt fångad i den mytologiserade skatterevolten, *The Boston Tea Party*. Denna fejd

⁵ Jag använder termen "aristokrati" vilken delvis är missvisande. Vi har här att göra med ett språkligt, begreppsmässigt problem. Det engelska "gentry" – och det därmed förknippade gentlemen – har en annan betydelse än "adel". Det antyder en sammansmältning av adel och högre borgerlighet som var typisk för England (och därmed USA) under den tid då den moderna agrar- och industrikapitalismen började växa fram.

Egenmaktens betingelser i Sverige

mellan kung och aristokrati hade en längre historia i England som delvis sammanföll med liberalismens tidiga utveckling; i Lockes och Montesquieus anda kom också den amerikanska statsordningen att genomsyras av maktodelningsprincipen och en vilja att noggrant beskära statens makt i allmänhet. Denna klassiskt liberala idéströmning, vilken utgick från teorier om individens och ägandets primat, sammanflätades med den andra politiska huvudtraditionen som på engelska kallas *civic humanism*. Den senare, till vilken vi skall återkomma nedan, utgick visserligen likt den förra ifrån egendomsägandet, men betonade det medborgerliga och det sociala; egendomsägandet uppfattades som karaktärsdanande snarare än som ett ekonomiskt mål och den överordnande tankefiguren var den socialt konstituerade individen som verkade för andra i den så kallade dygdens republik.

Newt Gingrichs ”revolution” är i detta perspektiv endast det senaste kapitlet i en lång och högst respektabel strävan efter att decentralisera makten, skydda familjen och den lokala gemenskapen från statligt intrång, försvara de lokalt förankrade religiösa dygderna mot de världsliga statsmaktarnas korrumpade ”reformer” – teman som lätt känns igen från tidigare epoker i amerikansk historia.

Denna tradition handlar framför allt om delstaternas och de lokala gemenskapernas rätt till frihet i förhållande till ”Washington”; den amerikanska myten om ”rugged individualism” till trots har individualismen i USA inte framför allt handlat om oberoende i förhållande till andra människor utan i stället först och främst om förhållandet till regeringsmakten. Emfasen på den privata sfärens okränkbarhet har sålunda mynnat ut i en omfattande frihet för individen i förhållande till staten, men samtidigt har den även lett till individernas absoluta beroende av andra kollektiva former: familj, lokala mer eller mindre institutionaliserade ”gemenskaper” i privat eller offentlig regi, delstatliga organ etc. Med andra ord, individernas frihet är sekundär och ytterst bara en konsekvens av maktodelningsprincipen som primärt kommer organiserade, kollektiva intressen tillgodo.

I Tyskland kan man leda dagens federala och pluralistiska system tillbaka till trettioåriga kriget. I den efterföljande fredsöverenskommelsen fastställdes det att det "Heliga romerska riket av tyska nationen" framöver skulle präglas av svag centralmakt, federalism, utbrett lokalt självbestämmande och religiös splittring. På grund av att nationalstaten – efter fransk och engelsk modell – kommit att bli den idealtyp som styrt historieskrivningen har det Tysk-romerska rikets negativa sidor ofta framhävts. Hellre än att studera "Tyskland" på dess egna villkor har historiker envisats med att låta sig styras av den klassiska frågan: "Varför var inte Tyskland som Frankrike eller England?"⁶ Det står dock klart att man inte kan förstå dagens betoning av subsidiaritets- och federationsprinciperna i Tyskland utan ett längre historiskt perspektiv.

Efter Tysklands enande 1871 försökte Bismarck och hans nationalliberala bundsförvanter att nationalisera Tyskland i religiöst såväl som i ekonomiskt hänseende. Men trots Bismarcks hårda politik överlevde de tyska katolikerna "kulturkampen" med sina rättigheter i behåll. Tysk inrikespolitik har även i fortsättningen bestämts av denna spänning mellan centralmakten och de lokala, delstatliga, kyrkliga och privata intressena. Myten om den tyska underdånigheten – och det feudala system som faktiskt härskade på landsbygden – har dolt den pluralism och lokala frihetstradition som kännetecknat den politiska kulturen i Tyskland, framför allt i städerna. Det kan vara på sin plats att påminna om att Hitlers tolv år är den enda historiska period under vilken Tyskland organiserades som en enhetlig, centralistisk stat *à la France* (eller Sverige).

Denna tradition har i ännu mindre utsträckning än den amerikanska att göra med individens rätt till frihet. I stället står familjen och kyrkan i förgrunden. I motsats till den svenska välfärdsstaten har det sociala kontraktet i Tyskland dominerats av civilsamhällets korporativa medlemmar: familjen som legal och ekonomisk enhet; frivilliga organisationer (inklusive kyrkor); privata försäkringsbolag; företag-

⁶ Jag är inte helt rättvis här. För en lysande bok som ger en rik bild av hur det Heliga romerska riket fungerade på dess egna villkor, se Mack Walker, *German Home Towns* (1971).

en som utbildningsorgan (det berömda tyska lärlingssyste-
met). Individerna uppfattas alltså hela tiden som medlem-
mar i existerande kollektiva enheter av olika slag. Statens
relation till dem är indirekt, förmedlad via mellanliggande,
ofta privata institutioner. Valfärden antas ombesörjas av
dessa det civila samhällets organ; endast i sista hand – om
allt annat misslyckats – kan individerna närma sig staten,
ofta med en tiggarskål i handen.

Om dessa maktkamper mellan stat, kyrka och gentlemän så-
lunda har varit centrala för de frihetliga tendenserna i tysk
och amerikansk politisk kultur, kom adeln och borgerligheten
aldrig att dominera på samma sätt i Sverige. I stället kom alli-
ansen mellan bondeklassen och kungamakten att spela en helt
central roll i den svenska politiska kulturens historia. Det så
kallade enväldet i Sverige var ytterst grundat på böndernas
misstro till och fruktan för den gemensamma fienden: adeln.⁷
Resultatet av denna historiska kompromiss var att svensk po-
litisk kultur tidigt kom att utmärkas av en utomordentligt
stark centralmakt understödd av en effektiv men i sig maktlös
ämbetsmannaadel, samt av en bondeklass som undslapp liv-
egenskap och därmed kunde bibehålla sin rätt till politiskt del-
tagandet på såväl lokal- som riksnivå. Det kungliga ”enväldet”
var med andra ord paradoxalt nog rotat i vad vi, med viss över-
drift, kan kalla en ”proto-demokratisk” politisk ordning.⁸

⁷ Den svenska politiska kulturens historia – och speciellt böndernas roll i
denna – är relativt dåligt utforskad. De viktigaste bidragen har kommit
från Eva Österberg och Peter Aronsson, till exempel den senares *Bönder
gör politik* (1992). Se även Trägårdh (1990) samt Trägårdh (1993a).

⁸ Jag överdriver här och på de följande sidorna den svenska adelns svag-
het (om än i en gammal fin svensk tradition av ”aristokratifördömande”).
Som Michael Roberts, Nils Runeby och andra har visat var den svenska
adeln stundtals mycket stark. Under tiden före Karl XI:s reduktion var
tendensen mot en stark adel, om än inte ett rent feodalt system, ganska
klar. Och under frihetstiden kan man inte enkelt avfärda ämbetsmanna-
adeln som maktlös även om bönderna samtidigt klarade sig tämligen bra,
speciellt vad det gällde ägorätt till jordbruksland. Min poäng är dock att i
stora drag och i ett jämförande perspektiv är de svenska böndernas star-
ka maktposition både unik och i sig remarkabel.

En avgörande konsekvens av enväldet var att den svenska rättighetstraditionen förblev svagt utvecklad. I den anglosaxiska världen, där gentlemannen fungerat som idealtyp, har målet varit att upphöja folket till gentlemannens nivå genom att ge alla de rättigheter som tidigare varit reserverade för fåtalet; sålunda har vad som nu kallas de mänskliga rättigheterna sina rötter i gentlemannens privilegier.⁹ I Sverige gick i stället demokratiseringen ut på att jämställa adeln med folket i stort genom att avskaffa alla privilegier och speciella rättigheter; Jantes lag, snarare än civilitet och värdighet, kom att gälla som värdemåttstock.¹⁰ Följdriktigt är det också så att just rättighetstänkandet är dåligt underbyggt i svensk tradition; vi skriver visserligen under FN:s olika deklARATIONER, men på något sätt rör de ändå inte oss, ett förhållande som de senaste åren provocerat fram en ny, ”grävande” journalism som är djupt misstänksam mot den statliga byråkratin och som har satt fingret just på denna svaga punkt i den svenska rättsstaten.¹¹

Om den svenska adeln – civilitets- och maktodelningsprincipens klassiska bärare – sålunda ter sig tämligen påver, var den andra potentiella maktmotpolens öde om möjligt än mer dystert. Kronans snabba och ytterst framgångsrika erövring av kyrkan (med Luthers reformation som nödortfött skyddstäck) innebar att den svenska kyrkan efter Gustav Vasa i stort förvandlades till ett statens instrument. Om kyrkan i de katolska länderna (och till viss del även i England) fortsatt fungerade som en makt som i alla fall delvis och stundtals kunde spelas ut mot staten, var en dylik maktkamp inte aktuell i Sverige. Ej heller existerade den religiösa och världsliga splittring som i Tyskland gav stort utrymme för kyrkliga ledare att spela en betydande politisk roll och värna om lokala rättigheter och kyrkans relativa

⁹ För en klagörande analys av denna utveckling, se Charles Taylor (1995).

¹⁰ Jämför Zaremba (1987).

¹¹ Till exempel Zaremba (1992) samt den debatt om det svenska rättsväsendet som pågick vintern 1995/1996 på *Dagens Nyheters* kultursidor och i *Moderna Tider*.

autonomi inom det civila samhället.¹²

Den svenska politiska kulturen kom sålunda att kännetecknas av maktkoncentration och likriktning likaväl som av ”urgammal” demokratisk tradition; den erbjöd sockenstugans breda deltagande likväl som den gav ett trångt utrymme för individuella avvikelser från den högst konkreta ”allmänna viljan”. De senaste tvåhundra årens moderniseringsprocess har sedan om något skapat en mångfald nya möjligheter för byråkratisk maktfullkomlighet att kunna blomstra och sprida sig i rättvisans och jämlikhetens namn. Med andra ord, ”friheten” kom i Sverige att bli extremt ”positiv”.

Detta dubbla arv – stark stat, å ena sidan, och sockenstugans demokratiuppfattning, å den andra – axlades i moderniserad form av den svenska socialdemokratin; dess historiska styrka har legat just i dess politiskt pregnanta klivenhet. Det var socialdemokraternas lycka att kunna göra anspråk på en tradition som byggde på en allians mellan ”folkrörelser underifrån” och ett ”statsbärande” parti ovanifrån: SAP som *både* Kung *och* Allmoge. Det traditionella ”aristokratifördömandet” kunde under socialdemokraternas transformeras och förvandlas till den klassiska folkhemspolitikerna med jämlikhet och solidaritet som de ledande tankefigurerna.

Ironiskt nog förde dock denna ”socialistiska” politik till en radikal individualisering av det svenska samhället; då alla mellanliggande institutioner – familjer, privata välgörenhetsorgan, kyrkor – associerades med privilegier, ojämlikhet, till och med förnedring, kom den socialpolitiska utvecklingen att drivas av en logik som i slutändan ledde till att

¹² Jag förenklar även här den svenska historien på ett kanske väl lättvindigt sätt. Det fanns visserligen ingen kamp mellan katoliker och protestanter, ej heller någon självständig statskyrka, men att frikyrkorörelsen under det sena 1800-talet spelade en stor roll för de svenska folkrörelserna (med andra ord: det svenska civila samhället i viss mening) står bortom allt tvivel. Dock vittnar den både snabba och genomgripande integrationen av de svenska folkrörelserna i ”Folkhemmet” om just styrkan i den etatistiska traditionen i Sverige.

svensken stod där, perfekt oberoende av sina medmänniskor, i en direkt, oförmedlad relation till den goda och opartiska staten. Detta är en process vars filosofiska anfader kan sägas vara Rousseau. I *Samhällsfördraget* sammanfattar han sålunda kärnfullt vad vi kan kalla den svenska modellens *modus operandi*:

(V)arje medborgare ska på en och samma gång vara perfekt oberoende av alla sina medmedborgare och till ytterlighet beroende av staten – detta resultat blir alltid uppnått på samma sätt då endast statens makt kan skänka medborgarna frihet.¹³

Detta är en av de formuleringar som blivit ökända bland Rousseaus mer liberalt orienterade läsare; Rousseau ger här uttryck för sin emfas på den positiva frihetens och den allmänna viljans primat, synpunkter som lett till att han kommit att uppfattas som en förgrundsgestalt för både totalitarism och demokratism. Denna kritik utgår ifrån den starka makt som Rousseau ger staten och den allmänna viljan; sett ur ett liberalt perspektiv, enligt vilket maktdelning och individuella och minoritetsrättigheter står i centrum, är detta en djupt illavarslande ideologi. Uppfattad inifrån den svenska traditionen, vilken är att betrakta som demokratisk snarare än liberal, ser det inte alls lika illa ut. Snarare är det så att inte bara jämlikheten utan även oberoendet ter sig som i grunden positiva konsekvenser, väl värda priset av ett mer eller mindre abstrakt beroendeförhållande till Moder Svea.

Man kan inte underskatta attraktionsvärdet av just oberoendet i det svenska kulturella sammanhanget även om det inte är just denna aspekt av det sociala kontraktet som vanligen betonas i det offentliga samtalet. Men att solidariteten och jämlikheten dominerar i debatten beror nog främst på att dessa är värderingar som man kan stoltsera med utan risk för kritik. Med lusten till oberoende förhåller det sig an-

¹³ Jean-Jacques Rousseau, *Om samhällsfördraget eller Statsrättens grundsatser* (1919), s 99.

norlunda då detta är ett värde som ligger oroväckande nära moraliskt tveksamma drifter som själviskhet, egoism och individualism. Men, som jag preliminärt har sökt visa på annan plats, finns det mycket som tyder på att det är just längtan efter oberoende – minst lika mycket som jämlikhetsidealet – som kan ses som den kulturella och socialpsykologiska basen för det svenska välfärdsstatsbygget.¹⁴ Jag har inte här plats till att fullständigt redogöra för denna analys. Poängen är emellertid att den svenska preferensen för personlig autonomi kan beläggas långt innan de stora socialpolitiska reformerna på 1970-talet befriade de enskilda individerna från det traditionella beroendet till familjen. Som det kunde låta i en typisk bok om svenskhet från 1920-talet: ”Få påståenden äro sannare, än att svensken älskar landets stenar mest. Dess folk inger honom rätt så blandade känslor.”¹⁵ Därmed inte sagt att kampen och känslan för solidaritet och jämlikhet inte kan vara innerlig och genuin; lyckligtvis står paret individuellt oberoende – solidaritet i välfärdsstatens regi i ett synnerligen symbiotiskt och ömsesidigt förstärkande förhållande. Dock lär det finnas gränser för hur långt viljan till solidaritet förklarar den väl belagda entusiasmen för professionell omsorg.

I den moderna välfärdsstaten är detta radikala individuella oberoende institutionaliserat i ett kontrakt mellan landets *alla* individer, å ena sidan, och staten, å den andra. Det vill säga, vill vi här tala om individens frihet är den ej baserad på en princip om individuella rättigheter och absolut ej på tanken om att varje individ har en rätt till olikhet, utan på rätten till individuellt oberoende.¹⁶ Den svenska välfärdsstaten kan alltså ses som ett gigantiskt köpekontrakt genom vilket vi som individer har köpt oss fria från personligt ansvar samtidigt som vi försäkrat oss om professionell

¹⁴ Trägårdh (1990), Trägårdh (1993b) samt Trägårdh (1995b).

¹⁵ Gotthard Söderbergh (1929).

¹⁶ I den mån vi kan tala om (val)frihet handlar denna i så fall om en frihet att använda *tid*, det vill säga den tid som traditionellt skulle gått åt till ansvar för och omsorg av anhöriga.

vård och/eller finansiellt stöd under (relativt) anständiga och likartade ("jämlika") omständigheter när vi själva drabbas av sjukdom, får barn, förlorar jobb, åldras etc. Som Peter Antman, en av systemets mest vältaliga försvarare uttrycker det:

Få välfärdsstater är (...) lika konsekvent uppbyggda på idén om individuell autonomi som Sverige. Nästan alla våra välfärdssystem är kopplade till den enskilda personen, inte till familjen eller till arbetet som är så vanligt i andra västländer. Både kampen för full sysselsättning och för hög sysselsättningsfrekvens bygger på huvudtanken att varje person ska ha makten över sitt eget liv. (...)

[V]älfärdstjänster utför[da] i den offentliga sektorn i stället för inom familjen har ju inneburit en frigörelseprocess (...) familjelivet [har] avlastats (...) Beroendet av varandra har minskat när de många gånger instrumentella tjänsterna lagts utanför familjelivet.¹⁷

Vad Antman här ger exempel på är vad jag på annan plats kallat en svensk teori om kärlek, enligt vilken kärleken människor emellan byggs på det ömsesidiga oberoendets fasta grund.¹⁸ Att de "instrumentella tjänster" som familjemedlemmar kan erbjuda varandra kan tänkas vara just det stoff i vilken kärlek frodas, att kärlek kanske just har med ömsesidigt beroende att göra, är en tanke som är lika främmande för Antman som den är självklar för de flesta som lever i samhällen där familjen och civilsamhället spelar en annan roll. I stället citerar Antman med gillande äldreforskaren Marta Szebehely när hon skriver att "gamla människor föredrar 'intimitet på avstånd', och vill ej bero av sina barn".¹⁹ Konservativa kritiker av den svenska familje- och välfärdspolitiken, speciellt de som betraktar Sverige i ett jämförande perspektiv, har tagit just detta synsätt och dess

¹⁷ Peter Antman, i Antman och Thorvaldsson (1994), s 16.

¹⁸ Trägårdh, "Svenskhet och Civilitet" i Trägårdh (1995).

¹⁹ Citerad i Antman (1994), s 17.

institutionaliserande som utgångspunkt för en moraliserande kritik.²⁰

Å andra sidan har välfärdsstatens försvarare betonat den emancipatoriska dimensionen; hur den traditionella, patriarkala familjen ingalunda enbart var en sfär kännetecknad av kärlek och värme utan i stället innebar att kvinnor och barn utsattes för en odemokratisk och ibland våldsam manlig maktutövning.²¹ Min avsikt här är inte så mycket att ta ställning i denna fråga som att påpeka att svensk familjepolitik ytterst vilar på en allmän konsensus kring oberoendet som ett värde som föregriper och delvis bestämmer ramarna för debatten kring denna fråga. Det vill säga, "oberoendets" primat som bestämmande värde i Sverige har radikalt minskat utrymmet för den typ av debatt kring familjevärden som kommit att så dominera amerikansk politisk debatt under senare år. På ett liknande sätt begränsar jämlikhetsidealet rummet inom vilken debatten om "valfrihet" kan föras, vilket vi strax skall illustrera nedan när vi analyserar von Otters och Saltmans diskussion om valfrihet inom vården.

Sammanfattningsvis är alltså mitt argument att den svenska välfärdsstaten kan ses som en institutionalisering av ett antal styrande värden. Vi fann att svensk politisk kultur kännetecknas av både demokrati *och* maktkoncentration i staten eller, om man så vill, i Rousseaus "allmänna vilja." Vidare saknas en stark individuell rättighetstradition och tolerans för det som är annorlunda samtidigt som individernas inbördes oberoende är ovanligt väl ombesörjt samt djupt rotat i folkliga värderingar.

Gemenskaparna och det civila samhället

Att det grundläggande sociala kontraktet i Sverige är skrivet mellan stat och individ, i stort på familjernas och de frivilliga organisationernas "bekostnad", har inte oväntat in-

²⁰ Till exempel Popenoe (1991). För en diskussion, se Trägårdh (1995b).

²¹ Till exempel Trägårdh (1994).

spirerat det senaste decenniets högerkritik av den svenska välfärdsstaten. Kritiken har, grovt talat, utgått ifrån två skilda argument. Dels drivs tesen att Sveriges nuvarande "kris" är ekonomisk; att välfärdsstaten är ineffektiv, att den kostar för mycket.²² Denna krassa, ekonomistiska synpunkt kompletteras sedan med tanken att, i Habermas terminologi, staten "koloniserat" det "civila samhället" eller, för att tala med den amerikanske sociologen Popenoe, att välfärdsstatsindividualismen har "undergrävt familjen" och gemenskapslivet i stort.²³

Denna kritik, samt den debatt som följt, har analyserats ingående på flera håll. Låt mig här bara kort uppehålla mig vid de tankegångar som framförts främst av Hans Zetterberg.²⁴ Han menar att det civila samhället, med vilket han framför allt syftar på familjen och frivilliga föreningar, har invaderats dels av staten, dels av marknaden.²⁵ Just de rum där "kärleksbudet råder", där vi kan söka skydd från den dagliga konkurrensen på marknaden och finna den äkta kärlek och gemenskap som aldrig kan ersättas med välfärdsstatens hjärtlösa vård, har alltså krympt, med vådliga konsekvenser, framför allt för barn och ungdom men ytterst för alla medborgare.

De politiska begrepp med vilka Zetterberg formulerat sin kritik och sin egen alternativa vision är rotade i traditionen av *civic humanism*. Denna tankeströmning – från dess rötter i de italienska stadsrepublikerna fram till grundandet av Förenta Staterna – har utforskats av den inflytelserike

²² Att välfärden kostar står bortom allt tvivel. Att privata alternativ skulle kosta mindre är inte självklart. Men framför allt visar en närmare analys att kritiken i botten är formulerad i moraliska termer (Zetterberg) eller i termer av välfärdsstatens "demokratiska underskott" (von Otter & Saltman).

²³ För en diskussion av svensk familjepolitik och Popenoe och andras kritik, se Trägårdh (1995b), Trägårdh (1993b) samt Popenoe (1988).

²⁴ För debatten om det civila samhället se Antman (1994) samt Trägårdh (1995a). Båda dessa antologier innehåller också bidrag av Zetterberg. Se vidare Zetterberg (1992).

²⁵ Zetterberg (1995).

idéhistorikern John Pocock. Dess samtida betydelse har betonats av statsvetaren Robert Putnam i hans i Sverige så uppmärksammade bok *Den fungerande demokratin: Medborgarandans rötter i Italien*.²⁶

I USA har denna komunitära tradition ställts mot den liberala ideologin och föranlett en intensiv debatt mellan en rad kända filosofer och statsvetare. Kommunitärerna menar att liberalismen i alltför hög grad utgått ifrån "individens" som den centrala idealtypen. På basis av denna abstrakta individualism har liberalerna byggt ekonomiska och politiska teorier som tagit det individuella egenintresset och äganderätten som den primära dynamiska kraften. Detta, menar komunitära kritiker som Christopher Lasch och Charles Murray, har lett till att USA i dag är ett samhälle som är styrt av ekonomism och en narcissistisk individualism, lett av politiker och affärsmän vars övergripande mål är ständig och stadig ekonomisk tillväxt. Vad som sägs ha gått förlorat är de traditionella sociala gemenskapsformerna; familjen och det lokala, stabila, organiska samhället har brutit samman, individerna irrar ensamma omkring på jakt efter "mening" och "självförverkligande" i en social öken där det terapeutiska samhällets scharlataner bjuder på allehanda själskurer i det kärleks- och tröstlösa postmoderna Amerika.

Zetterberg har hämtat diskussionen om "gemenskaperna" och det civila samhället från denna rika idétradition, med dess betoning på "dygdens republik" och den egendomsägande, socialt rotade medborgaren. Denna kritik vänder sig mot både den nyliberala marknadsliberalismen och den individualiserande "socialstaten", som han kallar välfärdsstaten/-samhället. I vilken utsträckning detta är en kritik som i sin allmänna form enkelt kan betecknas som "höger" är svårt att säga. I Zetterbergs fall är det socialkonservativa perspektivet tämligen tydligt uttalat, men som vi skall se kan man i både USA och Sverige nu finna exempel på en gryen-

²⁶ J.G.A. Pocock (1975), Putnam (1993), s 86–87 där han refererar till Pocock och i en fotnot sammanfattar litteraturen om "liberalism vs. civic humanism" (not 10, s 87).

de "vänster-kommunitarianism" med rötter långt bak i den marxistiska traditionen.

Frågan är dock i vilken utsträckning detta tankegods kan fogas in inom ramarna för den svenska föreställningsvärld som jag skissat ovan. Jag har på annan plats gjort gällande att Zetterbergs ansats bygger på ett missförstånd av den svenska välfärdsstatens natur. Han tycks mena att svenskar lider av sin alienation från "traditionella" former av gemenskap inom familj och civilsamhälle; att välfärdsstaten förstört dessa gemenskaper; att nedmonteringen av den fördärvliga "socialstaten" skulle öppna dörren för ett humanare "välfärdssamhälle" byggt på frivillighetens och valfrihetens grund. Denna vision – som på många sätt är attraktiv – bortser från det fakum att alienation faktiskt kan vara ett tilltalande tillstånd. För att citera ytterligare en av böckerna om svenskhet från tiden innan vi kunde skylla allt på socialstaten:

Det bottnar i svenskens självständighet; han vill inte vara beroende av någon annan, inte känna sig stå i skuld för hur lite det än må vara.²⁷

Att det sociala kontraktet blivit kritiserat från höger i gemenskapsideologins och det civila samhällets namn är kanske inte så överraskande. I den mån högern representerar dem som värnar om den traditionella familjen, den fria företagsamheten och de som är rika nog att kunna hoppas tjäna på en privatisering av den offentliga sektorn, ter det sig naturligt att den skulle ställa sig bakom den så kallade "nedmonteringen av folkhemmet" och allehanda "valfrihetsrevolutioner". Mera överraskande är att SSU kommit att kritisera välfärdsstaten i termer av "egenmakt", ett begrepp som de senaste åren kommit att bli alltmer centralt, först inom SSU och nu även inom partiet i stort.

²⁷ Cederskiöld (1945).

Vanmakt, egenmakt och valfrihet

Vad betyder "egenmakt"? Begreppet är ingalunda oproblemiskt för SSU eller vänsterdebattörer i allmänhet. Som SSU:s "egenmaktsutskott" beskriver det i den nyligen utkomna *När viljan finns: Egenmakt – en exempelsamling* (1995): "Om egenmakt definieras såsom enbart 'individens makt över den egna tillvaron', får den en lätt liberal klang", en definition, fortsätter man, som "således inte [kan] vara att rekommendera för en demokratisk socialist av socialdemokratiskt snitt".²⁸

Det står också helt klart att flera av de mest aktiva vänsterdebattörerna har uppfattat det nya "egenmakts-SSU", och då framför allt den förre ledaren Karl-Petter Thorwaldsson, som något av en borgerlig varg i röda fårakläder. Enligt Göran Greider låter Thorwaldsson som "en gammal borgerlig moralant från sekelskiftet". Denna kritik blir tydligare i en debattskrift från 1994 där Greiders medarbetare Peter Antman ställer följande två citat sida vid sida:

Svenskarna är mentalt handikappade ... Välfärdsstaten har misslyckats, människorna har passiviserats ... de är offer för socialdemokratisk hjärntvätt ... Det sovande folket. (Fredrik Reinfeldt, MUF)

Det starka samhället drevs för långt. Systembyggandet blev ett självändamål ... Medborgaren blev klient i stället för myndig. Och närheten till makten försvann i kommunhusens Kafkakorridorer. (Karl-Petter Thorwaldsson, SSU)

Med andra ord, Thorwaldssons kritik likställs med MUF:s och kan därmed avfärdas som borgerlig moralism. Denna slagkraftiga debatteknik har Greider och Antman fortsatt att använda under den pågående debatten mellan "förnyare"

²⁸ SSU (1995), s 10.

och "traditionalister".²⁹ Utan tvekan står Greider och Antman för en position som är i samklang med den svenska etatistiska traditionen. Deras vänsternationalism är konsekvent och deras grundläggande argument – till vilket vi skall återkomma senare – att demokratin och välfärden står och faller med nationalstatens integritet förtjänar noggrann begrundan. Icke desto mindre har SSU:arna å sin sida knutit an till en tradition inom den (neo)marxistiska vänstern som ställer sig kritisk till just den syn på den abstrakta individualismens primat som delas av både klassiska liberaler och den svenska välfärdsstatsindividualismens förespråkare inom SAP och vänstern i stort. Att, som *tlm*:arna, avfärda Thorwaldsson och förnyarna i termer av "högervridning" fördunklar härvidlag mer än vad det avslöjar. "Förnyarna" kan likaväl som "traditionalisterna" göra anspråk på att tala inom ramen för den socialistiska traditionen.³⁰

Om vi går tillbaka till den skrift i vilken egenmaktsbegreppet först lanserades – *Egenmakt och social ekonomi* (1993) – kan vi identifiera de två huvudpunkter utifrån vilka denna vänsterkritik har utvecklats: alienationsproblemet samt demokratiunderskottet. "De gamla lojalitetsbanden mellan människor i social samverkan ersattes", skriver Tomas Eneroth, av de generella trygghetssystemen och "avläggandet av skatten blev kvittot på delaktigheten i samhällsbygget".³¹ Detta var konsekvensen av vad Thorwaldsson i sitt förord beskriver som "en övertro på att samhället/staten ska garantera människors frigörelse", en övertro som ledde till ett samhälle som inte bara blev starkt utan "starkt-starkt".³²

²⁹ Huruvida socialdemokratin i allmänhet meningsfullt kan uppdelas på detta sätt är tveksamt; det handlar säkert lika mycket om en behändig och mediavänlig konstruktion. Jag syftar här framför allt på kulturskribenterna ("traditionalisterna") ofta identifierade med tidskrifterna *tlm* och *Arena* (Antman, Greider, Lappalainen) som debatterat flitigt med/mot SSU:s "förnyargång" kring Thorwaldsson.

³⁰ Se till exempel Göran Greider och Tor Wennerberg, "Förnyarna' inom s i otakt med opinionen", SvD 25/11 -95.

³¹ Eneroth & Olsson (1993), s 12.

³² Thorwaldsson i Eneroth & Olsson (1993), s 5.

Egenmaktens betingelser i Sverige

Detta innebar inget mindre än ett skarpt brott med den ursprungliga och konkret manifesterade solidariteten inom "rörelsen", menar Eneroth, och citerar sedan Bengt Göransson (ur *Pockettidningen R*):

Vi lämnade över till staten och köpte oss fria från medmänskligt ansvar genom att betala skatt, den klassiska folkrörelsetraditionen var faktiskt att hjälpa andra.³³

Utbyggnaden av den "gemensamma sektorn" – SSU:s alternativ till såväl "offentlig sektor" och "välfärdsstat" som till Timbros "socialstat" – hade som en önskad konsekvens att "egenansvar och medborgerliga skyldigheter ersattes allt mer av samhällsansvar och medborgerliga rättigheter"³⁴ eller, som Thorwaldsson uttrycker det, "mitt i välfärden känner människor vanmakt".³⁵

Vi förnimmar här en kritik av välfärdsstaten som ligger nära den som Zetterberg och Timbro fört fram inom ramen för sin gemenskapsideologi. SSU:s egenmaktsutskott noterar också med viss fasa att Timbro tagit fasta på egenmaktsbegreppets problemformuleringspotential genom att organisera ett seminarium på temat "Marknad, Gemenskap, Egenmakt".³⁶ En närmare analys av SSU:s texter visar dock att även om man visar prov på en viss känsla för det alienationsproblem som följer av institutionaliseringen av omsorgen, så dominerar oron för två andra former av alienation, nämligen de som är rotade i maktlöshet på arbetsplatsen samt de som uttrycks i passivitet i det offentliga, politiska livet.

Det samlande begreppet för detta främlingskap blir i SSU:s egenmaktsdiskurs "vanmakten", vilket så kommer att fungera som det retoriska motbegreppet till egenmakt. Frågan om egenmakt behandlas följaktligen framför allt inom ramen för en diskussion om möjligheten att "befria arbetet"

³³ Citerad i Eneroth och Olsson (1993), s 12.

³⁴ Eneroth och Olsson (1993), s 13.

³⁵ Thorwaldsson i Eneroth och Olsson (1993), s 5.

³⁶ SSU, *När viljan finns* (1995), s 6 och 13.

samt behovet att (re)vitalisera en demokratisk process vilken uppfattas som alltför dominerad av "representationsdemokratin" på bekostnad av den "direkta demokratin".

I den första tappningen knyts egenmaktsbegreppet till en kooperativ, syndikalistisk, frihetlig tradition inom vänstern – *Egenmakt och Social Ekonomi* var också publicerad av SSU i samarbete med Kooperativa institutet (KOOPI). Skriften var motiverad av en vilja att bemöta den Zetterbergska och nyliberala kritiken genom att gå till attack med "ett alternativ till såväl högerens marknadsmodeller som traditionell organisering i vår gemensamma sektor", och framhäver Kooperationen som lösningen på vanmaktsproblemet.³⁷ I den kooperativa formen finns det "goda arbetet" som ger (egen)makt över arbete och arbetsplats. Lite förvånande, med tanke på SAP:s traditionellt avoga inställning till den katolska socialläran och påvens inflytande i allmänhet, uttrycker man även sympati för EU:s "närhetsprincip" (subsidiaritetsprincipen), med hänvisning till Kooperationens framskjutna roll inom EU.

Man för också fram tanken på att medborgarna skulle kunna sluta sig samman inom det "civila samhället" och lösa samhällsproblemen på det lokala planet.³⁸ Med detta syftar man dock inte på privata, marknadsdrivna lösningar utan på den "nykooperativa verksamheten", en "kraftig decentralisering av verksamheten inom den gemensamma sektorn" samt en demokratisering av arbetslivet. Egenmakt är, menar man, "makt tillsammans".

Däremot omfattar "egenmakt" ej "valfrihet". Eneroth noterar visserligen att dagens kunniga och kritiska "tåggluffargeneration" naturligt nog ställer "andra krav på välfärdens utformning än sina föräldrar", och lätt uppfattar "de gamla systemen (...) som stela och byråkratiska".³⁹ Egenmakt

³⁷ Eneroth och Olsson (1993), s 10.

³⁸ Ibid, s 25 ff. De använder här det annars bland socialdemokrater sparsamt använda begreppet "civila samhället", vilket annars vanligtvis associeras med Timbrohögern samt, i viss mån, med en mer akademisk diskurs.

³⁹ Ibid, s 10.

Egenmaktens betingelser i Sverige

handlar dock inte om att introducera ”kundmodeller i det politiska systemet”, utan om att ”föra in demokrati- och inflytandefrågorna i debatten om vår gemensamma sektors förnyelse”.⁴⁰ Betoningen ligger alltså inte på kund-, patient- eller klientmakt utan på den traditionella frågan om arbetslivets utformning, graden av demokrati och personalinflytande. Eller som det klart uttrycks i SSU:s skrift om egenmakt från sommaren 1995: ”egenmakten har ingenting att göra med den borgerliga valfriheten”.⁴¹ Det vill säga, egenmakt må icke tolkas som ”individualistiskt eller till och med egoistiskt” utan tvärtom, understryker SSU:

Egenmakten är social. Den förutsätter att medborgaren lever i ett samhälle; i en gemenskap där olika individer samverkar för att deras intressen sammanfaller, för att deras liv och vardag är sammanflätade – eller bara av den enkla anledningen att människan till sitt väsen är en social varelse.⁴²

Häri ligger, menar så SSU, den stora skillnaden mellan den borgerliga valfriheten och den socialdemokratiska egenmakten: ”Valfriheten är nämligen asocial”, emedan egenmakten syftar på att ”medborgaren, i ett socialt sammanhang, själv formar sin vardag”. Sålunda, menar man, ”utgör egenmakten en fortsättning på den traditionella socialistiska demokratisynen”.⁴³ Vi hamnar alltså något paradoxalt i slutsatsen att SSU:s egenmakt i själva verket inte har så mycket att göra med individens makt, utan snarare syftar på en närmast syndikalistisk demokratiuppfattning samt en skarp kritik av den nuvarande byråkratiserade pseudodemokratin.

Detta är en kritik som i sin konkreta förlängning vore ytterst radikal; den frammanar en vision som går stick i stäv

⁴⁰ Eneroth och Olsson (1993), s 9 och 11.

⁴¹ SSU, *När viljan finns* (1995), s 5

⁴² *Ibid*, s 16.

⁴³ *Ibid*, s 16–17.

med både välfärdsstatens faktiska struktur – som handlar om allt annat än att medborgaren formar sin egen vardag vad det gäller skola, sjukvård, äldreomsorg etc – och den existerande, representativa demokratin. Den senare frågan är uppenbart problematisk för SSU-skriventerna som vacklar fram och tillbaka mellan att omfatta och ta avstånd från tanken på direkt demokrati. Man hamnar till slut i ett diffust tal om ”närmedokrati” i föreningar och ”direkt demokrati” i betydelsen brukarinflytande, samt målet att ”tio procent av befolkningen har ett samhällsuppdrag”.⁴⁴ Icke desto mindre står det klart att om SSU:s egenmaktsdiskussion i sin anti-etatistiska anstrykning är besläktad med Timbroianernas fokus på ”gemenskap och egenmakt”, så är det just SSU:s betoning av demokratifrågan som skiljer deras vänstersyndikalistiska tankegodis från den alternativa, högerkommunitära ideologin.⁴⁵

En liknande – men mer hämningslös – kritik av välfärdsstaten har nyligen utförts av den italiensk-amerikanske neomarxisten Paul Piccone och gruppen kring honom och hans klassiska ”new left”-tidskrift *Telos*. Piccone menar att det alltid existerade inom marxismen, från den tidige Marx betoning av alienationsfrågan,⁴⁶ en ansats till en teori om den konkreta individualiteten som formad i det sociala sammanhanget, en impuls som inom vänstern dessvärre fick stå tillbaka för ett tilltagande ekonomistiskt tänkande. Det är till denna förlorade tradition som Piccone nu sökt återvända.⁴⁷

Piccone menar att den abstrakta individualismens primat ledde till att ekonomismen kom att överväldiga de komunitära ansatserna inom den tidiga socialismen. Resultatet blev en narcissistisk välfärdsstatsindividualism i ett konsumtionssamhälle dominerat av en ”ny klass” av profes-

⁴⁴ Se den vaga, ambivalenta diskussionen i SSU, *När viljan finns* (1995), s 16.

⁴⁵ För en analys av egenmaktsbegreppet samt den interna idédebatten inom SSU/SAP i stort, se Carroll m fl (1995).

⁴⁶ I sin tur rotat i Saint-Simons ”utopiska” socialism som hade stort inflytande inom den tyska vänstern på 1830- och 1840-talen.

⁴⁷ För en diskussion av Piccone och *Telos*-traditionen, se Trägårdh (1995c).

sionella, privilegierade, arroganta och maktfullkomliga politiker, byråkrater, akademiker och storföretagare. Den demokratiska processen urartade till en återkommande men ytlig röstningsritual, det lokala självbestämmandet underminerades och gräsrotsdemokratien förvandlades till ett administrativt bihang dominerat av centralstaten i den universella rättvisans namn.

I sin betoning av alienationsproblemet och demokratins kris påminner sålunda Piccones analys mycket om SSU:s kritik. Piccone, som inte behöver bry sig om betongossefacket och partistyrelsen, drar dock slutsatser som är betydligt mer radikala. Han pläderar för en radikal antietatism, för nationalstatens nedmontering och ersättande av en konfederal ordning i vilken den direkta demokratien råder på det lokala planet och centralmakten är snävt och kontraktsmässigt begränsad. Piccone, som tänker och skriver i ett amerikanskt sammanhang, lider inte av samma moraliskt-diskursiva begränsningar som SSU och kan därför driva egenmaktsresonemanget till sin logiska slutpunkt. Det vill säga, om vi verkligen tar lokal demokrati och egenmakt på allvar måste vi även vara villiga att acceptera lokala olikheter. Om inte, hamnar vi snart åter i den administrativa demokratien med dess politikerförakt och politiska apati.

En kritisk analys av egenmaktsbegreppet är speciellt angelägen nu när såväl Thorwaldssons efterföljare som SSU:s ledare och ledande krafter inom moderpartiet har gjort det till en central tankefigur i ett försök att gripa initiativet i den offentliga debatten. Först gick den nye SSU-ledaren, Niklas Nordström, ut med en stor artikel på DN Debatt (13/7 -95) – ”Egenmakt är ett vänsterprojekt” – i vilken han med kraft gjorde klart att han ämnade följa den ideologiska väg som Thorwaldsson stakat ut. I en senare artikel på samma plats (8/11 -95), reproducerade sedan partisekreteraren Leif Linde huvudpunkterna i SSU:s egenmaktsanalys: analysen av ”vanmakten”, kritiken av det starka samhället, betoningen av den ”gemensamma sektorn”, den viktiga rollen för kooperativa lösningar, behovet av att förnya det politiska livet och ”stärka demokratien”, den klart uttalade avgräns-

ningen gentemot högerens ”marknadslösningar”. Det enda som saknas är ordet ”egenmakt”, intressant nog. Kanske är det allt för individualistiskt, trots allt. I stället använder Linde ord som ”medborgarmakt” och ”vardagsmakt”, vilka är mindre befläckade av associationer till borgerliga fenomen som valfrihet och egoistisk individualism (i motsats till ”enskilda medborgares ansvar och initiativ”).

Valfrihet och civil demokrati

Om SSU i slutändan – egenmakten till trots – tillbakavisade den individuella valfriheten på konsument-/brukarsidan till förmån för egenmakt som kooperation på producentsidan, handlar von Otters och Saltmans (och även Bo Rothsteins) projekt om det motsatta: att rädda den generella välfärden genom att ge den nya kritiska, konsumentmedvetna ”tågulfargenerationen” vad den kräver, det vill säga brukarmakt och valfrihet.

Saltman och von Otter utgår, likt SSU:arna vi diskuterat ovan, ifrån den svenska demokratins kris.⁴⁸ Svenska medborgare har visserligen sin formella rösträtt men, skriver de, de har lite inflytande över det civila samhällets institutioner, och då framför allt inom sjukvårdssektorn. Detta beror, menar de, på socialdemokraternas misstänksamhet gentemot ”valfrihet” vilken de tenderar att uppfatta som hot mot rättvisa och jämlikhet. Konsekvensen är att ”den välfärdsstatliga demokratin, så som den för närvarande utövas i Sverige, inte inbegriper individers direkta participatoriska inflytande över offentlig service och tjänsteproduktion i lokalsamhället”.⁴⁹

Vad de kallar den civila demokratin lider av ett underskott just inom den offentliga sektorn; individen har sin rösträtt i den formella politiska processen, sin valmakt som konsument på den privata varumarknaden, sitt fackliga

⁴⁸ von Otter och Saltman, *Valfrihet som styrmedel* (1990).

⁴⁹ *Ibid*, s 99.

medlemskap och förhandlings- och strejkrätt på arbetsmarknaden, men förblir ”maktlös som nyttjare av offentlig service”.⁵⁰ Det är just denna brist i den civila demokratin som von Otter och Saltman är ute efter att korrigera.

Saltman och von Otter skriver att valfriheten är deras ”nyckelbegrepp”.⁵¹ Detta är dock en högst speciell form av valfrihet, en valfrihet som skall begränsas genom att den utformas som val *inom* den offentliga sektorn; utträdesrätten skall alltså inte gälla den offentliga sektorn som sådan. I stället definieras valfriheten i termer av ”offentlig konkurrens” och vad de kallar ”laterala återinträden” någon annanstans inom den offentliga sektorn.⁵² Varför begränsas valfriheten på detta sätt?

Det grundläggande skälet är att von Otter och Saltman, likt SSU:s förnyargång, inte primärt söker vägar för att kunna befrämja konkret individuell makt eller erbjuda ”borgerlig valfrihet” utan först och främst vill stävja den svenska demokratin förfall. Det vill säga, valfrihetsreformens primära syfte är inte att stärka individens makt utan att skydda ”systemet” genom att göra det mer flexibelt och effektivt. Om något är de måna om att tämja den centrifugala kraft som de anar i kraven på valfrihet; likt Eneroth och Rothstein vill de rädda den generella välfärdspolitiken från hotet att den nya konsument-medborgaren skall välja bort hela systemet. Sålunda vill von Otter och Saltman neutralisera risken för ”protest” genom att skapa utrymme för ett *begränsat* individuellt inflytande i termer av ”demokrati”. Som de uttrycker det: ”Den realistiska möjligheten att välja i form av ett bekvämt lateralt återinträde skulle faktiskt förstärka demokratin.” Kungstanken är alltså inte, trots vad de själva påstår, ökad individuell valfrihet, utan snarare ”demokra-

⁵⁰ von Otter och Saltman (1990), s 100.

⁵¹ Ibid, s 9.

⁵² Tanken är alltså att politikerna skulle spela marknadens roll genom att föra över resurser till vinnare från förlorare. Med tanke på vad vi vet om politikernas förmåga att handla mot mäktiga byråkratiska, fackliga och folkliga intressen är det väl tämligen tveksamt om något liknande skulle ske i verkligheten.

tisk” förnyelse, det vill säga det generella systemets bevarande i kollektivets intresse:

Genom att förena ett rejält mått ”civil” demokrati med nuvarande möjligheter att utöva politisk, social och ekonomisk demokrati skulle valmöjligheterna inom den kommunala servicen utvidga ramen för det demokratiska livet.⁵³

Att von Otter och Saltman, sitt provokativa tal om valfrihet till trots, ändå tryggt rör sig inom ramen för den traditionella svenska diskussionen om solidaritet-före-individuell-frihet framgår med all önskvärd tydlighet när de på slutsidorna letar efter en filosofisk rationalisering för sitt lite annorlunda valfrihetsbegrepp. Som citatet nedan visar kom det att handla om en tämligen okomprometterad form av positiv frihet (”frihet-genom”).

Det finns också ett filosofiskt argument rörande olika typer av frihet som talar för val inom den offentliga sektorn. Medan utträde kan sägas vara baserat på ”frihet-från”, kan idén om ett lateralt återträde anses införliva element av ”frihet-från” i en bredare ram som är definierad av ”frihet-genom”.⁵⁴

Vad denna genomgång av SSU:s egenmaktstanke och von Otter/Saltmans analys av valfrihet inom den offentliga sektorn visar är hur talet om valfrihet och egenmakt – som vid första påseende tycks handla om individuell makt – egentligen handlar om (civil) demokrati, om participation, om ”social ekonomi”, om demokrati på arbetsplatsen, om ”inflytande”, det vill säga, om det socialas primat. Jag menar nu inte att det är något fel i detta; att ställa fördjupad demokrati som sitt mål är ju en lovvärd mission under de flesta omständigheter. Jag menar bara att talet om ”valfrihet” och/eller ”egen-

⁵³ von Otter och Saltman (1990), s 55.

⁵⁴ Ibid, s 104.

makt” blir vilseledande om vi inte noga beaktar de snäva gränser inom vilka denna valfrihet och egenmakt tillåts fritt spelrum; vi befinner oss hela tiden inom ett svenskt diskursivt fält där ”valfrihet” betyder ”civil demokrati”, och ”egenmakt” vid närmare anblick avslöjar sig i sin sanna skepnad som ”makt tillsammans”.

Vad som betecknande nog saknas är en diskussion om konkret ”egen” eller individuell makt. Trots att von Otter och Saltman uppenbart är bekymrade över individernas maktlöshet i relation till den offentliga sektorn har de inte mycket att erbjuda individerna på det individuella, handfasta planet. Till exempel lyser kravet på att ge dem rätt att stämna läkare och sjukhus med sin frånvaro. Denna rätt är både konkret och individuell (även om den även kan ta kollektiv form som ”class action suits”), och framför allt är det en makt som talar ett tydligt språk. Detta är dock en typ av makt som hör hemma i den liberala amerikanska traditionen men passar illa in i den svenska, etatistisk-demokratiska.

Argumenten mot rätten att stämna är visserligen utpräglad lama; enligt rapporten från den statliga utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvård – *Vårdens svåra val* – noterar man tämligen lakoniskt att ”en rättighetslagstiftning (...) synes varken lämplig eller nödvändig”, bl a därför att det skulle vara ”för svårt” att definiera patienternas rättigheter, ”för svårt” att bedöma vårdbehov, ”för svårt att definiera sanktioner som är till gagn för den enskilda patienten” samt sist – men troligen inte minst – att ”de administrativa kostnaderna skulle öka för både domstolsväsendet och sjukvården”.⁵⁵ Är det möjligt att framföra så extremt tunna argument just därför att det socialas primat över det rent individuella intresset uppfattas som så självklart att det inte behöver närmare rättfärdigas?

Det är nog så sant att det svenska systemet sparar pengar åt staten (domstolarna och sjukvårdsbyråkratin), men priset är, som Patricia Danzon har påpekat i en analys av det svenska systemet för kompensation i fall av felbehand-

⁵⁵ SOU 1995:5.

ling i vården, att denna effekt uppnås genom att man avstår från att ge lagen någon som helst avskräckande effekt, för att inte tala om att erbjuda rejäl kompensation till skadade parter.⁵⁶ Detta är, med tanke på den individuella rättighets-traditionens svaghet i Sverige, inget att förvånas över, men det förtjänar icke desto mindre att noggrant noteras.

Denna besynnerliga, för att inte säga skandalösa, situation har på senare tid uppmärksammats. Debattörer har noterat svenska patienters extremt svaga rättsläge och krävt omfattande reformer. Som det nu är har felbehandlade patienter i stort sett inga vapen att ta till gentemot läkare och sjukhus. De kan visserligen göra en anmälan till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), men denna formella rätt har visat sig vara utomordenligt tandlös. Dels får patienter ytterst sällan rättshjälp i motsats till läkarna som kan skaffa sig gratis medicinska ”expertutlåtanden” genom Läkarförbundet. Skulle den felbehandlade patienten själv vilja och kunna bekosta juridisk hjälp samt de nödvändiga medicinska expertutlåtandena, hjälper ofta inte ens det. Som en kritiker uttryckt det: ”Någon medicinsk sakkunskap som hjälper patienten går inte att uppbringa i Sverige. En läkare ställer inte upp med sakkunskap avsedd för anmälan mot en kollega.”⁵⁷ Inte oväntat leder detta i 80 procent av fallen till att läkarna går helt fria. Men denna maktobalans är bara en bit av problemet. Skulle mot förmodan en läkare ”prickas” eller ”varnas” har detta nästan inga konsekvenser för varken den fällde läkaren eller den felbehandlade patienten. Prickningarna följs inte upp med en kännbar ekonomisk bestraffning, och då uppgifter om prickning inte publiceras offentligt av Socialstyrelsen eller Läkarförbundet lider läkarna ej heller av sociala och karriärmässiga följdverkningar.⁵⁸ För pati-

⁵⁶ Danzon (1993) och Danzon (1994).

⁵⁷ Brinkeback (SvD 4/12 -95).

⁵⁸ Patienter kan visserligen kontrollera hos Ansvarsnämnden om specifika läkare har prickats, men i motsats till vad som gäller prickade advokater, offentliggör varken Socialstyrelsen eller Läkarförbundet namn och bild av prickade läkare. Hänsyn till läkarnas personliga integritet går alltså före patienternas rätt till och behov av information.

enten ser det ekonomiskt nattsvart ut. I USA vinner hälften av dem som stämmer läkare och sjukhus sina mål; under de senaste tio åren har inget av de skadeståndsmål som varit uppe i Stockholms tingsrätt vunnits av patienten.⁵⁹

Både SSU:s och Saltman/von Otters analyser handlar om försök att anamma och samtidigt neutralisera högerens valfrihetsdiskurs. Som ett alternativ till både den marknadsorienterade nyliberalismen och Zetterbergs socialkonservativt färgade kommunitära ideologi erbjuder dessa vänsterideologer en gemenskapsideologi med tyngdpunkten lagd på demokratisk "väckelse" i termer av medborgarmakt, nykooperatism och egenmakt. Problemet, som jag ser det, är att varken Zetterberg eller SSU och Saltman/von Otter tycks ha funderat så mycket över hur väl deras idealism stämmer överens med de tendenser som vi ser i Sverige i dag eller med den svenska politiska kulturen i det historiska och jämförande perspektivet.

Om det svenska sociala kontraktet bygger mer på individernas förlösning från det direkta ansvaret för sina anhänga än på (en läpparnas bekännelse till) solidaritet, vilken är då prognosen för reformförslag som bygger på ökat personligt ansvar, engagemang, "participation", demokrati? Denna fråga gäller i lika hög grad kommunitära visioner från vänster som från höger. Om vi i grund och botten är attraherade av att kunna köpa oss fria, ja i så fall är det relevanta valet det mellan olika kontrakt, inte mellan personligt engagemang och "vanmakt". Om det är alienation-som-frihet vi är ute efter, så är det det billigaste, eller snarare, det mest köpvärda alternativet som gäller, privat eller offentligt. Om vi i dag bevittnar en mutation i svensk politisk kultur anar jag att det är i riktning mot större tolerans för ojämlikhet, för "borgerlig valfrihet", intensifierad narcissism, snarare än mot en längtan efter personligt engagemang, egenmakt som "makt tillsammans" eller "civil demokrati".

⁵⁹ Brinkeback (SvD 4/12 -95), Brinkeback (1995) samt Brinkeback och Buchholtz (1994).

Men det finns god anledning att tro att entusiasmen för "valfrihet" har ebbat ut inom den svenska vänstern. Detta beror dels på, som jag sökt visa ovan, att den i grunden aldrig handlat om en genuin övertygelse om att individuell valfrihet och makt är primära värden som bör befrämjas och försvaras i sig. Därtill kommer nu den växande insikten om att valfriheten blir dyrare och kanske till och med mer ineffektiv och byråkratisk än det gamla systemet.

Till viss del har denna utveckling att göra med trender som Sverige har gemensamt med alla högteknologiska och industrialiserade länder. Allt mer sofistikerade och dyra metoder i kombination med allt bättre utbildade och välinformerade patienter med längre livslängd betyder att kostnadstrycket ständigt ökar från både producent- och konsumentsidorna. Den amerikanska erfarenheten är härvidlag betecknande. Om det är en trend som är entydig i USA i dag är det försöken från både staten, de privata företagen och de privata försäkringsbolagen att dämpa kostnadsstegringarna genom att begränsa valfriheten. Allt fler individer mer eller mindre tvingas att välja så kallade HMO:s (*Health Maintenance Organizations*) vilka fungerar enligt principer som starkt påminner om svenska landsting. Patienter betalar en grundavgift vilken ger dem tillgång till en vård vars ramar är tydligt avgränsade. Endast en viss grupp godkända läkare kan konsulteras och remiss krävs för specialistvård. Vidare uppmuntras restriktivt beteende vad det gäller vårdkonsumtion, och läkare som är allt för frikostiga med behandlingar och remisser riskerar att strykas från listan av godkända läkare. Man skulle kunna uttrycka det som så att valfrihetsdebatten kom för sent till Sverige sett i rent ekonomiska termer; valfrihetens gyllene tid, även i ett ideologiskt och kulturellt välkomnande land som USA, är förbi.

Däremot kvarstår, menar jag, i högsta grad frågan om individens makt. Genom att klargöra valfrihetens begränsningar som maktmedel skulle utrymme i debatten kunna skapas som för oss från en diskussion om systemets effektivitet till en om individernas (makt)relation till sy-

stemet. Jag har redan diskuterat patienternas ytterst svaga rättsliga läge, men rätten att stämma och tillgång till kännbara straff för läkare och sjukhus är bara ett av flera områden som borde ses över. Rätten till "second opinions" skulle kunna institutionaliseras på ett kraftfullt sätt. Generellt borde patienternas tillgång till information och övervakning förstärkas. Konkret måste detta innebära en från stat, landsting, och kommun fristående instans som rättsligt har rejäla, kännbara befogenheter gentemot vårdproducenterna. En privatisering i detta led – en övervakande, undersökande organisation frikopplad från myndigheter – skulle öka patientmakten på ett helt annat sätt än en privatisering av vårdens produktion. En sådan patientdriven organisation skulle dessutom kunna få folkrörelsekaraktär och därmed tillföra önskad vitalitet till det demokratiska livet och det civila samhället. Men, och detta är helt centralt, utan genomgripande reformer på det rättsliga planet skulle en sådan organisation inte ha genomslagskraft.

Å andra sidan torde svensk debatt om välfärden i allmänhet må bra av en rak diskussion av det som är implicit i den kritik av "förnyarna" som utvecklats av Greider, Antman och andra: i vilken utsträckning vill vi och kan vi försvara ett system som ytterst beror på den svenska nationalstatens integritet och suveränitet? Denna diskussion är oftast fördunklad av en ovilja att bli befläckad med etiketter som "nationalist" och "populist". Kvarstår dock faktum att det svenska folkhemmet från första början var ett – om än ovanligt sympatiskt – helt och hållet nationellt projekt, beroende av gränser utåt och nationell gemenskap inåt. Och gemenskapen var i sin tur avhängig en jämlikhetsideologi som medgav begränsat utrymme för privata och individuella avvikelser/privilegier. Om det nu är så, som valfrihetsrevolutionens kritiker menar, att dessa reformer i slutändan leder till privatisering och ojämlikhet, i vilken mån är de redo att dra konsekvenserna därav? Är de beredda att, till exempel, förbjuda privata försäkringar och privat vård? Med tanke på den privatisering som faktiskt

är på gång, är detta inte alls enbart en hypotetisk fråga.⁶⁰

Få är villiga eller i stånd att direkt konfrontera vår postnationella situation, vad det gäller sjukvården eller välfärden i stort. Men tecknen är illavarslande. För mig är de sista årens invasion av ett för svensk politiskt språk tidigare helt främmande ord speciellt symptomatiskt. I dag går det inte en dag utan att man kan läsa på landets ledarsidor om "populister" av allehanda slag som sägs leda Sverige i fördärv. Vad man syftar på är "vanligt folk" som förledda av sluga politiker ej insett vikten av att till varje pris bekämpa inflationen, kämpa för valutaunionen, acceptera sparåtgärder, att entusiastiskt omfamna EU-projektet. Kanske har experterna på DN, SvD, bland partierna och inom den "nya klassen" rätt, men jag kan inte låta bli att bekymra mig över att i "folklighetens" förlovade land de "folkliga" protesterna nu avfärdas med ett nedlåtande tal om "populism". Ty dagens populism är gårdagens folklighet.

Faran med välvilliga och pragmatiskt formulerade förslag likt de lanserade av Rothstein, von Otter och Saltman är att de skapar illusionen av att vi kan både ha och äta kakan; anpassa oss till en ny internationell värld med folkhemmet intakt. Problemet med traditionalisterna, å andra sidan, är att de dels inte öppet deklarerar sin närmast isolationistiska, nationella position, dels inte anger hur Sverige i dagens globaliserade värld skulle kunna genomföra ett dylikt projekt. Jag misstänker att "svensk kultur" står på traditionalisternas sida medan det sena tjugonde århundradets strukturella omvandling är i färd med att slå undan den ekonomiska basen för det svenska sociala kontraktet. De nationella valen kan nog vinnas, men vad spelar det för roll om makten flytt sin kos.

⁶⁰ För en kritik av tanken om en "gyllene medelväg" mellan valfrihet och generell välfärdspolitik, se Blomqvist i denna antologi. Blomqvist pekar på tre centrala dilemman: konflikten mellan valfrihet och kostnadskontroll, konflikten mellan politisk makt och marknadsstyrning samt konflikten mellan ökad privatisering och bibehållandet av den generella välfärdspolitikens jämlikhetsideal.

Referenser

- Antman, P. (1994), "Inte utan jämlikhet" i Antman & Thorvaldsson, *Hur förena jämlikhet med individens frihet – om välfärdens mål och organisering*, Utbildningsförlaget Brevskolan, Stockholm.
- Antman, P. (red) (1994), *Systemskifte*, Carlsson Förlag, Stockholm.
- Aronsson, P. (1992), *Bönder gör politik*, Lund University Press, Lund.
- Brinkeback, D. (1995), "Tandlösa åtgärder mot felbehandlande läkare" i *Läkartidningen* 92 (22).
- Brinkeback, D. & Buchholtz, B. (1994), *Varför dog Tony och Maria? Konsten att skydda läkare*, Carlsson Förlag, Stockholm.
- Carroll, E., Kjellman T. & Skoglund S. (red) (1995), *In Search of a New Social Democracy*, SSU, Stockholm.
- Cederschiöld, G. (1945), *Ä' vi så'na?*, Ljus Förlag, Stockholm.
- Danzon, P. (1993), "Tort Reform: The Case of Medical Malpractice", *Oxford Review of Economic Policy*, 10 (1).
- Danzon, P. (1994), "The Swedish Patient Compensation System", *The Journal of Legal Medicine* (15).
- Nozick, R. (1974), *Anarchy, State and Utopia*, Basic Books Inc. company.
- von Otter, C. & Saltman, R. (1990), *Valfrihet som styrmedel*, Arbetslivscentrum, Stockholm.
- Pocock, J.G.A. (1975), *The Machiavellian Moment*, Princeton University Press, Princeton.
- Popenoe, D. (1988), *Disturbing the Nest*, Degruyter, New York.
- Popenoe, D. (1991), "Family Decline in the Swedish Welfare State", *The Public Interest* (102).
- Putnam, R. (1993), *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, Princeton.
- Rawls, J. (1971), *A Theory of Justice*, Oxford University Press, Oxford.
- Rothstein, B. (1994), *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*, SNS Förlag, Stockholm.
- Rousseau, J.J. (1919), *Om samhällsfördraget eller Statsrättens grundsatser*, Bonniers, Stockholm.
- Saltman, R. & von Otter, C. (1992), *Planned Markets and Public Competition*, London: Open University Press, London.
- SSUs Egenmaktsutskott (1995), *När viljan finns: Egenmakt – en exempelsamling*, SSU, Stockholm.
- Söderbergh, G. (1929), *Svenskt*, Bonniers, Stockholm.

Lars Trägårdh

- Taylor, C. (1995), *Det mångkulturella samhället och erkännandets politik*, Daidalos.
- Trägårdh, L. (1990), "Swedish Model or Swedish Culture", *Critical Review* (hösten 1990).
- Trägårdh, L. (1993a), "Bönder, bönder, svenska bönder", *Dagens Nyheter*, 20/8/1993.
- Trägårdh, L. (1993b), "Är svensken människa?", *Smedjan* (5), december.
- Trägårdh, L. (1994), "Vem skyddar oss från familjen?" i Antman (red), *Systemskifte*, Carlsson Förlag, Stockholm.
- Trägårdh, L. (red) (1995a), *Civilt samhälle kontra offentlig sektor*, SNS Förlag, Stockholm.
- Trägårdh, L. (1995b), "Svenskhet och Civilitet" i L. Trägårdh (red), *Civilt samhälle kontra offentlig sektor*, SNS Förlag, Stockholm.
- Trägårdh, L. (1995c), "Telos, Paul Piccone och den nya populismen", *Smedjan* (4).
- Zaremba, M. (1987), "Byalagets diskreta charm eller folkhemmets demokratiuppfattning" i I. Karlsson (red), *Du sköna gamla värld*, Sekretariatet för framtidsstudier, Liber Förlag, Stockholm.
- Zaremba, M. (1992), *Minken i Folkhemmet, essäer*, Timbro, Stockholm.
- Zetterberg, H. (1992), *Den svenska socialstaten – ett forskningsprojekt*, City University Press, Stockholm.
- Zetterberg, H. (1995), "Civila samhället, demokratin och välfärdsstaten" i L. Trägårdh (red), *Civilt samhälle kontra offentlig sektor*, SNS Förlag, Stockholm.
- Walker, M. (1971), *German Home Towns*, Cornell University Press, Ithaca.

Makten över vården

ANDERS ANELL

Under 1970- och 1980-talen växte hälso- och sjukvården till att bli en av de allra största branscherna i vårt land. Sammanlagt sysselsatte sjukvården år 1993 ca 380 000 personer, eller ungefär 10 procent av alla förvärvsarbetande (Socialstyrelsen, 1995). Under samma årtionden har man på central politisk nivå format ett ideal om hur verksamheten skall styras. Hälsopolitiska visioner om vård på lika villkor och ett omhändertagande av befolkningen genom förebyggande insatser och vård i öppna former på "lägsta effektiva nivå", har inte bara satt sin prägel på vår Hälso- och sjukvårdslag, utan också i hög grad styrt (och styr fortfarande) aktiviteterna inom landstingen. I dessa visioner har den enskilda medborgaren reducerats till en passiv mottagare av den vård och omsorg som samhället skapar. Ett traditionellt och paternalistiskt synsätt på patient-läkarrelationen har rått, och några allvarligare funderingar om huruvida den enskilda medborgaren har egna preferenser kring den vård man behöver har inte rymts i de utredningar som legat till grund för beslut.

Så kom slutet av 1980-talet med avtagande ekonomisk tillväxt, och även hälso- och sjukvården tvingades in i en hårdhänt ekonomisk realitet. Som konsekvens av den nya situationen kom ifrågasättandet, inte enbart av sjukvården utan också av offentlig verksamhet i största allmänhet. Kritiken förmedlades främst via media, och var kanske på så sätt extra känslig för sjukvårdspolitikerna. Reaktionerna i form av förslag på förändringar lät inte vänta på sig. I bör-

jan av 1990-talet hade de flesta intressenter med självaktning – politiska partier, fackliga organisationer m fl – presenterat åtminstone idéskisser på hur ”krisen” skulle lösas. Vid en tidpunkt föreföll det faktiskt svårt att övertrumfa de långtgående förslag som presenterades. Vid egna kontakter med olika landsting och sjukhus under denna tid kunde jag också konstatera att få tycktes tro att landstingen skulle överleva till mitten av 1990-talet, vilket de som bekant trots allt gjorde. ”Valfrihet” var ett av dåtidens nyckelord, jämte ”konkurrens”, ”alternativa former för produktion” och ”ersättning efter prestation”. Att detta var instrument som skulle prövas tycktes alla överens om, även om tilltron till de positiva effekterna nog varierade.

Med tanke på den omsvängning som på senare tid (på nytt) skett i debatten, är det svårt att tro att diskussionen om hur (dvs inte om) valfrihet skulle införas i den svenska sjukvården, var som intensivast för bara 3–4 år sedan. Valfrihet eller egenmakt eller vad man nu väljer att kalla företeelsen att brukarna får större inflytande över produktionen, är fortfarande en fråga som ligger och pyr i sjukvårdsdebatten, men den riktiga glöden saknas. Befolkningen tycks lika lite involverad i dag som då valfriheten först infördes. I denna artikel vill jag försöka utreda varför det blev som det blev. Är det så att medborgarna egentligen inte önskar sig fler valmöjligheter i vården, och därför heller inte bryr sig när politikerna ändrar förutsättningarna? Eller är det så att landstingsmodellen är dåligt skickad att skapa förutsättningar för ökat brukarinflytande? Enligt min åsikt beror valfrihetsrevolutionens misslyckande – mot bakgrund av de stolta ambitionerna bör det kallas ett sådant – på båda dessa faktorer. De lärdomar som kan dras bildar också grund för min diskussion om vad man nu bör göra i stället.

Den svenska sjukvårdsmodellen

Att ”valfrihet och konkurrens” ligger långt ifrån de ideal som legat till grund för tillskapandet av den svenska sjukvårds-

modellen, framgår ganska snart vid en historisk analys. Det står då också klart att den offentliga sjukvården vilar på samma grundpelare som annan offentlig verksamhet. Att sjukvården till stor del finansieras, kontrolleras och produceras i offentlig regi kan man från början tacka (eller beskylla) Gustav Vasa för. Det var nämligen han som genom reformationen gjorde sjukvårdsanstalterna till statlig angelägenhet som, jämte fattigvården, underställdes den statliga kyrkan. Allt sedan dess har sjukvården till stor del drivits lokalt, men med betydande statlig inblandning.

I dag är det landstingen som utgör hälso- och sjukvårdens maktcentra, och många av de funktioner som tidigare skötes på nationell nivå av departement och myndigheter är nu lokala angelägenheter. Detta maktskifte, från nationell till lokal landstingsnivå, har varit särskilt tydligt under efterkrigstiden. Kring 1860 hade landstingen, vad sjukvården beträffar, enbart ansvar för driften vid de s k kroppssjukhusen. Övrig sjukvård bedrevs av staten, kommunerna, de större städerna och av privata institutioner och läkare. Detta delade ansvar gällde i princip fram till 1960-talet, men under detta årtionde skulle viktiga beslut fattas, som också innebar att första steget togs mot det som i dag kan kallas den svenska sjukvårdsmodellen.

Sett ur patienternas perspektiv var den offentliga sjukvården i början av 1960-talet en snårskog av olika regler och villkor, beroende på vilka vårdgivare som besöktes. I den slutna vården stod landstingen för kostnaderna, men i den öppna vården fick patienterna själva betala läkarna enligt taxa, för att därefter avkräva försäkringskassan två tredjedelar av beloppet. Redan 1948 hade den s k Höjerutredningen föreslagit att den privata öppna vården vid sjukhusen, jämte annan öppen vård utanför lasaretten, skulle övergå i landstingens regi och att den öppna vården skulle byggas ut. Efter kraftigt motstånd från professionen var dock det enda resultatet av denna utredning att Höjer själv fick avgå från sitt arbete som dåvarande generaldirektör för Medicinalstyrelsen. Två decennier senare skulle dock i stort sett alla viktiga förslag i den s k Höjerutredningen genomföras. I mitten

av 1960-talet överfördes de statliga provinsialläkarna, och senare mentalsjukvården, till landstingen. Successivt tog landstingen också över den vård som tidigare bedrivits av de större städerna. Med Socialdemokraterna i stark ställning beslutade också regeringen 1969 om den s k sjukvårdsreformen, som innebar att öppenvården vid sjukhusen helt övergick i landstingens regi. För läkarna infördes totallön – man blev i ännu högre grad än tidigare tjänstemän – och för patienterna infördes enhetliga patientavgifter. Med dessa beslut var i stort sett all hälso- och sjukvård integrerad med landstingen.

De beslut som kommit därefter, såsom övertagande av ett par statliga universitetssjukhus, eller som är att vänta – jag tänker då närmast på den pågående diskussionen om landstingens övertagande av kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård – är på så sätt enbart bekräftelser på de val som gjorts långt tidigare. Men den offentliga hälso- och sjukvården har också fyllts med innehåll, visioner och mål, och det är nu vi närmar oss det paradig som satt sin prägel på vårdens utveckling, och som så radikalt skiljer sig från 1990-talets diskussion om valfrihet och inflytande för enskilda individer. En viktig del i denna målsättning, som först utvecklades i slutet av 1960-talet, var det samhälleliga perspektivet och betoningen av att det mesta hänger samman, eller åtminstone borde göra det. Sjukvården skulle således inte betraktas skild från hälsovården och socialvården, utan dessa skulle ses som en sammanhängande helhet. Med en väl fungerande primär- och socialvård skulle det säkert också gå att stävja den kostnadsutveckling inom sjukhusvården som nu började bli ett problem, menade man.

De principer som lades fast handlade om att hälso- och sjukvården skulle befrämja folkhälsan. I detta arbete var först och främst förebyggande insatser viktiga. I övrigt skulle patienterna tas om hand enligt den s k LEON-principen, dvs på Lägsta Effektiva OmhändertagandeNivå. Basen var den öppna vården utanför sjukhusen, primärvården, som i samverkan med socialvård och andra kommunala tjänster i närmiljön först av alla skulle sörja för medborgarnas behov

av vård. Sjukhusvården skulle organiseras i nivåer, där svårare fall kunde slussas vidare till mera avancerad specialistvård, men endast vid behov. Den svenska sjukvårdsmodellen fulländades i början av 1980-talet i och med att 1982 års Hälso- och sjukvårdslag trädde i kraft. I lagen betonades det hälsopolitiska synsättet och landstingen gjordes totalansvariga för planeringen. Maktskiftet från nationell till lokal landstingsnivå var, åtminstone formellt sett, fullbordat.

Att det inte var helt enkelt att förverkliga de ambitioner som målades upp i nationella utredningar framgår av den samtida utvecklingen på landstingsnivån. Landstingen planerade enligt föreskrifter och rekommendationer, men verkligheten sökte sig vanligen andra vägar (Ternblad, 1992). I början av 1980-talet kan också noteras en klar brytpunkt mellan den utvecklingsväg som landstingen valde, och den som rekommenderades från nationell nivå (Anell, 1990). Landstingen gav sakta upp principen att en central planering skulle kunna förverkliga de mål som ställts upp, och man började i stället decentralisera beslutsfattandet till sina distrikt. Argumenten som användes var tidsenliga, och handlade om att decentraliseringen skulle främja både arbetsmiljö och lokal demokrati, men i praktiken torde den allt mer besvärande finansiella situationen, tillsammans med resursfördelningens komplexitet, ha utgjort starkt bidragande skäl. Man flyttade helt enkelt ned flera svåra beslut från landstingens centralförvaltningar till distriktsledningarna, som senare gjorde samma sak i förhållande till kliniker under namn som rambudget och decentraliserat kostnadsansvar.

Vad har då den svenska sjukvårdsmodellens uppbyggnad att göra med frågan om valfrihet för enskilda medborgare? Svaret blir "nästan ingenting", och det är också själva poängen med redovisningen. Under lång tid har en syn på patienterna som passiva mottagare av vård och omsorg blandats med en hierarkisk princip för resursstyrning där man förlitat sig på politiska och administrativa mekanismer för att fördela resurser, förverkliga mål och för att undanröja ineffektivitet. Beslut om vad hälso- och sjukvården skall

ägna sig åt har formellt träffats i förhandlingar mellan politiker, administratörer och den medicinska professionen. I praktiken har professionens bedömningar ofta blivit vägledande. Om valfrihet för enskilda individer har det inte talats särskilt mycket, med undantag för det senaste halva årtiondet. I princip har den vård som funnits tillgänglig bestämts av ens postnummer. Det var således en stor omsvängning som ägde rum i debatten under 1990-talets inledande år och som delvis bröt med tidigare mönster och de grundpelare sjukvården vilade på.

Varför (inte) valfrihet?

Varför är då patientinflytande i vården intressant, och skall valfriheten uppfattas som företrädesvis mål eller medel? Är det framför allt ett instrument med vars hjälp huvudmännen, politikerna, kan skapa ytterligare press på sjukvårdens kostnadseffektivitet, eller är valfriheten exklusivt till för att skapa mervärde för patienterna? Har valfrihet något värde i sig? Svaren tycks variera beroende på vem som tillfrågas och inom vilka kulturella ramar frågorna ställs. Och varför är det inte så att valfrihet i vården tas som något självklart? En del bedömare menar nog att valfrihet och patientmakt borde vara självklara, men eftersom det bevisligen inte är så – det finns ju till och med möjligheter att publicera böcker i ämnet – finns det anledning att också se på motargumenten.

Sjukvårdens särdrag

Flera ekonomer har försökt utreda varför just sjukvård kringgärdas av speciella regler, och varför man vanligen inte låter marknaden och dess prissystem avgöra vad som skall produceras. Ofta hänvisar dessa ekonomer till ett klassiskt arbete från 1963 av Kenneth J. Arrow, "Uncertainty and the welfare economics of medical care". Ett annat centralt verk i detta avseende, åtminstone bland dem som önskar försvara den offentliga kontrollen över vården, är Robert Evans

Strained mercy: the economics of Canadian health care från 1984. Denna litteratur pekar, med referens till andra, ut flera särdrag som tillsammans, snarare än var för sig, ger argument för särbehandling av hälso- och sjukvård.

Ett av särdragen handlar om att konsumtion av sjukvård kan ge upphov till så kallade *externa effekter*. Med detta avses att en individs konsumtion av sjukvård kan ge upphov till intäkter och kostnader som inte enbart bärs av den konsumerande individen. En överdriven förskrivning av antibiotika kan t ex ge resistenta stammar av bakterier (extern kostnad), vilket bör föranleda viss återhållsamhet. Andra exempel är att vaccinationer är bra inte enbart för de individer som fått dem, utan också för alla andra genom att risken för smittspridning reduceras (extern intäkt). Därför kan det finnas goda skäl att subventionera just vaccinationer. Som framgår av exemplen, ger närvaron av externa effekter inte enbart argument för offentlig inblandning i vården, utan de får också direkta konsekvenser för synen på valfrihet i vården. Önskemål från enskilda om att fritt få välja form av antibiotika kan t ex på goda grunder avfärdas.

En mjukare, men oerhört central, form av extern effekt följer av att hälso- och sjukvård utgör exempel på en så kallad *merit good*. Med detta menas att de flesta av oss bryr sig om i fall grannen får vård eller inte, medan vi är mera oberörda av om grannen inte har råd att gå på restaurang, åka på charterresa eller köpa ny bil. Det finns ett särskilt värde, som inte omedelbart går att omräkna i kronor och ören, av att tillhandahålla en god vård till dem som behöver det. Denna solidaritet gentemot andra är av mycket stor betydelse, och återfinns även i länder som ur svenskt perspektiv ibland klassas som socialt underutvecklade vad gäller allmänhetens tillgång till vård. I den amerikanska sjukvården finns t ex federala försäkringssystem för äldre, liksom det finns delstatliga system för de allra fattigaste, och en del privata sjukhus inrättat välgörenhetsprogram för behövande på frivillig väg. Den avgörande skillnaden mellan Sverige och USA ifråga om solidaritet i vården är att medan det svenska synsättet lett fram till en långtgående generell väl-

färdspolitik, så har man i USA skapat särskilda institutioner i form av federala och delstatliga försäkringssystem, som ger åtminstone visst stöd åt de grupper som av olika skäl inte klarar sig själva.

Det från styrningssynpunkt kanske viktigaste särdraget är att *osäkerhet* om framtida hälsosituation och aversion mot risk skapar efterfrågan på försäkringar mot utgifter för hälso- och sjukvård. Det är förvisso inget märkvärdigt. Vi försäkrar oss mot konsekvenser av många andra oönskade tillstånd utan att därför ropa på den offentliga sektorns hjälp. Det är snarast osäkerheten i kombination med ytterligare ett särdrag, den *skevt fördelade kunskapen* mellan olika aktörer, som ger problem. Denna skevhet och den medicinska professionens särställning och auktoritet kan bli mycket kostsam för finansären. Sett ur den enskilda individens perspektiv kan konsumtion av vårdförsäkring säkert vägas mot andra varor och tjänster så länge man är frisk. Men för sjuka, som också är försäkrade, gäller delvis andra lagar; all vård med positiv marginalnytta efterfrågas oavsett pris – man har ju försäkring. Problemet är nu att även läkaretiken säger att man skall göra allt för patienten, oavsett kostnaderna, och denna princip tycks ha brett stöd bland folket. Till stöd för läkare och patienter finns också den medicinsk-tekniska industrin och läkemedelsföretagen, redo att leverera en aldrig sinande ström av nya produkter och mediciner. Och där står försäkringsbolaget, eller för den delen landstinget, med räkningen i hand – varsågod, det är bara att betala!

Ett naturligt sätt för finansierarna att stävja en sådan kostnadsutveckling är dels att försöka utverka kontroll över och styra den vård som läkare och andra vårdproducenter tillhandahåller, dels att ge patienterna finansiella skäl att vara mer måttfulla i sina önskemål, t ex genom olika former av självrisker och extraavgifter. För ett svenskt landsting, och med en svensk lagstiftning som säger att alla skall ha tillgång till vård på lika villkor oavsett betalningsförmåga, finns påtagliga begränsningar vad gäller det senare tillväggångssättet. Studier har visat att efterfrågan på vård kan

påverkas med höjda patientavgifter, men detta sker i så fall till priset av olika tillgång till vård för olika inkomstklasser. Därför tycks den dörren vara stängd för svenskt vidkommande och detta får, som jag senare skall återkomma till, konsekvenser för den grad av valfrihet i sjukvården man kan ge medborgarna. Även det förra tillvägagångssättet, att utöva mera direkt kontroll och styrning över vården, som är det styrmedel som så att säga blir över för landstingen, påverkar förutsättningarna för medborgarnas möjligheter att välja. Till detta ber jag också att få återkomma.

Effekter av valfrihet

Eftersom valfrihet i vården kan utformas på många olika sätt, blir det svårt att heltäckande redogöra för dokumenterade erfarenheter vad gäller effekterna. De effekter som kan förväntas skiljer sig exempelvis åt beroende på om valet gäller husläkare med fast ersättning per individ, om valet omfattar läkare och sjukhus som ersätts per besök, vårdtillfälle eller enskilda insatser, eller om valet handlar om ett större inflytande över beslut om behandlingsalternativ. Dessutom beror effekterna på den institutionella kontexten, dvs på de formella och informella regler som i övrigt påverkar aktörernas beteende. Att sådana skilda förutsättningar kan ge olika effekter kan också förstås intuitivt. I fallet med husläkaren som får fast ersättning per individ finns t ex ingen risk för ogynnsam kostnadsutveckling inom själva husläkarsystemet. Totalkostnaden vid varje tidpunkt bestäms av antalet individer oavsett husläkarnas agerande. Detta förutsätter dock att husläkare som av olika skäl tappar sina patienter, erhåller motsvarande lägre inkomster.

I ett öppet finansieringssystem, där vårdgivarna ersätts från tredje part per besök, vårdtillfälle eller insats, är dock risken för ökande kostnader påtaglig. Det gäller i ännu högre grad om medborgarna fritt kan välja den vårdgivare man vill gå till, dvs att det finns konkurrens mellan vårdgivarna om patienterna. Väldokumenterade erfarenheter från USA pekar mot att sådana lösningar kan ge snabbt stigande kost-

nader, förorsakade av incitamenten att producera fler tjänster. I en ofta refererad studie publicerad i *Journal of American Medical Association* (Robinson & Luft, 1987) visas t ex att kostnaderna per intagen patient var högre i områden med många sjukhus inom en given radie, och där således konkurrensen om patienterna var mer påtaglig.

Sjukvårdens organisation i USA håller dock på att ändras. Jag tänker då inte så mycket på den reform med hälso- och sjukvård för alla som paret Clinton försökte införa, utan mer på de krafter som är synliga på den privata marknaden. Arbetsgivarna, som står för huvudparten av finansieringen, är trötta på de evigt stigande premierna från försäkringsbolagen och ifrågasätter därför vårdkostnaderna. Detta har tvingat försäkringsbolagen till att bli mer aktiva, vilket även får konsekvenser för den frihet som kan tillåtas såväl vårdgivare som konsumenter. Fullständig valfrihet finns fortfarande att köpa, men den kostar. För de allra flesta amerikaner gäller att man i allt högre grad väljer att acceptera begränsningar i sina valmöjligheter inom ramen för olika former av HMO:s (Health Maintenance Organizations). För läkare gäller att man i allt större utsträckning får acceptera att ens prestationer och behandlingsvanor jämförs med andra läkares, och att vårdprogram, begränsande avtal med specialister och andra styrinstrument under samlingsnamnet "managed care" påverkar tillgängliga behandlingsalternativ och remissvägar (se t ex Kane, 1995).

Tendenser till stigande kostnader har också konstaterats i en del av de svenska landsting som provat fria val av vårdgivare för sina invånare; åtminstone har hänvisning till sådana tendenser använts som argument för att begränsningar måste införas. Det är här angeläget att poängtera att ökande kostnader inte utgör något problem i sig, varken i amerikansk eller i svensk sjukvård. Eventuella problem uppstår enbart i de fall då kostnaderna inte motsvaras av ett ökat värde. Låga kostnader kan således till skillnad från kostnadseffektivitet och kostnadskontroll aldrig vara ett mål i sig. Sett ur ekonomens perspektiv får hälso- och sjukvården kosta hur mycket som helst, bara kostnaderna kan

motiveras, sett till det relativa värdet av det som produceras. En viktig fråga att besvara är därför vilket mervärde fria val och större patientinflytande i vården kan förväntas skapa. Det är intressant att notera att de flesta svenska förslag som presenterats tycks ha behandlat denna fråga utifrån vad sådana förutsättningar kan göra för systemet. Det handlar om att valfrihet och inflytande skall ge vårdgivarna incitament att skärpa sig ytterligare, och därmed att sjukvårdssystemet skall räddas från allmänt sönderfall. En snarlik skola gör gällande att valfrihet och inflytande för individen är viktigt för att bevara ett demokratiskt inflytande över systemet. I betydligt mindre utsträckning har förslag presenterats med utgångspunkten att målet blott och bart är att ge en bättre vård till den enskilde individen.

Ett sådant perspektiv tycks lika dåligt belyst i forskningen. Den riktigt intressanta frågan är om en starkare ställning för patienterna kan ge både bättre medicinska beslut och lägre kostnader. De få studier som gjorts tyder på att detta i en del situationer *kan* vara fallet (se Deber, 1994), även om det är långt ifrån visat att detta gäller generellt. Mot bakgrund av denna möjlighet är det emellertid märkligt att exempelvis prioriteringsdebatten i Sverige, och även i andra länder, nästan helt undvikit att diskutera huruvida problemet med att prioritera bort en del av vårdens insatser i en del fall skulle kunna bli enklare om patienterna själva fick ett större inflytande i den medicinska beslutsprocessen. I detta avseende följer man det paradigm som sedan länge styrt vårdens utformning, och som utgår från att människors inställning till de risker och de resultat som kan förknippas med olika behandlingsalternativ är identiska, alternativt att man tycker att läkarna själva är kapabla att bedöma patienternas preferenser. Det är tveksamt om några av dessa antaganden kan anses långsiktigt hållbara, vilket innebär att patientinflytande vid prioriteringar måste bli en del av lösningen *även* om detta skulle visa sig vara det allra svåraste alternativet att genomföra.

Valfrihet enligt von Otter–Saltman

De särdrag som karakteriserar sjukvården, och den erfarenhet av valfrihet och inflytande som finns från andra sjukvårdssystem, utnyttjades åtminstone inte explicit som grund för de förslag om valfrihet i vården som introducerades i början av decenniet. De enda forskare som vid denna tid, och för svenskt vidkommande, gjort någon djupare analys var Casten von Otter och Richard B. Saltman, som 1987 i en artikel benämnd "Re-vitalizing public health care systems: proposal for public competition in Sweden" gav förslag till hur större inflytande för medborgarna kunde realiseras. En del av dessa tankar utvecklades senare vidare av Saltman i SNS-skriften *Patientmakt över vården* (1992). De idéer som fördes fram hade stor betydelse för den debatt om valfrihet i vården som skulle följa, och de inverkade sannolikt också på de beslut som senare kom att fattas i landstingen.

En viktig egenskap i de båda forskarnas förslag var att man förespråkade ett mycket starkt offentligt system *samtidigt* som man pläderade för en långtgående valfrihet för medborgarna. Dessa idéer gav således hopp om att det fanns ett slags tredje väg, och passade på så sätt väl in i den svenska politiska traditionen. I princip innebar förslaget att marknadsliknande villkor borde införas på efterfrågesidan, i betydelsen att medborgarna gavs stort utrymme för val och inflytande. Pengarna skulle följa patienterna, dvs de vårdgivare som blev populärast skulle också få mest resurser. von Otter och Saltman har varken i artikeln från 1987 eller i senare arbeten angett några detaljer för hur denna omfördelning av resurser skall gå till, men det står klart att nämnda principer förespråkas. I övrigt menade de att sjukvårdens särart krävde en stark offentlig styrning på utbudssidan. Till exempel ansåg författarna att produktionen borde kvarstå helt i offentlig ägo, och de var tveksamma till att skilja mellan landstingens finansierings- respektive produktionsansvar. Därmed skilde sig förslaget ganska markant från de tankar om en uppdelning av beställare och utförare som senare blev förhärskande i flertalet europeiska länder. Dessa

beställar-utförar-modeller, som också diskuterades och infördes i många svenska landsting, baseras på att det offentliga bör behålla ett starkt inflytande över efterfrågesidan, beställningarna, medan utbudssidan kan utsättas för konkurrens, minskad reglering och till och med privatisering. I polemik mot denna utveckling och dessa förslag tar också von Otter och Saltman utgångspunkt i frågan om patienternas ställning i vården. Man menar att ett långtgående inflytande från patienternas sida förutsätter en stark sammanhållning av producentledet, med tonvikt på annan styrning än den som ges av ekonomiska incitament.

Enligt min mening har de tankegångar som presenterats av von Otter och Saltman varit viktiga för utvecklingen i Sverige. Erfarenheter från landstingen visar emellertid också på några av de svårigheter som föreligger vid försök att tillämpa principerna. Min största invändning utgår från att man inte kan sätta några större förhoppningar till att utbudssidan kommer att reagera på patienternas krav och önskemål, om man inte dessutom tydligt kopplar dessa krav och önskemål till bland annat ekonomiska incitament. Det måste alltså vara ekonomiskt kännbart för en vårdgivare om patienterna väljer att gå till någon annan, och det måste naturligtvis i någon mån löna sig att ta emot fler patienter och lyssna till deras önskemål. När väl sådana principer införts, och nu kommer huvudinvändningen, så ställs det oerhörda krav på politisk handlingskraft så att resurserna hela tiden omfördelas i förhållande till medborgarnas val och preferenser. Politikerna måste ha kraft att ta ifrån de vårdgivare som inte väljs, och ge till de vårdgivare som blir valda. Vid nedskärningar är jag tveksam till i vilken utsträckning politikerna i sina beslut kommer att mäka med att sätta lojaliteten till patienternas val i första rummet.

Trycket att också beakta andra målsättningar, det kan gälla ekonomi eller försvar av sysselsättning, kan åtminstone bli högst påtagligt. Det är då frestande att ta från vårdproducenter som genererat vinst för att ge till de vårdproducenter som inte klarat sig i konkurrensen. Helt klart kommer också förlorarna bland vårdproducenterna att ge

stöd för ett sådant agerande. Incitamenten, sett ur vårdproducenternas perspektiv, att "spela med" enligt de nya reglerna kommer nämligen att variera beroende på om man utgör förlorare eller vinnare. För ett sjukhus som varit framgångsrikt i kampen om patienter och remisser från primärvården finns inga problem att följa regelverket, tvärtom. För de sjukhus som förlorar ligger det däremot nära till hands att peka på det ofullständiga beslutsunderlaget då man låter befolkningens val avgöra resurstilldelningen, och man avkräver huvudmannen ett ansvar för helheten. Det finns alltså enligt min mening skäl att tvivla på möjligheten att skapa en långsiktigt hållbar lösning med utgångspunkt i förslaget från von Otter och Saltman, och då framför allt med tanke på de incitament som gör sig gällande i en politiskt styrd organisation. Ekonomiska incitament är förvisso inte de enda, eller ens de viktigaste, incitamenten som styr hälso- och sjukvårdens utveckling, men någon betydelse torde de ha. Att det också finns empiriska belägg för mina tveksamheter återkommer jag till.

Vad vill befolkningen?

Inte heller von Otter & Saltman baserade sitt förslag på någon empirisk kunskap om medborgarnas preferenser avseende val och inflytande i vården. I det avseendet skilde man sig inte från andra valfrihetsförespråkare, som vanligen gjorde gällande att sjukvårdens effektivitet skulle bli bättre i största allmänhet med utökad valfrihet eller att allmänna värderingsförändringar tillsammans med kritiken mot de byråkratiska landstingen nödvändiggjorde en förnyelse. Det var mot denna bakgrund som IHE våren 1995 genomförde en studie som just behandlade frågor om allmänhetens preferenser (Anell & Rosén, 1995). Det främsta syftet med de enkätundersökningar som gjordes, var att försöka belysa om individers preferenser i dessa frågor skilde sig mellan olika grupper, och vad detta i så fall berodde på. Vi önskade också belysa om det fanns någon grund för de argument som ibland användes i debatten, t ex att valmöjligheter endast är

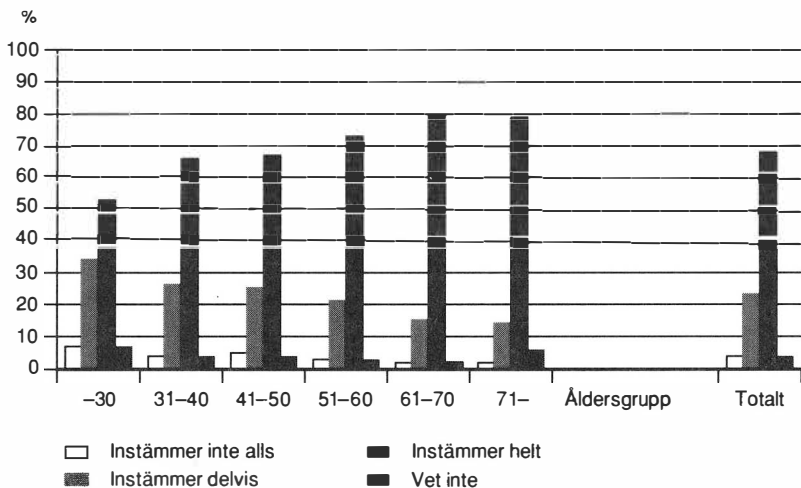
intressanta för de unga och friska eller att valfrihet inte är en relevant fråga för dem som bor utanför storstadsområdena. En annan viktig fråga att undersöka var om det fanns skillnader i synen på dessa frågor mellan befolkningen och de som arbetar i vården. Om sådana skillnader förelåg kunde det finnas skäl att förutspå större eller mindre problem vid genomförandet av beslut kring valfrihet och patientinflytande.

Det första vi slogs av var bristen på tidigare svenska studier i ämnet. Detta resultat är i sig intressant. Den strategi som vi använde oss av var därför i stort sett att utifrån allmän litteratur och beslut i landstingen formulera ett antal frågor, som sedan skickades ut till 2 000 slumpvis utvalda medborgare respektive 300 läkare och 300 sjuksköterskor. Frågorna berörde attityder till fria val av läkare, sjukhus och specialister, liksom önskningsar om mer inflytande i den medicinska beslutsprocessen och behovet av information. De skillnader som framkom i svaren visade sig framför allt bero på faktorer som ålder, utbildning och i viss mån om man var sammanboende eller hade barn i hemmet. De mest intressanta resultaten visade på olika preferenser hos skilda generationer, såväl hos allmänheten som bland sjukvårdspersonal.

Det visade sig nämligen att de äldre, tvärtemot vad som gjorts gällande i den allmänna sjukvårdsdebatten, var mest intresserade av möjligheten att välja vårdgivare, och då främst läkare (se figur 1). Även de yngre var positiva till möjligheten att välja läkare, men i lägre grad än de äldre. Bland de allra yngsta, i undersökningen definierade som de mellan 18 och 30 år, ansågs det t ex lika viktigt att kunna välja sjukhus som att kunna välja primärvårdsläkare. De tillfrågade tycktes generellt sett mindre intresserade av att utöva inflytande vid val av behandlingsalternativ, jämfört med val av vårdgivare. I denna fråga fanns en intressant omvänd ålderseffekt såtillvida att de yngre generationerna tillsammans med de välutbildade var mer positiva (se figur 2). De äldre och lågutbildade var således mer benägna att acceptera att läkarna beslutade om behandlingsalternativ.

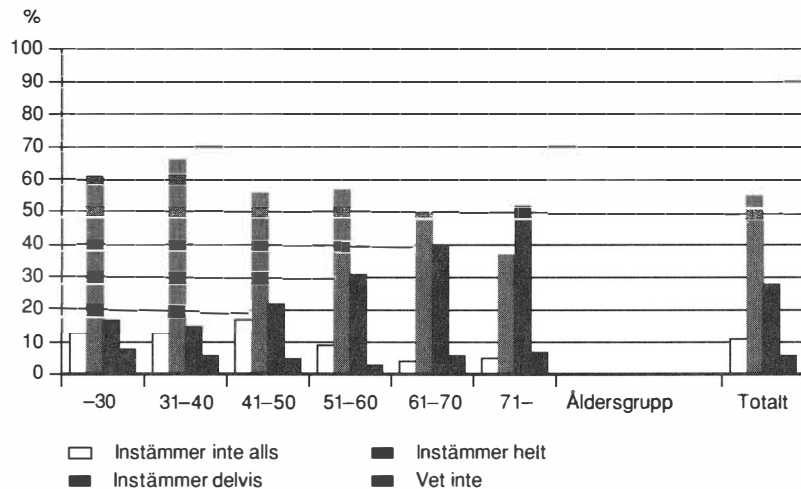
Figur 1

"Jag vill själv välja den distriktsläkare / husläkare som jag ska bli behandlad av"



Figur 2

"Om det finns flera behandlingsalternativ, så bör min läkare avgöra vilket alternativ som ska väljas"



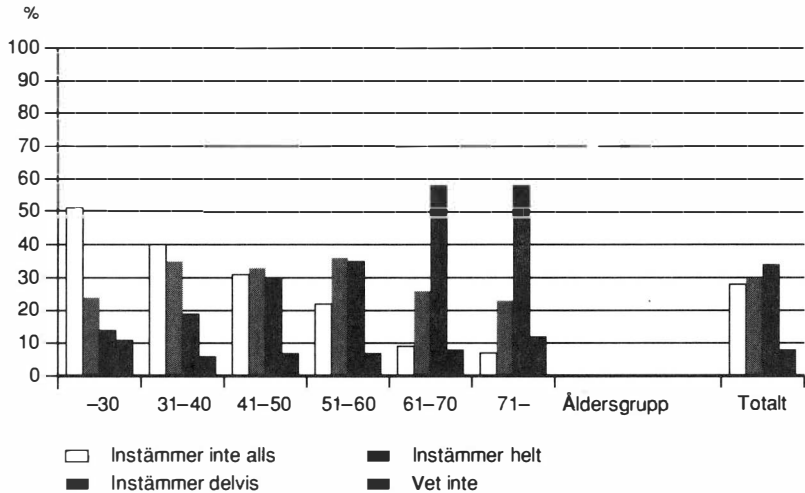
Det finns naturligtvis flera tänkbara orsaker till att människor i olika åldrar har skilda uppfattningar. En första viktig förklaring kan vara att individers behov av vård varierar under livscykeln, med större behov i de övre åldrarna. Det är då logiskt att kontinuerlig kontakt med en och samma läkare blir extra viktigt för de äldre, och tydligen också möjligheten att kunna välja sin läkare. Det finns inget som tyder på att denna vilja uttrycker önskemål om att "shoppa runt" bland tillgängliga läkare. Eftersom de äldre som grupp betraktad är ganska positiva till att låta läkaren bestämma om det finns flera tänkbara behandlingar, verkar det snarare som de äldre i sina val kommer att leta efter en god och långvarig läkarrelation, som bedöms tillräckligt trygg för att man skall våga lämna över besluten kring sin behandling. De yngre generationerna tänker annorlunda. Behovet av vård och omsorg är inte lika stort, och därmed är önskemålen om kontinuerlig kontakt med läkare som känner till ens sjukdomshistoria kanske inte lika uttalade.

Detta förklarar dock inte varför unga respektive välutbildade är mer intresserade av att få större inflytande vid val av behandling, och att de enligt vår undersökning dessutom är mer kritiska till påståendet att det inte skulle finnas några kvalitetsmässiga skillnader mellan olika vårdgivare. Även synen på den egna kunskapen varierar mellan åldrarna (se figur 3) och de yngre generationerna är tillsammans med de välutbildade mer intresserade av ytterligare information. En trolig förklaring till dessa skillnader är att de yngre och de välutbildade omfattar andra värderingar än de äldre, vilket innebär att man har en mer kritisk attityd samt att man ställer större krav på delaktighet och inflytande. Man kräver helt enkelt makt, information och inflytande som går utöver de möjligheter att välja vårdgivare som främst diskuterats bland landstingen under senare år.

Vår undersökning visar alltså att människors vilja att välja och ha inflytande över vården varierar beroende på bl a ålder och utbildning. Ett hänsynstagande till dessa olika preferenser skapar mervärde. Ytterligare (och egentligen bättre) argument för att patientinflytande och valmöjlighe-

Figur 3

"Jag har tillräckligt med information för att kunna välja den distriktsläkare / husläkare som jag vill bli behandlad av"



ter skapar mervärde kan inhämtas om vi lämnar gruppnivån och genomför en analys helt utifrån det individuella perspektivet. Som diskuterats av ekonomen Amartya Sen i en kritik av teorier om nyttoximering finns ingen möjlighet att fastställa enhetliga värden på de tjänster som produceras t ex inom ramen för ett välfärdssystem. Det som avgör tjänsternas värde är i stället i vilken utsträckning tjänsternas egenskaper bidrar till att individen kan uppnå det han eller hon verkligen värdesätter – att man kan göra det man vill eller att man kan vara den man vill. Enligt min egen tolkning av resonemanget följer härav även att t ex en och samma vårdtjänst kan värderas olika av skilda individer, eftersom vårdtjänstens egenskaper alltid måste ställas i relation till individens egen situation. För att ta ett par extrema, och förvisso förenklade, exempel så betyder ett amputerat ben inte samma sak för en fysiskt aktiv människa som för en mera stillasittande, liksom en förlorad röst betyder olika för operasångerskan jämfört med en balettdansös. På samma

sätt kan medicinskt motiverade insatser te sig meningslösa ur en individs perspektiv i den mån dessa insatser inte bidrar positivt till förmågan att göra det som individen verkligen vill göra.

Ett snarlikt tankesätt kring värdet av det vården producerar återfinns hos de båda hälsoekonomerna Alan Williams och A.J. Culyer vid University of York och deras resonemang om att vården skulle kunna styras och prioriteras utifrån patienternas kapacitet att dra verklig nytta av insatserna (*capacity to benefit*) (se t ex Culyer, 1976). Innebörden av en sådan princip blir dock helt beroende av vem som avgör om verklig nytta existerar. Är det politikerna, läkarna eller patienterna som skall svara för bedömningarna? Culyer verkar här gå i samma vältrampade fotspår som de flesta andra som studerat frågan om prioriteringar i vården, dvs man menar att det i första hand blir upp till politiker och läkare att fatta dessa beslut. Patienterna antas alltid vilja ha mer av det vården kan erbjuda, och det är dessa krav man har att stävja. Återigen uppstår frågan om hur långsiktigt hållbart ett sådant förfarande är, och om de svåra valen i åtminstone en del fall till och med skulle kunna underlättas om patienterna själva fick större möjlighet att påverka besluten.

Valfrihet i landstingens regi – Du får välja vilken vård vi vill

Även om den svenska sjukvårdsmodellen inte har så mycket med valfrihet och patientinflytande att göra, har som bekant 1990-talet fört med sig en omprövning. Eller är det inte så? Som kommer att visas i detta avsnitt, finns skäl att diskutera med vilket allvar och i vilket syfte "valfrihetsrevolutionen" i landstingen egentligen genomfördes. Dessa skäl utgör de incitament som gäller för den politiskt styrda organisationen, och mera bestämt hur en sådan organisation söker sin legitimitet. Så här i efterhand kan konstateras att en stor del av den förnyelse i hälso- och sjukvården som det pra-

tades mycket om under 1990-talets första år, stannade vid just prat och modellbygge. Förvisso fattades en hel del beslut, och visst genomförde man en del förändringar, men beslut och handling stod inte på långa vägar i proportion till den debatt som fördes. Företagsekonomen Nils Brunsson menar efter många års studier av kommunala styrprocesser att en sådan diskrepans mellan prat, beslut och handling ingalunda är unik, utan snarare ett kännetecken för politiska organisationer. Enligt Brunsson behöver de politiska organisationerna endast i begränsad utsträckning handla för att legitimera sin existens. Det räcker med att intressenterna i deras omgivning *uppfattar* det som att de egna kraven höras. För att fånga tillräckligt många kravställare kan det då också vara optimalt att prata på ett sätt (omfattande reformer), besluta på ett annat (förändringar inom givna institutioner) och handla på ett tredje sätt (byta ord på befintliga processer). Sådana fenomen gör sig nu inte enbart gällande inom vad vi i dagligt tal kallar politiska organisationer, exempelvis våra landsting, utan återfinns också bland näringslivets företag i den mån de frågor som behandlas är politiska (t ex en del företags hantering av miljöfrågor). Problemen tycks dock särskilt uttalade i organisationer som inte är föremål för det omvandlingstryck som t ex konkurrens leder till, som våra landsting.

Beslut och handling i landstingen

Det kan konstateras att valfrihet i vården för enskilda medborgare var en prioriterad fråga bland våra sjukvårdspolitiker i början av detta årtionde. På ett tidigt stadium av utvecklingen tycktes det inte heller finnas någon politisk oenighet; den var åtminstone inte synlig i den allmänna debatten. Således kunde samtliga politiska partier vid Landstingsförbundets kongress år 1989 enas om att det var viktigt att stärka den enskildes valfrihet och inflytande. I denna anda har också en rad formella beslut fattats på såväl nationell som landstingsnivå. I flera regioner har landsting också kommit överens om samverkan, för att på så sätt ytterligare

bredda medborgarnas möjligheter att välja.

På nationell nivå blev valfrihet för individen en av de förutsättningar som den statliga sjukvårdsutredningens (HSU 2000) arbete skulle grundas på. Samma år som denna utredning påbörjades, 1992, bestämdes att en vårdgaranti skulle införas för tio olika diagnoser. Patienter skulle nu inte behöva vänta mer än tre månader på att få sin höftleds- eller starroperation genomförd. Om det egna sjukhuset inte klarade av att leverera inom denna tid, skulle patienten erbjudas vård vid annat sjukhus, om så krävdes i annat landsting eller hos privat vårdgivare. I egna studier (Anell & Svarvar, 1994) kunde vi också konstatera att så gott som samtliga landsting vid denna tidpunkt fattat beslut om att det nu var fritt fram för medborgarna att vända sig till vilken vårdcentral man ville. En majoritet av landstingen gav också medborgarna möjligheter att gå direkt till sjukhusens mottagningar utan krav på remiss, och i resterande landsting var man fri att välja sjukhus vid remiss. På många håll var det också möjligt för medborgarna att söka sig till vårdgivare i närliggande landsting; hemlandstinget stod för betalningen. Föregångarna i detta avseende var de fem västsvenska landstingen, som i en överenskommelse om "gränslös vård" tillät sina invånare att fritt söka vårdgivare inom ramen för det utbud de fem landstingen presenterade. För större delen av den specialiserade sjukhusvården krävdes dock remiss. I södra sjukvårdsregionen gick man ännu längre. Där erbjöd man sina invånare att fritt söka sjukhusvård (regionspecialiteter undantagna) utan krav på remiss.

De formella möjligheterna att fritt välja vårdgivare ökade således påtagligt under 1990-talets första år. Därmed inte sagt att valmöjligheterna var så mycket större i praktiken. Det är exempelvis troligt att beslut om att tillåta fria val har större betydelse i Väst- och Sydsverige, jämfört med inre Norrland. Det kan också noteras att landstingen då som nu i viss mån använde patientavgifterna som styrmedel. Det är en öppen fråga om fria val utan krav på remiss, men med högre avgifter för sjukhusvården, innebär mer valfrihet för individen än en lösning med krav på remiss och samma pa-

tientavgift på alla vårdnivåer. Möjligheterna att välja beror i praktiken också på i vilken utsträckning landstingen informerat sina invånare om alternativen och deras egenskaper. I en egen undersökning (ibid) kunde noteras att ambitionerna i de olika landstingen härvidlag skilde sig. Några landsting hade pliktskyldigast genom annons i lokal press talat om för sina invånare att det nu fanns möjlighet att välja, men i stort sett stannat vid detta. I flera fall informerades också befolkningen om sina valmöjligheter långt efter det att landstingen fattat de formella besluten. Andra landsting, i framför allt Väst- och Sydsverige, hade högre ambitioner och det allmänna budskapet ”nu kan du välja själv” spreds genom regelrätta kampanjer.

Den information som spreds av landstingen handlade nästan undantagslöst om att föra fram det allmänna budskapet ”nu kan du välja själv”. Saklig information om skillnader mellan alternativen, eller vilka alternativen var, saknades vanligtvis helt. Någon information om kvalitetsmässiga skillnader mellan olika vårdgivare gjordes t ex inte tillgänglig; frågan bedömdes av de allra flesta som alltför svår och känslig. Denna brist på information kan till en del förklara de ganska marginella effekter som uppkom i patientledet. Initialt tycks den allra största effekten ha uppstått som en attitydförändring bland vårdproducenterna, och då som ett led i att det för varje vårdgivare introducerades åtminstone ett potentiellt hot om konkurrens. Att valfrihetsbesluten hade denna effekt, och att effekten åtminstone initialt var av stor betydelse, har också visats i studier (se von Otter i denna bok). För medborgarna tycks däremot valfrihetsreformerna ha gått mera obemärkt förbi. I ett flertal studier har t ex konstaterats att befolkningen till stor del är okunnig om sina valmöjligheter. Detta kan förklaras av att även befolkningen kan ha svårigheter att urskilja vad som är prat och beslut i landstingen, eller att de många turerna kring exempelvis husläkarreformen medfört osäkerhet om vilka villkor som faktiskt gäller. Det kan också vara så att befolkningen redan tidigare var förhållandevis nöjd med sina valmöjligheter, och att landstingen i praktiken inte va-

rit så strikta som de formella strukturerna gett sken av.

En annan omständighet som kan ha begränsat effekterna av ökade valmöjligheter var parallella reformer i landstingen som syftade till att inrätta särskilda beställarorganisationer skilda från utförarna. Denna utveckling hade egentligen inget alls med valfrihetstankarna att göra, även om reformerna vanligen presenterades i ett och samma paket, utan denna reform hade sin egen historia som på sätt och vis var mer förenlig med de svenska traditionerna. Bristen på samordning mellan olika delar av förnyelsen skapade påtagliga problem vid genomförandet. I flera landsting försökte man egentligen införa två olika modeller för verksamhetens styrning. Den ena modellen baserades på fria val för invånarna, där pengarna till vårdgivarna skulle följa patienternas val. Den andra modellen baserades på att beställarna, och inte de enskilda individerna, var bäst skickade att bedöma var och i vilken omfattning vård skulle produceras. Beställarna skulle upphandla förmånliga kontrakt med vårdgivarna, och med dessa kontrakt som utgångspunkt skulle patientströmmarna styras. Mest påtagliga blev samordningsproblemen i landsting med en kombination av många små beställare, långtgående beslut om valfrihet för invånarna och ett rikt utbud av vårdgivare. I södra Bohuslandstinget reducerades åtminstone en del av beställarna i området runt Göteborg till passiva utbetalare av ersättningar till vårdgivarna, med utgångspunkt i invånarnas val.

Även om det generellt inte går att påvisa att de utökade valmöjligheterna haft någon större betydelse för medborgarna, finns viktiga undantag som också kan lära oss något om de incitament som gäller i landstingen. Dessa viktiga undantag står framför allt att finna i gränsområden mellan landsting, där invånarna till följd av de nya villkoren valt att gå till ett annat landsting än det man egentligen "tillhör". Erfarenheterna från de fem västsvenska landstingen och de patientströmmar som uppstod i området kring Göteborg utgör ett bra exempel. Problemet sett ur ett par av de medverkande landstingens perspektiv var att patientströmmarna blev väsentligt större än vad man förutspått. Därmed

skapade den överenskommelse man ingått om samarbete i "Gränslös vård" också vinnare och förlorare. Framför allt var det Halland och Älvsborg som klagade då invånarna i norra Halland respektive sydvästra Älvsborg i högre utsträckning valde att söka vård i Göteborg. Resultatet av kontroversen blev en ändring av spelreglerna, till förlorarnas fördel. Numera finns fastställda tak om hur stora patientflödena får vara, och ersättning för vård över dessa tak utgår endast till viss andel av totalkostnaderna. Med denna ändring kunde det formella samarbetet om valfrihet i regionen också räddas.

Det tycks alltså som om landstingen är beredda att kompromissa på beslutade principer i den stund effekterna av ökade valmöjligheter blir för svåra att hantera. Hellre än att fatta obekväma beslut om nedskärningar i det egna vårdutbudet, väljer landstingen att rucka på principerna om fria val. Bland de västsvenska landstingen ändrade man ersättningsystemen så att incitamenten att ta emot fler patienter dämpades. Andra strategier som använts bland landstingen för att motverka besvärliga patientströmmar är att vara mer återhållsam med information om valmöjligheterna, att låta beställarna agera på ett sätt som motverkar valfrihetsprincipen, att införa generellt remisstvång för specialistvård eller att differentiera patientavgifterna. Valfrihet i vården? Javisst, bara du väljer som landstingen vill!

Vilka är alternativen?

Så här långt har jag huvudsakligen diskuterat de restriktioner och problem som kan förknippas med valfrihet och patientinflytande i vården. Min egen uppfattning är att utan en klar uppfattning om vilka restriktioner som föreligger, spelar det ingen roll vilka lösningar som läggs fram. Vi överlämnar åt slumpen att avgöra om de blir lyckosamma. En central slutsats som kan härledas ur resonemanget är att själva beslutet att finansiera och organisera sjukvården i of-fentlig regi, med argumentet att detta leder till god vård på

lika villkor, resulterar i nödvändiga restriktioner för enskilda individer. Det går inte att kombinera ett system där medborgarna erbjuds (nästan) kostnadsfri sjukvård med att samma medborgare får obegränsade valmöjligheter. Förvisso är det sant att få individer finner något värde i sig av att konsumera sjukvårdande insatser. Däremot efterfrågar de flesta människor en bra hälsa, och i samma stund som hälso- och sjukvården lovar att bidra till detta, finns en härledd efterfrågan på sjukvårdande insatser. Det innebär nu inte att allt som sjukvården kan producera har samma (eller ens något) värde för alla individer och alltid. Slutsaten motsäger därför inte min tidigare argumentation att medborgarna bör ses som en värdefull resurs vid prioriteringar.

Poängen är i stället att ställningstagande i frågor som berör valfrihet och patientinflytande kan få konsekvenser som vida överstiger kosmetiska ingrepp i nuvarande landstingsmodell. De alternativ som står tillgängliga för svenskt vidkommande beror alltså till stor del på om vi är beredda att ompröva den traditionella svenska sjukvårdsmodellen (jmf Blomqvist i denna bok). Om vi inte är beredda på några ingrepp alls, får vi leva med den osäkerhet som följer av att beslut och handling i landstingen inte alltid är samma sak, och att effekterna av våra val inte får bli så stora att det blir besvärligt för landstingen att hantera dem. Om vi å andra sidan accepterar en radikal omprövning finns möjligheter att låta var och en köpa sin egen lösning, kompletterat med offentliga finansieringssystem för de individer som av olika anledningar hamnar utanför. Gränser för valfriheten behöver med sådana förutsättningar endast sättas utifrån konstaterade negativa externa effekter (inget fritt val av antibiotika således) och vad den medicinska professionen har samvete till. Men är det verkligen detta svensken vill? Jag tror personligen inte ens att vi är i närheten av ett sådant ställningstagande (se även Trägårdh i denna bok). Den relevanta frågan är då vad som finns mellan ytterligheterna. Är det möjligt att göra förändringar i svensk sjukvård, som möter olika preferenser hos individerna och som inte leder till att man förkastar målsättningar som anses viktiga? Jag tror

själv att det är möjligt. Likafullt tror jag att man med successiva förändringar inom systemets ram också kommer att närma sig en punkt då våra politiker måste förklara för medborgarna att hit kan vi gå, men går vi längre måste vi också vara beredda att ändra vår uppfattning om vad som är en god vård på lika villkor.

En intressant fråga att spekulera kring är naturligtvis hur långt vi kan gå innan denna gräns nås. Säkert kan svenskarna i allmänhet acceptera val som innebär att individer, av olika skäl, väljer alternativ som är mindre kostsamma än de som är allmänt tillgängliga inom det offentliga systemets ram. Vi kan t ex tänka oss människor som med stöd av professionella insatser väljer att vårdas hemma, i stället för att vårdas vid någon mera kostsam vårdinrättning. Men i vilken mån kan befolkningen acceptera att enskilda individer betalar extra inom det offentliga ram för att nå ytterligare kvalitet på vårdtjänsterna? Vilka rubriker i massmedia skulle t ex bli resultatet om ett landsting beslutade erbjuda sina sjukhuspatienter ett "businessclass"-alternativ, med bättre service och mat, mot extra betalning? Hade reaktionen varit annorlunda om den extra betalningen inte bara täckt merkostnaderna, utan också gett sjukhusen en vinst som kunnat utnyttjas för att ge alla de andra patienterna en något bättre omsorg? Den första situationen är sanktionerad enligt det sk paretokriteriet, då ingen får det sämre för att vissa får det något bättre, och den sistnämnda situationen motsvarar de krav som formulerats av filosofen John Rawls, om ojämlikheten kan arrangeras så att den är till största möjliga nytta för de sämst ställda. Men är ens detta kriterium tillräckligt? Svaret på frågan är viktigt då det anger handlingsutrymmet för en utveckling mot olika former av avgifter och tilläggsförsäkringar som instrument för att ge mer valfrihet och inflytande åt individen (och dessutom mer resurser till vården.) I svaret kommer också att anges vad vi *egentligen* strävar efter med vårt jämlikhetsideal och i vilken utsträckning jämlikhet anses ha ett värde i sig.

En pragmatisk utgångspunkt för att föreslå hur valfrihet och patientinflytande kan utformas i vården är att försöka

förutspå den landstingskommunala hälso- och sjukvårdens framtid, och hur de krafter som där gör sig gällande kan tänkas påverka individens ställning. Vid en sådan analys kan noteras att förändringar i vår egen hälso- och sjukvård även kan identifieras i andra länder. Ett gemensamt drag, och det gäller oavsett sätt att finansiera och organisera vården, tycks nämligen vara att traditionellt passiva finansörer nu ser om sina hus och omvandlar sig till aktiva beställare. Drivkrafterna för denna omvandling varierar. I USA är det som redan nämnts framför allt arbetsgivarna som tröttnat på höga försäkringspremier och därför sätter man större press på försäkringsbolagen att agera för en mera kostnadseffektiv vård. Som konsekvens av detta sker stora strukturella omvandlingar, och såväl finansörer som vårdproducenter går samman i större enheter och nätverk för att vinna både kraft, kompetens och högre produktivitet. Motsvarande tendenser kan märkas i Sverige, med ambitioner att slå samman flera huvudmän till storlandsting och åstadkomma bättre samverkan mellan sjukhus, även om besluten i vårt land är politiska. De övergripande målsättningarna, däremot, är snarlika; det handlar om att få långsiktig balans i verksamhetens ekonomi. För svenskt vidkommande konstaterade t ex en grupp svenska och amerikanska ekonomer i den s k NBER-rapporten (Freeman m fl, 1995) att frågan inte är *om* välfärdsstaten måste omvandlas, utan snarare *hur* detta skall ske. Den ekonomiska tillbakagång som följde med krisåren har helt enkelt gjort oss väsentligt fattigare och vi har enligt nämnda ekonomer inte råd med samma välfärdsåtaganden som hade varit fallet om krisen inte funnits.

Konsekvenserna av dessa drivkrafter tycks för hälso- och sjukvårdens del ganska givna. Vården kommer att styras hårdare av mer aktiva och kraftfulla beställare, som arbetar med vårdprogram, vårdkedjor, styrning av patientströmmar och krav på kostnadseffektiva lösningar och kontroll av nya tekniker och metoder som instrument för att nå sina syften. Denna omvandling kommer inte att ske över en natt, men tendenserna är tydliga. Frihetsgraderna för den medicinska professionen kommer att minska. Det är gentemot dessa

krafter som den enskilda individens val och inflytande skall definieras. En annan utveckling av betydelse, som förmodligen också kommer att påskynda ett aktivt agerande från beställarna, är den vårdteknologiska. Nya tekniker och metoder, bl a baserade på tillämpningar av IT, sköljer över inte minst specialistvården. Om man får tro specialisterna själva, möjliggör denna utveckling omfattande strukturförändringar. Den specialitetsvisa indelningen kommer att ta delvis nya vägar, med organdoktorer och särskilda traumacentra, och förutsättningarna för samverkan mellan sjukhus i nätverk kommer att förbättras. För patienterna betyder allt detta möjligheter till en bättre vård sett till den medicinska kvaliteten, men också att behandlingsalternativen blir fler, och att vårdstrukturen blir mer svåröverskådlig. På samma gång som valmöjligheter och patientinflytande riskerar att bli undanträngt av kraven på kostnadseffektivitet, medför utvecklingen paradoxalt nog att behovet av patientmakt och information om alternativ blir större.

Löften från landstingens sida om formella valmöjligheter kommer säkert att finnas kvar, men de blir allt mindre värda i en vård som optimeras utifrån vad som är kostnadseffektivt ur ett samhällligt perspektiv. Den ideologiska förkärleken för valfrihet undermineras praktiskt av ekonomiska och vårdteknologiska skäl. Att inrätta centrala organ på nationell eller regional nivå som har till uppgift att sprida information och bevaka medborgarnas ställning förefaller föga meningsfullt. Önskemålen från befolkningen är alltför varierande, och de tillgängliga alternativen är alltför många, liksom de beslut som skall fattas. Patientinflytande är i grunden en ganska privat historia, som inte minst handlar om individers kunskap, makt och ställning i patient-läkarrelationen (se Rosén i denna bok). För att säkra en bättre position för medborgarna behövs mycket mer än löften från dem som är skyldiga att producera vården och en allmän uppmuntran från någon ny myndighet. Långsiktigt handlar det om att medborgarna själva måste agera för att bevaka sina intressen, t ex inom ramen för patientorganisationer. Det handlar också om en fortsatt attitydförändring

inom sjukvården i riktning mot att se patientinflytande som en resurs vid val av terapi, snarare än att information från t ex läkaren syftar till att patienten skall förstå varför läkaren valde just den behandlingen som han eller hon gjorde.

Även om min text ibland kanske förleder läsaren att tro annat, menar jag att svensk sjukvård har relativt goda förutsättningar att tillmötesgå dessa önskemål. Vården håller hög medicinsk standard och åtnjuter fortfarande, och i allmänhet, ett förtroende hos folket. Men framtiden kräver kursändring. Tågluffar- och globetrottergenerationerna kommer att kräva bättre service och ett större mått av anpassning från sjukvårdens sida till individuella önskemål. En kärnfråga är också hur man kan påskynda en förnyelse och ett större patientinflytande i patient-läkarrelationen. Enligt min mening kan det nu vara befogat att på allvar börja diskutera patienträttigheter som instrument för sådant patientinflytande. Med sådana rättigheter avser jag då i första hand inte t ex regler om hur långa väntetiderna får vara innan man får sin patientavgift tillbaka. Denna typ av regler kan säkert vara värdefulla, men ger inte patienterna större inflytande över vården. I stället handlar det om rätten att få välja sin egen läkare, rätt till information om behandlingsalternativ och inflytande vid medicinska beslut samt rätt till information om kvalitet hos åtminstone den vårdgivare man skall bli behandlad av.

Ett av de viktigaste argumenten för införande av sådana rättigheter är att svenska medborgare inte har någon möjlighet att välja bort sitt landsting, som ju har regionalt monopol. Dessa förutsättningar skiljer sig från t ex HMO:s i USA, Krankenkassen i Tyskland och brittiska GP-fundholders, som alla verkar i konkurrens och där möjligheter till val och inflytande blir en av flera parametrar som medborgarna måste ta ställning till vid val av lösning. Så länge motsvarande exit-möjligheter saknas i den svenska sjukvården, kan patienträttigheter bli ett angeläget substitut med vars hjälp individen åtminstone kan göra sin röst hörd gentemot systemet. Som konstateras i Demokratirådets rapport 1995 (Rothstein, 1995) är en sådan utveckling inte naturlig inom

svensk offentlig förvaltning, som i stället betonar samhället före individen och total nytta framför individuella rättigheter. Denna brist på tradition gör dock inte frågan mindre angelägen, snarare tvärtom. Det handlar inte i första hand om att rädda den offentliga vården, utan mer om att försvara den enskilde patientens makt och ställning mot de krafter som nu kommer att verka i densamma.

Referenser

- Anell, A. (1990), *Från central planering till lokalt ansvar*, Lund University Press, Lund.
- Anell, A. & Claesson, R. (1995), *Svenska sjukhus förr och nu – Ekonomiska aspekter på struktur, politik och framtida förutsättningar*, IHE, Lund.
- Anell, A. & Rosén, P. (1995), *Valfrihet i vården: En empirisk undersökning av preferenser hos allmänhet och vårdpersonal*, IHE Arbetsrapport 1995:4, Lund.
- Anell, A. & Svarvar, P. (1994), *Landstingens förnyelse av organisation och styrsystem – Är strategierna samordnade?*, IHE Arbetsrapport 1994:8, Lund.
- Arrow, K. J. (1963), "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, 53, s 941–973.
- Brunsson, N. (1986), "Politik och handling", i Brunsson, N. (red), *Politik och ekonomi*, Doxa, Lund.
- Culyer, A.J. (1976), *Need and the National Health Service*, Martin Robertson, London.
- Deber, R.B. (1994), "The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate", *Canadian Medical Association Journal*, 151 (4), s 423–427.
- Evans, R. (1984), *Strained mercy: The economics of Canadian health care*, Butterworths, Toronto.
- Freeman, R.B, Swedenborg, B. & Topel, R. (red) (1995), *NBER-rapporten: Välfärdsstat i omvandling – Amerikanskt perspektiv på den svenska modellen*, SNS Förlag, Stockholm.
- Hirschman, A. O. (1970), *Exit, voice and loyalty*, Harvard University Press, Cambridge.
- Kane, N.M. (1995), "Costs, productivity and financial outcomes of managed care", i Saltman, R.B. & von Otter, C. (red), *Implement-*

Makten över vården

- ing planned markets in health care: Balancing social and economic responsibilities*, Open University Press, Buckingham.
- Rawls, J. (1972), *A theory of justice*, Oxford University Press, Oxford.
- Robinson, J.C. & Luft, H.S. (1987), "Competition and the cost of hospital care, 1972 to 1982", *Journal of American Medical Association*, 257 (23), s 3241–3245.
- Rothstein, B. (red) (1995), *Demokratirådets rapport 1995: Demokrati som dialog*, SNS Förlag, Stockholm.
- Saltman, R.B. (1992), *Patientmakt över vården*, SNS Förlag, Stockholm.
- Saltman, R.B. & von Otter, C. (1987), "Re-vitalizing public health care systems: A proposal for public competition in Sweden", *Health Policy*, 7, s 21–40.
- Sen, A. (1989), "Rättigheter och förmågor", i *Ideér om rättvisa*, Volym 1 i Tidens idéserie, Tidens förlag, Stockholm.
- Socialstyrelsen (1995), *Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok*, Stockholm.
- Ternblad, K. (1992), *Planering i norm och handling*, Lund Political Studies no. 72, Lund.

Valfrihet och jämlighet i vården

Går det att förena krav på patientinflytande och valfrihet med hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om en god vård på lika villkor?

De två övergripande frågorna i denna bok gäller om vidgat patientinflytande leder till att vården blir mer ojämlig och om vi i så fall är beredda att acceptera förändringar i denna riktning. Dessa frågor fordrar svar, inte minst eftersom de yngre och mer välutbildade generationerna ställer allt större krav på medinflytande i vården.

De fem författarna beskriver problemet utifrån olika perspektiv. Utgångspunkterna tas i såväl filosofi, sociologi och historia som organisationsteori och ekonomi. Diskussionen bjuder på nya och intressanta infallsvinklar. Boken vänder sig till beslutsfattare, forskare, studerande och andra som engagerar sig i den aktuella sjukvårdsdebatten.

I boken medverkar *Anders Anell*, chef för Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), *Paula Blomqvist* och *Casten von Otter*, forskare respektive professor vid Arbetslivsinstitutet, *Per Rosén*, projektledare vid IHE, och *Lars Trägårdh*, professor vid Barnard College, Columbia University.

SNS
FÖRLAG

IHE
INSTITUTET FÖR HÄLSO-
OCH SJUKVÅRDSEKONOMI

ISBN 91-7150-648-9



9 789171 506481