



Patient- makt över vården

RICHARD B SALTMAN

SNS FÖRLAG

Patientmakt över vården

RICHARD B SALTMAN

Patientmakt över vården

Översättning:
Stellan Wijkström

SNS FÖRLAG

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon 08-23 25 20

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle – är en ideell sammanslutning av enskilda personer med intresse av att främja kunskaper och insiktsfull debatt om viktiga samhällsfrågor. Verksamheten bedrivs genom tillämpad samhällsforskning i nära samverkan med universitet och högskolor, genom eget förlag och genom programverksamhet i egen regi på 46 orter i Sverige och utlandet. SNS finansieras genom medlemsavgifter (ca 4 000 individuella medlemmar), abonnemangsintäkter (ca 150 företagsabonnenter), forskningsanslag, bokförsäljning samt konferensavgifter.

Patientmakt över vården

Richard B Saltman

1:a upplagan

1:a tryckningen

Boken ingår i en serie från SNS: Den svenska sjukvården. Tidigare har utkommit:

- Hur skall sjukvården betalas? Lars Söderström
- Valfrihet och konkurrens i sjukvården. Red: Arvidsson/Jönsson
- Sjukvård i andra länder. Red: Arvidsson/Jönsson
- Svensk sjukvård – bäst i världen? A J Culyer m fl

Amerikanska originalets titel:

Patient Choice and Patient Empowerment: A Conceptual Analysis

© 1992 by Richard B Saltman and SNS Förlag

© 1992 Richard B Saltman och SNS Förlag

Översättning: Stellan Wijkström

Omslag och typografi: Rickard Frölich

Sättning och tryck: Kristianstads Boktryckeri AB, 1992

ISBN 91-7150-460-5

Innehåll

Förord 7

Inledning 9

1. Patienternas valmöjligheter i dagsläget 13
2. Problemen med kontraktbaserade modeller 38
3. Innebörden av patientmakt 48
4. Att uppnå patientmakt 61
5. Vårdpolitiska lärdomar 93
6. Tillämpningar på nuvarande svenska förhållanden 103

Referenser 110

Författaren vill tacka följande personer för värdefulla förslag och synpunkter på tidigare utkast av detta manuskript: Casten von Otter, Arbetslivscentrum, Bengt Jönsson, Handelshögskolan i Stockholm, Göran Arvidsson, SNS, Olof Eliasson, Landstingsförbundet, Gunnar Wennström, Socialstyrelsen, Aad de Roo, universitetet i Tilburg, Nederländerna, Claudia Ade, universitetet i Hannover, Tyskland, Vibeke Reimer, finansministeriet, Danmark, och Carine Vassy, universitetet i Paris, Frankrike. För eventuella kvarstående fel och brister svarar författaren ensam.

Förord

I reformeringen av den svenska hälso- och sjukvården är ett genomgående krav att öka patienternas inflytande, att öka valmöjligheterna och valfriheten. Flera steg i denna riktning har redan tagits och nya planeras. En sådan förändring är emellertid inte utan problem. Frågor som omedelbart inställer sig gäller vad valfriheten ska omfatta och vilken information patienterna behöver för att kunna träffa upplysta val. Andra frågor gäller avvägningen mellan individuella önskemål om en speciell vårdinsats och kollektiva intressen av en effektiv sjukvård och förebyggande arbete.

Frågorna är inte unika för Sverige. Även i andra länder diskuteras hur patienternas makt över vården ska stärkas. Förutsättningarna är emellertid ganska olika beroende på hur sjukvården är organiserad och finansierad. I den svenska debatten framförs ofta uppfattningen att patienterna har större inflytande i andra länder, särskilt i försäkringsfinansierade och mindre centralplanerade system än vårt. Kunskaper om vilka uttryck valfriheten och patientmakten tar sig är emellertid begränsade.

Den här studien syftar till att öka kunskapen och bidra till en fördjupad diskussion. Den har utförts av professor Richard Saltman, Emory University, Atlanta, USA, som sedan tidigare forskning är väl insatt i europeisk sjukvård. Studien omfattar dels en analys av innebörden av begrepp som patientmakt, patientinflytande och patienters valfrihet, dels en kartläggning av patienters valmöjligheter i Sverige och sex

andra västeuropeiska länder. Kartläggningen är unik. Huvuddelen av materialet har insamlats på plats i de studerade länderna med hjälp av lokalt verksamma forskare.

Studien har genomförts inom ramen för SNS-projektet "Nya spelregler för hälso- och sjukvården" och är, liksom övriga delstudier i projektet, finansierad av Salénstiftelsen och följande företag: Apoteksbolaget, Astra, AxTrade Care, Folksam, LIF, Länsförsäkringsbolagen, PT-vård, Praktikertjänst, Procordia, Rufi, SAS Service Partner, Skandia, Trygg-Hansa SPP och Wasa Försäkring.

Manuskriptet har behandlats vid ett särskilt anordnat expertseminarium. Översättaren, läkaren Stellan Wijkström, har inte bara översatt utan också sakkunnigt granskat manuskriptet och utformat den svenska versionen i nära kontakt med professor Saltman. Som alltid när det gäller SNS-publikationer svarar författaren ensam för slutresultatet.

Stockholm i augusti 1992

Göran Arvidsson Bengt Jönsson

Inledning

Frågan om patienternas valmöjligheter har blivit en av nyckelfrågorna under omdaningen av sjukvården i hela Nordeuropa. Vilken roll patienterna rätteligen bör spela gentemot läkare och andra vårdgivare å ena sidan och administratörer och tjänstemän å den andra, granskas alltmer närgånget inom de offentligt drivna sjukvårdssystemen i Storbritannien och Norden. På ett liknande sätt men med omvänt förtecken har nuvarande grad av patientval och/eller inflytande över både logistiska och kliniska frågeställningar alltmer ifrågasatts utifrån en kostnadsaspekt i de försäkringsbaserade systemen på kontinenten, t ex i Nederländerna, Frankrike och Tyskland.

Detta sökande efter en ny roll för patienter återspeglar det som kan kallas för "paradigmförskjutning" och som nu påverkar hälso- och sjukvården i nästan alla högutvecklade industrialiserade länder (Hurst, 1992; Saltman, 1992). De har att ta ställning till ett växande antal åldringar, samtidigt som tekniska behandlingsmöjligheter hela tiden tillkommer och investeringsbehoven växer. Inför dessa demografiska, teknologiska och ekonomiska utmaningar har sjukvårdssystemen tvingats omvärdera sin egen förmåga att på egen hand producera hälso- och sjukvård mera rationellt och effektivt. De omfattande sociala och ekonomiska förändringsprocesserna i samhället ställer nu både den medicinska personalen (särskilt läkar-

na) och sjukhusadministratörerna inom offentlig vård inför krav på högre grad av patientmedverkan och patientinflytande. Den tendensen är internationell.

Införandet av större valmöjligheter för patienter är i stor utsträckning ett tveeggat svärd som både kan hjälpa och stjälpa sjukvårdssystemet i dess strävan att uppnå sunda politiska mål. Som vid de flesta marknadsinriktade reformer blir resultatet av att införa valmöjligheter beroende av det organisatoriska och institutionella sammanhang inom vilket patienterna fattar sina beslut. Effekten av en och samma handling – t ex att välja sin primärvårdsläkare – kan få rakt motsatta effekter på ett vårdsystems totala funktion. Att själv välja primärvårdsläkare kan ha positiva effekter sjukvårdspolitiskt om patienten, genom att välja mellan ett antal allmänläkare eller primärvårdslag ledda av allmänläkare, aktivt engagerar sig i förändringen av läkarens roll. Från att ha varit "en" doktor blir han nu "hans" eller "hennes" doktor. Ett samlat grepp om både den förebyggande och vårdande verksamheten samt bättre kontinuitet i vården kan därigenom åstadkommas. Detta slags bindning mellan läkare och primärvård kan också medföra sänkta kostnader, både därför att läkaren är insatt i patienternas sjukdomar och omständigheter och därför att patienterna i högre grad följer givna föreskrifter.

Den andra möjligheten är att ökad valfrihet för patienten kan leda till precis den motsatta sjukvårdspolitiska effekten. Om patienten kan välja en specialist eller subspecialist inom ett snävt fält som sin primärvårdsläkare i ett system som bygger på prestationsersättning, blir resultatet gärna en dyr, teknikorierad botande vård snarare än en billigare vård som mer tar hänsyn till förebyggande aspekter och patientens sociala situation. Detta förekommer i några länder på kontinenten och är särskilt vanligt i USA. När patienterna går från specialist till specialist på jakt efter sam-

ordnad vård och läkarna får betalt för varje extra diagnostisk undersökning eller behandlingsmoment, blir resultatet lätt höga kostnader, låg kontinuitet och lägre grad av patientföljsamhet.

Sammantaget måste frågan om val analyseras inte bara med hänsyn till patientens roll utan även med hänsyn till den sjukvårdsstruktur inom vilken patienten utövar denna roll. Samma handling kan få skilda sjukvårdspolitiska resultat och därmed föranleda andra åtgärdsförslag, beroende av hur det sjukvårdssystem ser ut inom vilket valmöjligheterna skapas. Därför kan inte patientval ställas upp som ett fristående politiskt mål. Ökade valmöjligheter som sådana skulle medföra utarmning av avgörande hälsomässiga, sociala och finansieringsrelaterade tillgångar som byggts upp inom den svenska sjukvården under flera decennier. Utökade valmöjligheter för patienterna kan få helt oavsedda och mycket skadliga konsekvenser om de åtföljs av mer omfattande strukturförändringar såsom privatisering av offentliga vårdinrättningar, införande av kupongsystem för vårdtjänster inom den privata sektorn och en minskning av den administrativa kontrollen utan motsvarande förstärkning av de reglerande och utvärderande mekanismerna. Det är just styrkan i den offentliga kontrollen och det offentliga ansvarsförhållandet i det nuvarande svenska systemet som gör det både möjligt och värdefullt att ta upp frågan om individens valmöjligheter. Den centrala politiska utmaningen rörande patientval ligger i att betrakta det som en mekanism som kan förbättra den nuvarande offentliga hälso- och sjukvården i Sverige inom ramen för de institutioner som är ansvariga inför allmänheten. Denna rapport har skrivits med just detta politiska mål för ögonen.

Efter ett kort avsnitt om valmöjligheterna vad gäller finansieringen koncentreras framställningen till möjligheterna att välja vårdgivare. Anledningen är delvis

skillnaden mellan ämnena och delvis att man hittills inte ägnat någon mera systematisk uppmärksamhet åt de frågor som gäller val av vårdgivare.

Denna studie nalkas frågan om patienternas medverkan i specifikt svenska sjukvårdsbeslut från tre närliggande utgångspunkter. Först går den igenom dagsläget för patientinflytande och/eller patientvalmöjligheter i sju länder, däribland Sverige. Tre av de övriga har skattebaserade sjukvårdssystem (Danmark, Finland och Storbritannien), och i de tre andra (Nederländerna, Frankrike och Tyskland) bygger sjukvården på försäkringssystem. Medan val av försäkringsgivare omnämns i korthet där det har betydelse, ligger framställningens tyngdpunkt på patientens val av allmänpraktiserande läkare, vårdcentral, sjukhusspecialist och kroppssjukhus. Kapitel 2 går sedan igenom nuvarande läge vad gäller vårdgivarkontrakt inom offentlig sjukvård och deras inverkan på patienternas valmöjligheter. Dessa avsnitt ger en bakgrund mot vilken man kan bedöma hur långt processen att ge patienterna ökade valmöjligheter hunnit till dags dato i de undersökta länderna.

Kapitel 3 och 4 koncentrerar sig på den grundläggande frågan om att ge patienterna ökad makt över vårdgivningen inom offentligt drivna sjukvårdssystem. Kapitel 3 granskar de delbegrepp som kan eller bör ingå i begreppet bemyndigad patient. Kapitel 4 överväger vad det i praktiken skulle innebära att ge patienterna mera makt inom sjukvården, inte bara genom flera logistiska valmöjligheter utan även genom utökat inflytande och medbestämmande i den kliniska situationen. Kapitel 5 och 6 sammanfattar slutligen detta empiriska och begreppsmässiga material till en vittomfattande analys av tänkbara politiska vägar och mekanismer och slutar med ett förslag att skapa en ny sjukvårdsanvändarbyrå i Sverige.

1. Patienternas valmöjligheter i dagsläget

Patienternas nuvarande möjligheter att välja vårdgivare och/eller vårdande institution varierar avsevärt i de undersökta länderna. Allmänt sett tenderar skattefinansierade offentliga sjukvårdssystem (Sverige, Finland, Danmark, Storbritannien) att vara mer restriktiva än de system som baseras på försäkringar och/eller kostnadsersättningar och som har en blandning av offentliga och privata vårdgivare. Det huvudsakliga undantaget i detta mönster är primärvården, där man inom skattefinansierade system kan iaktta ytterligare en uppdelning. De system som i huvudsak lutar till privata allmänpraktiserande läkare (Danmark och Storbritannien) tillåter fler valmöjligheter, medan de länder där primärvården är organiserad som offentligt drivna vårdcentraler (Sverige och Finland) i det typiska fallet ger patienterna färre valmöjligheter.

Denna översikt koncentreras på frågan om patientens val av vårdgivare och läkare, snarare än på den mer svårgripbara frågan om patientinflytande över läkares och vårdgivares logistiska och kliniska beslut i allmänhet. Denna inriktning beror mer på tillgången till tryckt information än på någon uppfattning om den relativa betydelsen av val kontra påverkan. Bristen på beskrivande information och analytiska studier om frågan om patientval återspeglar sannolikt mest det faktum att frågan helt nyligen blivit aktuell inom offentliga vårdssystem, vilket pekar på att läkare, häl-

soplanerare, administratörer och forskare tidigare inte visat något intresse för frågan.

Ytterligare en inskränkning i denna översikt beror på frånvaron av tillförlitlig information om patienters valmöjligheter inom andra lika viktiga områden som rehabilitering, sjukhemsvård och hemsjukvård. Återigen förefaller bristen på information sammanhånga med ett allmänt ringa intresse för frågan hos dem som fattar beslut om och/eller skriver om beslutsfattande inom hälso- och sjukvård. Särskilt frågorna om äldre vården verkar ha varit föremål för teknokratiskt expertbeslutsfattande snarare än medbestämmande från medborgarnas sida, vilket antyder en förmyndarattityd hos dem som utformar och tillhandahåller sjukvårdstjänster till de äldre.

Med dessa inskränkningar i åtanke bör följande översikt land för land betraktas som rudimentär och antydande snarare än alltomfattande och definitiv. Till och med denna begränsade översikt antyder dock att det finns två systemtyper, var och en med ett inbyggt mönster som går djupare än enbart de kulturella och/eller finansieringsmässiga skillnaderna och som avspeglar de grundläggande hälsorelaterade mål som varje sjukvårdssystem byggdes upp för att uppnå.

Danmark

Det danska sjukvårdssystemet påminner mycket om det engelska, med sin kombination av oberoende privatpraktiserande läkare och offentliga regionalt administrerade sjukhus. Det danska systemet skiljer sig däremot från det engelska genom att individen har möjlighet att välja ett av två alternativa försäkringssystem för öppen vård, med olika möjligheter att välja läkare.

Grupp I-försäkringen ersätter hela avgiften vid be-

sök hos allmänläkare och sjukhusspecialist, men patienten måste årligen anmäla sig till en viss allmänpraktikers lista och kan endast träffa specialist på remiss från denne. Patienterna kan välja vilken allmänpraktiker de vill, förutsatt att mottagningen ligger inom ett bestämt avstånd från hemmet (5 km i Köpenhamn, 10 km i resten av landet), och förutsatt att läkaren har utrymme på sin lista och är villig att ta sig an patienten. Under 1980-talet valde omkring 95 procent av danskarna detta system (96,5 procent 1992) (V. Reimer, muntlig uppgift, 1992). Grupp II-försäkringen kräver inte att den enskilde sätter upp sig på någon allmänläkarlista och låter individen välja om han/hon vill söka en allmänläkare eller en sjukhusspecialist. Patienten kan likaså välja vilken läkare som helst men måste betala det överskjutande läkararvodet ur egen ficka (Groenewegen et al, 1991; Søndergaard och Krasnick, 1984). Siffror från sista årtiondet visar att ungefär 5 procent av danskarna valt denna möjlighet. Tyvärr finns det inga uppgifter om huruvida kroniskt sjuka, äldre eller på annat sätt sårbara patienter väljer grupp I eller grupp II i större omfattning än deras andel i populationen skulle låta förmoda. Ej heller finns det någon publicerad information om huruvida de fem procenten i grupp II bor i städer snarare än på landsbygden (även om man kan misstänka att de i huvudsak bor nära de tre stora städerna Köpenhamn, Aalborg och Odense).

Patienternas val beträffande sjukhusvård verkar vara samstämmigt med deras allmänläkares för de 95 procenten i grupp I. Även om en allmänpraktiker i princip kan remittera en patient till ett sjukhus och/eller en specialist var som helst i landet, förväntas han i praktiken endast sända sina patienter till sjukhus inom hemlandstinget, utom när det rör sig om vissa specialiserade åtgärder vid universitetssjukhus. Skälen till att hålla kvar patienterna inom landstinget

återfinns i det offentliga beskattnings- och budgeteringssystemet, som är bundet till landstinget, och därför innebär det en extra utgift för hemlandstinget om en patient skickas till ett annat landsting.

Även de 5 procent som valde grupp II kan tekniskt sett remitteras till vilket sjukhus som helst inom landet, men av samma budgetära skäl som anförts ovan tenderar även dessa att påverkas att söka behandling vid hemlandstingets sjukhus. Den enda fördelen med att tillhöra grupp II är alltså att man kan välja öppenvårdsspecialist vid sjukhusmottagning, men man kan inte påverka vilken specialist som ska sköta vården innanför sjukhusets väggar.

När väl patienterna lagts in på sjukhus behandlas de av den läkare och/eller sköterska som tjänstgör på kliniken. Förutom i kroniska fall och/eller vid upprepade vårdtillfällen för samma tillstånd, har patienterna varken inflytande på eller kontroll över vilken sjukhusspecialist som behandlar dem. Det gäller i lika hög grad för patienter ur båda grupperna, eftersom skillnaden mellan dem endast gäller öppenvården, inte slutenvården.

Fram till för några år sedan fanns det nästan ingen privat sjukhusvård som inte var kopplad till och finansierad av den offentliga sektorn. (Det finns fortfarande flera sjukhus med religiös bakgrund i Danmark, men de sköts och finansieras i praktiken via landstingen och har mycket begränsat självstyre). Privat sjukförsäkring har tidigare begränsats till att täcka kostnader för läkemedel, glasögon och liknande, men numera kan man försäkra sig för 85 procent av kostnaderna för elektiva (dvs planerade, icke-akuta) operationer på privata kliniker. År 1989 öppnades ett nytt privat sjukhus för elektiv kirurgi med 69 sängar i Ebeltoft på Jylland. Det finns ytterligare 2–4 små privata kliniker med 5–10 sängar, likaså inriktade på elektiv kirurgi. Samtidigt som detta tyder på att åtminstone

somliga danskar är missnöjda med logistiken och/eller vården vid offentliga sjukhus, ansvarar de privata sjukhusen endast för en mycket liten del av den totala sjukhusvården. Trots att både patienter och läkare länge klagat över köerna till elektiva operationer, verkar det som om endast få danskar hittills varit villiga att dra konsekvenserna av sina klagomål och i stället betala för privat sjukhusvård.

Finland

Medborgarna i Finland har kanske de största möjligheterna i Norden att välja läkare och sjukhus, men det beror huvudsakligen på att den privata sektorn är stor och i växande. Individer kan välja att få sin primärvård från endera av tre olika, offentligt understödda eller finansierade system. Det första är det offentliga vårdcentralssystemet, som helt och hållet finansieras av en kombination av kommunala och statliga skattemedel. Patienterna kan inte välja vilken vårdcentral som helst, eftersom de tillhör en viss central på grundval av bostadsort. Däremot kan de inom det nya egenläkarsystemet välja att regelbundet söka ett av de tillgängliga vårdlagen på den vårdcentral de tillhör (Saltman och von Otter, 1992).

Det andra primärvårdssystemet är den privata sektorn, som består av antingen heltidsarbetande privatpraktiker (vanligen i de stora städerna) eller avlönade vårdcentralsläkare som arbetar privat på deltid (vanligt i småstäder och på landsbygden). Patienter som söker privata läkare, antingen de är allmänpraktiker eller fritidspraktiserande sjukhusspecialister, får från den statliga försäkringen tillbaka ungefär 60 procent av en nominell standardkostnad (ungefär 30 procent av den verkliga kostnaden) per besök. Den statliga

sjukförsäkringen finansieras med avgifter som erläggs av arbetsgivare och anställda. Fram till 1992 var också resterande besöksavgifter upp till maximalt 2 000 FIM per år avdragsgilla vid taxeringen till statlig inkomstskatt.

Den tredje möjligheten att erhålla primärvård är inom den väl utvecklade företagshälsovården, som varje offentlig och privat arbetsgivare enligt lag är skyldig att tillhandahålla för sina anställda. Medan större företag ofta har mottagningslokaler och medicinsk personal på arbetsplatsen tecknar mindre företag gärna kontrakt för dessa tjänster, antingen med privata läkargrupper eller med den offentligt drivna vårdcentralen på orten. Företagshälsovården ska primärt bedriva förebyggande verksamhet i anslutning till arbetet, men många arbetsgivare ställer i ökande omfattning upp även med rent sjukvårdande verksamhet (I. Vohlonen, muntlig uppgift, 1991). Företagshälsovården mottar ett direkt stöd på 55 procent från den statliga sjukförsäkringen, och arbetsgivarna får dra av resterande kostnader vid taxeringen till statlig skatt.

Å ena sidan är finländarna berättigade till vård av endera av tre offentligt finansierade primärvårdsgivare, och å den andra konfronteras de med allvarlig läkarbrist på många offentliga vårdcentraler. Många av dem har då valt att söka sin primärvård inom företagshälsovården eller, i ökande omfattning, inom den privata sektorn (Saltman och von Otter, 1992). I de större städerna, där de offentliga vårdcentralerna genom politisk styrning är mindre väl utbyggda, görs upp till 50 procent av alla besök inom primärvården hos privata läkare (Groenewegen et al, 1991).

Resultatet blir alltså att eftersom det offentliga vårdsystemet inskränker patientens möjligheter att välja vårdcentral och läkare, väljer finländarna allt oftare att betala extra i den privata sektorn för att få större kontroll över vem de behandlas av och när. Denna

växande privata vårdsektor gör det svårare för vårdcentralerna att uppfylla både sina sjukvårdsmässiga och sina budgetära mål. Egenläkarsystemet bygger på en viss population att arbeta med kliniskt och i den förebyggande verksamheten, och eftersom patienterna när som helst kan lämna egenläkarsystemet för att söka vård på annat håll när de så önskar, slår det undan benen för vårdcentralernas verksamhet. Budgetmässigt gör systemet det möjligt för personer att få remisser till sjukhus från privata läkare vars verksamhet vårdcentralens chefsläkare inte har någon insyn i, fastän kommunen ändå måste betala för de sjukhuskostnader som uppstår. Den utsträckning i vilken finländarna söker sin primärvård antingen inom företagshälsovården eller privat, och därigenom väljer vilken läkare de vill ha, bidrar till att underminera de officiellt uttalade målsättningarna för de offentliga vårdcentraler som patienterna väljer att inte söka.

Finländarnas möjligheter att välja inom sjukhussektorn (åtminstone fram till dess 1993 års Hiltunenreform genomförs) skiljer sig inte så mycket från vad som råder på primärvårdsområdet. För att komma till något av de skattefinansierade offentligt drivna sjukhusen måste en patient remitteras av en vårdcentralsläkare eller av en privatpraktiker (utom i akutfall), och han/hon måste läggas in på det sjukhus som hemkommunen står bakom. I praktiken betyder detta att finländarna som regel förväntas utnyttja slutenvårdsservice vid ett enda sjukhus, med undantag för specialistvård vid universitetssjukhus. När de väl blivit inlagda har finländarna dessutom föga eller inga möjligheter att välja vilken sjukhusläkare som ska sköta dem. Som på andra håll inom offentligt drivna vårdssystem måste de acceptera att vårdas av den läkare som råkar vara knuten till den avdelning de läggs in på. Det enda undantaget är om patienten sökt en speciell sjukhusspecialist som privatpatient. Denne kan

då lägga in patienten på någon av avdelningens få privata sängar och ansvara för behandlingen på avdelningen.

Finländarna har också möjlighet att få en rad elektiva åtgärder utförda vid ett litet men växande antal privat drivna sjukhus. Dessa brukar ligga nära universitetssjukhusen, ha mellan 15 och 20 sängar och drivas av specialister som söker använda sin fritid på ett lönsamt sätt. I Helsingfors finns det även ett större och mer etablerat sjukhus med 150 sängar (Mehilainen) som också litar till det närbelägna universitetssjukhuset för hjälp med specialistkonsultationer och service. Vårdkostnaden vid dessa privata sjukhus ersätts i låg grad av den statliga sjukförsäkringen – kanske med 10 procent av den verkliga kostnaden. Patienterna betalar återstoden antingen genom privat sjukförsäkring (som har ett litet men växande antal försäkringstagare, särskilt i Helsingfors) eller med privata pengar. Dessutom ska nämnas att många finländare ur medelklassen tecknar speciella privata sjukförsäkringar som täcker kostnaderna för deras barns primärvård och sjukhusvård (Saltman och von Otter, 1992).

Totalt sett har finländarna små valmöjligheter vid utnyttjande av de offentliga sjukhusen och deras avlönade specialister, såvida de inte söker någon offentlig sjukhusspecialist som privatpatient. Patienten måste då betala de 70 procent av besöksarvodet som försäkringen inte ersätter men behöver inte betala något extra till sjukhuset för att bli inlagd. Om de har privat försäkring eller egna medel kan finländarna i ökande omfattning som alternativ välja att låta elektiva operationer utföras på privata sjukhus. Varken på de offentliga sjukhusen eller inom den offentliga primärvården kan alltså finländarna egentligen välja läkare eller sjukhus, men de väljer allt oftare att få elektiv vård av specialister på privata sjukhus, vilket gör det möjligt för patienterna att välja läkare och lämplig besökstid.

Storbritannien

Patienternas valmöjligheter i Storbritannien finns företrädesvis på primärvårdsnivån. Var och en har officiellt rätt att välja sin allmänpraktiker, men det kräver medgivande av allmänläkaren och "Family Practice Committee" (delvis fristående offentliga organ som efter 1991 är underordnade den regionala administrationen, Regional Health Authority). Från och med april 1991 kan patienterna också listas hos en "fund-holding" grupppraktik. Detta innebär att mottagningen tilldelas en totalbudget som utöver de egna kostnaderna även ska täcka diagnostik och vissa elektiva åtgärder på sjukhus. Siffror från 1985 antyder att 98 procent av alla brittiska medborgare var listade hos en allmänpraktiker, antingen en ensam sådan eller en grupppraktik (Groenewegen et al, 1991).

En patient som vill träffa någon specialist inom det offentligt drivna National Health Service måste få remiss från sin allmänläkare. Det krävs även remiss för inläggning på sjukhus för elektiva åtgärder. Före 1991 kunde allmänläkaren tekniskt sett remittera en patient till vilken specialist eller vilket sjukhus som helst inom NHS. Eftersom det rigida finansieringssystemet betydde att det kunde ta upp till två år innan kostnader för utifrån kommande patienter avspeglade sig i tilldelade medel (Brazier, 1987), och eftersom avlönade vårdgivare (inklusive specialister) inte fick något extra betalt för att behandla "utomlänspatienter", var det inte alltid som denna officiella valmöjlighet utan vidare erbjöds utifrån kommande patienter.

Remissförfarandet kompliceras ytterligare av de långa väntelistorna för många elektiva ingrepp. Före valet basunerade den konservativa regeringen ut att väntelistorna minskats inom det första halvåret efter att ett system för sjukhusvård med inslag av kontraktsförfarande införts. Samtidigt presenterade labour ma-

terial som i motsats till de konservativas påståenden tydde på att antalet patienter på väntelistor kortare än ett år fortsatt att växa (*Independent*, januari 1992). I november 1991 stod nästan en miljon personer på väntelistor enbart i England, och av dessa hade ungefär 20 000 väntat i två år.

Reformerna i april 1991 har ytterligare begränsat patienternas möjligheter att välja sjukhus, genom att servicekontrakt införts mellan sjukvårdsdistrikten och de offentliga sjukhusen. När detta system införts fullt ut kommer alla vanliga allmänpraktiker (dvs sådana som inte har en egen budget att köpa vård för) att åläggas sända sina patienter enbart till vårdinrättningar som distriktsadministrationen slutit kontrakt med. De patienter som sköts av allmänpraktiker som är "fund-holders" kommer att mötas av samma restriktioner, även om kontrakten formellt slutits av grupp-praktiken snarare än av distriktsadministrationen.

Kritikerna har givit uttryck för allvarliga farhågor för att patienterna inte i något av fallen kommer att kunna prioritera det de tycker är viktigt – först och främst högkvalitativ vård – gentemot de kontraktslutande administratörernas alltförskuggande intresse för kostnader (Neuberger, 1990; Mohammed, 1990). Färska uppgifter tyder på att distriktsadministratörerna i sin strävan att behålla sina vanliga allmänläkare och att förhindra dem att överta eget budgetansvar, har förhandlat med allmänläkarkåren om hur sjukhuskontrakten ska utformas. Vilken grupp-praktik som helst med över 9 000 patienter kan få egen totalbudget. År 1993 sänks gränsen till 7 000 patienter. Dessutom förväntas allmänläkare med budgetansvar försöka hålla patienterna på sina listor nöjda genom att välja sådana sjukhus som patienterna trivs med. Icke desto mindre medför införandet av ett kontraktbaserat budgeteringssystem inom det offentliga sjukhusssystemet viktiga begränsningar för patientens möj-

ligheter att välja.

Vad gäller val av sjukhusläkare förväntas de flesta patienter inom NHS godta att bli vårdade av den ansvarige läkare som finns på den avdelning de lagts in på. Undantaget är om patienterna läggs in på någon av de få platser som de flesta offentliga sjukhus har för vissa specialisters privata fall. Patienten måste betala ur egen ficka och/eller via privat försäkring för besöken på specialistens mottagning och för de extra avgifter som debiteras i samband med den privata sjukhusvården (Higgins, 1988).

Ungefär 10 procent av befolkningen har för närvarande privata sjukförsäkringar (C. Ham, muntlig uppgift, 1991). Man utnyttjar dessa försäkringar för att kunna söka privata sjukhusanslutna specialister och för att få vissa elektiva ingrepp utförda på olika privat drivna sjukhus. Patienterna i Storbritannien får upp till hälften av vissa elektiva ingrepp utförda privat (Nicholl et al, 1984), och en ännu högre andel av aborter och kosmetisk kirurgi utförs i privat regi. Som på andra håll i Nordeuropa bemannas oftast dessa privata sjukhus av specialister som är lediga från sitt ordinarie arbete på offentliga sjukhus, och de är beroende av universitetssjukhus när det gäller laboratorieservice och andra tjänster.

Sammantaget har patienterna i Storbritannien ungefär samma möjlighet att välja allmänläkare som före 1991 års reformer men påtagligt sämre möjligheter att välja sjukhus och/eller specialist. Vissa politiska observatörer förutser att medborgarna kommer att reagera på bristen på valmöjligheter på sjukhusnivå genom att teckna fler privata försäkringar, antingen som anställningsförmån eller med egna pengar. Om det skulle inträffa kan frågan om möjligheterna att välja läkare och sjukhus göra att allt fler brittiska medborgare lämnar det offentligt drivna sjukvårdssystemet.

Nederländerna

Patienternas valmöjligheter i Nederländerna är en följd av sjukvårdssystemets kombination av finansiering genom allmän försäkring och vårdproduktion genom övervägande privata, icke vinstinriktade vårdinrättningar och privatpraktiserande läkare. De pågående reformer som påbörjades 1987 med Dekker-rapporten (Lapré, 1987) och nu fastslagits genom Simons-planen, försöker åstadkomma en i grunden privat marknad för konkurrerande sjukvårdsförsäkringar inom ramen för en övergripande nationell sjukvårdsförsäkring där rättvisesynpunkter tillgodoses (van de Ven, 1991). I sin ursprungliga form skulle reformen (som skrinlades på obestämd framtid av premiärministern i mars 1992) ålägga holländarna att välja försäkring för ett grundpaket (ca 85 procent av den totala sjukvården) från någon av ett hundratal privata försäkringsgivare.

Den officiella avsikten med att införa ett andra steg av konkurrensutsatt privat sjukvårdsförsäkring inom ett förbättrat offentligt sjukvårdsförsäkringssystem var att göra "konsumenterna" prismetvetna och att uppmuntra privata försäkringsgivare att tävla om marknadsandelar med hjälp av premierna. Uppbyggnaden av sjukkassesystemet förändrades i januari 1992 i så måtto att varje kassa teoretiskt sett fick rätt att teckna avtal med personer oavsett bostadsort. I praktiken kom dock kassorna sinsemellan överens om att under en tvåårsperiod inte teckna avtal inom varandras områden, och eftersom premierna inte skiljer sig nämnvärt har den enskilde föga anledning att byta sjukkassa (A. de Roo, muntlig uppgift, 1992).

Vad gäller valet av allmänpraktiker är det fortfarande oklart hur den nya enhetliga försäkringsmodellen ställer sig. Under tidigare regim som långsamt ersätts ålades de 60 procent av holländarna som hade en

offentlig, obligatorisk sjukkasseförsäkring för akutvård att välja sin allmänläkare bland dem som var etablerade inom patientens ganska snäva bostadsområde (vanligen mellan tre och sex stycken). Även om sjukkasseförsäkrade patienter i princip kan byta till en annan allmänläkare inom samma område accepterar den andre läkaren i praktiken inte bytet (A. de Roo, muntlig uppgift, 1992). De återstående 40 procent som under tidigare system hade rätt att köpa privat sjukförsäkring, kunde vanligen välja sin allmänläkare var de ville i landet. Dessa privata patienter kunde också byta allmänläkare helt fritt, eftersom de privata försäkringsbolagen ersatte allmänläkarna per prestation (i motsats till sjukkassorna som betalade ett belopp per capita), och de flesta allmänläkare välkomnade därför nya privata patienter.

För offentligt försäkrade patienter krävs remiss från allmänläkare för att få ersättning från sjukkassan för besök hos sjukhusspecialist eller för att bli inlagd. Även de flesta privata försäkringsgivarna kräver allmänläkarremiss, även om de i praktiken sällan kontrollerar att sådan remiss verkligen utfärdats (Groenewegen et al, 1991; A. de Roo, muntlig uppgift, 1992).

Patienterna har ganska stora möjligheter att välja sjukhusspecialist och sjukhus i Nederländerna. Under tidigare ordning var försäkringskassorna tvungna att ha betalningskontrakt med alla legitimerade läkare i landet, baserat på prestationsersättning. Till följd därav kunde en patient – med sin allmänläkares medgivande – välja den sjukhusspecialist och/eller det sjukhus han föredrog. Dessutom kunde patienten behandlas direkt av specialisten, eftersom de flesta holländska sjukhus är privata och patienterna sköts av privata specialister som har tillgång till sjukhus-sängar men inte avlönas av sjukhusen. Åtminstone i princip kunde en patient söka vård hos vilken specialist som helst på vilket sjukhus som helst i landet,

inklusive de sex universitetssjukhusen. Eftersom de offentligt försäkrade patienterna hade dessa valmöjligheter är det inte överraskande att de privat försäkrade kunde välja på samma sätt.

Det måste dock påpekas att det finns mycket litet information som patienterna kan grunda sitt val på. Med undantag för vissa väl organiserade patientsammanslutningar på nationell nivå, som ger grundläggande information till patienter med vissa kroniska tillstånd, är det utomordentligt svårt för patienterna att få reda på en viss läkares behandlingsfilosofi och tidigare behandlingsresultat. Till följd av detta krymper systemets breda valmöjligheter ihop till att acceptera den specialist allmänläkaren rekommenderar och/eller till att gå på hörsägen från vänner och bekanta om deras tidigare erfarenheter av vissa läkare.

Tyskland

I det tyska hälso- och sjukvårdssystemet finns för höginkomsttagare ett flertal valmöjligheter beträffande såväl försäkrings- som vårdgivare, men de begränsas både av ett antal formella regler och av informella användningsmönster.

Vad gäller finansieringen tillhandahålls sjukvårdsförsäkring av mer än 1 300 halvoffentliga sjukkassor och av privata kommersiella försäkringsbolag. Trots denna uppsjö av försäkringsgivare har varje individ i praktiken bara en valmöjlighet, beroende på hans eller hennes inkomster och omständigheter i övrigt. De flesta tyskar stannar faktiskt kvar i den sjukkassa de blev medlemmar i när de först kom ut på arbetsmarknaden – ett faktum som har fått sjukkassorna att fokusera sin marknadsföring på dem som gör entré på arbetsmarknaden (J. Wasem, muntlig uppgift, 1991).

Det finns tre huvudsakliga kategorier av halvoffentliga sjukkassor: allmänna lokala kassor (Allgemeine Ortskrankenkassen), företagskassor (Betriebskrankenkassen) och alternativa kassor (Ersatzkrankenkassen). Dessutom finns det ett avsevärt antal privata försäkringsgivare. Varje kassa kan bestämma sin egen premienivå, som brukar ligga på mellan 7 och 15 procent av den anställdes inkomst förutom extra bidrag från arbetsgivaren. Privata försäkringsbolag tillåts att konkurrera om patienter med de halvoffentliga kassorna. Som motdrag har några kassor börjat erbjuda extra förmåner, t ex begravningsförsäkring, och börjat försöka dra till sig patienter som är bättre försäkringsrisker genom att arrangera friskvårdsprogram (t ex anti-stresskurser).

Alla sjukkassor har specifika kriterier för medlemskap, vilket avgör vilka personer som kan bli medlemmar. Fram till 1989 var det bara tjänstemän över en viss lönenivå som kunde avgöra om de ville tillhöra någon alternativ kassa, medan alla löntagare (både tjänstemän och arbetare) med höga inkomster kunde välja en privat försäkring. För närvarande måste ungefär hälften av de 92 procenten av befolkningen som är försäkrade hålla sig till det obligatoriska systemet (dvs allmänna kassor, bransch-kassor eller andra kassor bundna till viss sysselsättning), medan den andra hälften kan välja om de föredrar de obligatoriska kassorna, en alternativ kassa eller den privata sektorn. Anställda inom den första gruppen måste normalt ansluta sig till sin bransch- eller yrkeskassa eller, om det inte finns någon sådan, till den lokala (distrikts-) kassan. Om fler än 500 anställda på ett företag så önskar kan de kollektivt dra sig ur den befintliga bransch-kassan och bilda en egen. I praktiken tillämpas detta av nya företag med ung arbetskraft som strävar efter lägre årspremier, vilket betyder att de löntagare som är kvar i kassan får betala mer. Sammanfattningsvis kan

alltså ungefär 45 procent av de tyska invånarna välja antingen obligatorisk, alternativ eller privat sjukförsäkring; övriga 45 procent av den försäkrade befolkningen har inget val avseende obligatorisk kassa, branschkassa eller allmän, såvida de inte arbetar i ett stort företag med över 500 anställda som väljer att bilda en egen sjukkassa. Mellan sju och åtta procent av befolkningen som täcks av de obligatoriska kassorna har valt att köpa en privat tilläggsförsäkring för diverse extratjänster, t ex privat sjukrum (Beske, 1988).

Patientens val av primärvårdsläkare är väsentligt enklare. I allt väsentligt kan patienterna välja vilken praktiserande läkare de vill, både privatpraktiserande specialister och allmänpraktiker (Eichhorn, 1984). Patienterna erlägger ingen avgift för besöken, eftersom läkarna ersätts med ett totalt (framförhandlat) belopp från patientens sjukkassa. Eftersom de obligatoriska sjukkassorna betalar lägre arvode till den praktiserande läkaren än de alternativa eller privata kassorna gör, tillhandahåller läkarna inte sjukvård av lika hög standard till de offentligt försäkrade patienterna. En regeringskommission fann 1966 att läkarna gav de offentligt försäkrade patienterna kortare konsultationstid, och det är vanligt att läkare med egen mottagning har separat väntrum, kortare väntetider och förhandsbokade besökstider snarare än öppen mottagning för de alternativt och privat försäkrade patienterna som lönar sig bättre (Stone, 1980).

Läkare med egen mottagning har inga patientlistor. Däremot får den försäkrade av sin sjukkassa ett bevis (Krankenschein) som när det överlämnas till en legitimerad läkare binder patienten till den läkaren under tre månader (Groenewegen et al, 1991). Eftersom tyska sjukhus inte brukar ha någon öppenvårdsmottagning (med undantag för universitetssjukhus) kan patienterna inte själva söka en sjukhusbunden specialist. Remisser till sjukhus utfärdas normalt av patient-

tens primärvårdsläkare, och remissen kan ställas till vilket sjukhus som helst som ingår i sjukkassesystemet. Väl inlagd på sjukhus måste patienten godta att behandlas av den specialist som råkar tjänstgöra. Den enda valmöjligheten ligger i att patienten före remitteringen kan rådgöra med sin primärvårdsläkare om vilket sjukhus som kan vara lämpligast. De flesta läkare och nästan alla sjukhus har kontraktbundet sig att ta emot sjukkassepatienter.

Sammantaget har patienterna skiftande möjligheter att välja försäkringsgivare, primärvårdsläkare, sjukhus och sjukhusspecialist. Samtidigt som deras valmöjligheter när det gäller försäkringsgivare i olika grad är begränsade av inkomst eller arbetsgivare, kan de välja fritt mellan alla mottagningsbaserade allmänpraktiker och specialister och bland sjukhusen, men de måste finna sig i att bli tilldelade en specialist när de väl blivit inlagda.

Frankrike

Patientens möjlighet att välja betraktas i Frankrike som en bärande del av nationens målsättning att bedriva en "médecine libérale". Samtidigt som patienterna faktiskt kan välja oinskränkt mellan privatpraktiserande läkare, åtföljs dock denna frihet av avsevärda kostnader för patienten själv. Dessutom sträcker sig inte médecine libérale så långt som till finansieringsmekanismerna för att tillföra resurser till hälso- och sjukvården.

Frankrikes finansieringssystem för hälso- och sjukvård grundas på principen om solidaritet ("fraternité" i 1789 års vokabulär) och är organiserat som ett enhetligt, inför offentligheten ansvarigt socialförsäkringssystem (även om det tekniskt sett inte är offentligt

drivet). Det finns ett flertal skilda hälso- och sjukvårdsförsäkringssystem, av vilka de tre viktigaste är: Régime Général (som täcker 80 procent av befolkningen) samt försäkringskassor för jordbruksarbetare och egenföretagare (de två senare med högre premier och lägre ersättningsnivå). Dessutom finns det ett antal försäkringssystem av mindre omfattning för specialarbetare, t ex gruvarbetare (Groenewegen et al, 1991). Även om kassorna är självständiga har den individuella medborgaren på sin höjd två valmöjligheter: Régime Général och de branschspecifika kassorna.

Kassorna tillämpar varierande men höga patientavgifter, i genomsnitt 30 procent av kostnaden för ett besök på en läkarmottagning (Lacronique, 1984). Patienterna betalar hela läkararvodet direkt och får sedan tillbaka allt utom egenavgiften från sin försäkringskassa. Man kan teckna individuella tilläggsförsäkringar från privata eller ömsesidiga försäkringsbolag för att täcka den del av läkararvodet som inte ersätts av sjukkassan (Groenewegen et al, 1991).

Patienterna kan välja om de vill söka allmänpraktiker eller specialist. Eftersom läkare med mottagning är prestationsersatta har de inga patientlistor, och i motsats till Tyskland finns det inget system som håller en patient bunden till en viss läkare för viss tid. 98 procent av franska läkare har kontrakt med det statliga socialförsäkringssystemet. 86 procent av dem följer den framförhandlade nationella taxan, medan 12 procent har tillstånd att inom vissa gränser ta ut en högre taxa. Skillnaden mellan denna och normaltaxan måste patienten själv stå för. 2 procent av franska privatpraktiker står utanför försäkringssystemet och kan tillämpa vilken taxa som helst, men dessa läkares patienter får bara en ringa del av patientavgiften återbetald från socialförsäkringen (Groenewegen et al, 1991).

I princip kan patienterna även välja sjukhus. Allmänt sett krävs det remiss från en privatpraktiker

både för slutenvård och för sjukhusbaserad öppen vård. Det finns tre sorters sjukhus i Frankrike. Ungefär en tredjedel är offentliga sjukhus som är de största, ofta har den bästa utrustningen och svarar för ca hälften av alla sängplatser. Offentliga sjukhus bemannas av fullt avlönade specialister, som till följd av 1965 års Debré-lag (en sorts fransk sjukvårdsreform) åtnjuter den högsta prestige bland franska läkare (Lacronique, 1984). Dessa specialister kan även lägga in privatpatienter på de allmänna sjukhusen. Hälften av de franska sjukhusen är privatägda vinstdrivande kliniker som oftast har färre än 100 sängar och specialiserar sig på elektiv kirurgi. Specialister på dessa sjukhus (liksom på de återstående privata, icke vinstdrivande sjukhusen – vanligen med religiös bakgrund) betalas per prestation. Medan i princip alla patienter kan söka både allmänna och privata inrättningar föredrar de mer välsituerade i praktiken att behandlas inom den privata sektorn för mindre komplicerade elektiva ingrepp, medan en högre andel av dem som har det mindre väl ställt får all sin slutenvård på de allmänna vårdinrättningarna (Lacronique, 1984).

Sverige

Under senare år har patientval fått inta en alltmer framskjuten plats vid utformningen av den svenska sjukvården. De enskilda medborgarnas önskan att själva välja vårdcentral, allmänläkare och sjukhus har haft en påtaglig inverkan på landstingens pågående arbete med att reformera den offentliga sjukvården. Förändringens omfattning antyds av att även om patientens fria val av läkare fanns med i 1983 års hälso- och sjukvårdslag, återfanns det inte förrän 1991 klart uttalat i Landstingsförbundets principdeklaration.

Hälso- och sjukvården i Sverige finansieras genom en kombination av två offentliga system: ett vårdssystem som i huvudsak bygger på en inkomstbaserad landstingsskatt och ett nationellt sjukförsäkringssystem som finansieras med arbetsgivaravgifter. Efter genomförandet av 1985 års Dagmarreform har penningmedel i proportion till antalet invånare gått från den statliga försäkringen direkt till landstingen, varigenom båda inkomstkällorna flutit samman. Normalt måste svenska patienter erlægga en patientavgift på mellan 100 och 150 kronor för de första primärvårdsbesöken. Det finns ett tak på 1 600 kronor per år. Privata sjukförsäkringar svarar endast för en mycket liten del av de totala sjukvårdskostnaderna i Sverige. I mars 1992 uppskattade Dagens Nyheter att ungefär 41 000 försäkringar tecknats, varav de flesta avsåg att täcka sjukvårdskostnader för företagsledare i mindre företag (Rosenthal, 1992).

Även om de formella arrangemangen skiljer sig åt mellan de olika landstingen, får patienterna i ökad omfattning möjlighet att välja den vårdcentral där de vill söka primärvård. Stockholms läns landsting införde denna valmöjlighet i januari 1988, och den har införlivats med de flesta reformförslag som för närvarande genomförs eller övervägs. Patienternas möjlighet att välja allmänläkare inom vårdcentralen varierar. En faktor bland andra är tillgången på primärvårdsläkare. Matteus vårdcentral i centrala Stockholm, som 1987 påbörjade ett experiment med att låta patienterna välja läkare, fann det nödvändigt att först öka antalet allmänläkare (och att minska den övriga personalen i motsvarande mått) (Öhrming, 1990). Denna ändring i riktning mot patientval kommer sannolikt att ytterligare förstärkas av den nuvarande borgerliga regeringens långtgående engagemang för förslaget att införa ett listbaserat husläkarsystem (Kommittédirektiv, 1992).

Vad gäller sjukhusvård har svenska patienter (enligt Landstingsförbundets deklaration av april 1991) formell rätt att välja det sjukhus de vill bli behandlade på. Inom ramen för ett långvarigt projekt i Stockholms läns landsting där gravida kvinnor fick välja förlossningsklinik valde en fjärdedel av dem att föda på ett annat sjukhus än det de "tillhörde" enligt tidigare geografiska indelningssystem (Saltman och von Otter, 1992). Inom alla de aktuella reformprojekten i bl a Stockholm, Dalarna, Bohus och Malmöhus läns landsting har patienten rätt att välja sjukhus (inom landstinget) för elektiv kirurgi och annan sjukvårdsservice. De aktuella reformerna kommer sannolikt även att bevara svenska patienters rätt att söka öppenvård vid sjukhus utan remiss från primärvårdsläkare, även om åtminstone ett landsting (Stockholm) för närvarande överväger att införa en något högre patientavgift för sådana besök.

Antingen svenska patienter remitteras av en allmänläkare eller själva söker sig till sjukhuset, har de inte så mycket inflytande över vilken specialist de får träffa där. Sjukhusläkare i Sverige är knutna till en viss avdelning, och vilken specialist man behandlas av bestäms av vilken avdelning man hamnar på. Det är för tidigt att säga om detta något anonyma förfarande kommer att förändras vartefter landstingen genomför reformer som avser att förvandla sjukhus till olika slags halvt självständiga "offentliga företag".

Patienters val av privata vårdgivare är i hög grad förenade med finansiering från den offentliga sektorn. Det låga men växande antalet privata vårdgivare i Sverige är därför för sin utkomst starkt beroende av landstingsmedel. Detta är en typiskt svensk företeelse som grundlades 1983, när en privat öppenvårdsmottagning (City Akuten) öppnades i Stockholm, och systemet har utvidgats till att omfatta de privata sjukhus som finns i Sverige. Det unika är att patienternas kost-

nader för besöken till fullö ersätts av landstinget (Saltman och von Otter, 1987). Även ett litet antal privatpraktiserande läkare meddelar primärvård enligt kontrakt med landsting.

Sammanfattning och konsekvenser

Denna korta granskning av patienters valmöjligheter pekar på flera grundläggande tendenser. För det första har patienterna faktiskt rätt stora möjligheter att välja allmänpraktiker och/eller privatpraktiserande specialist, det senare dock bara i Tyskland och Frankrike. Undantaget är Finland, där valet inom den offentliga sjukvården är begränsat till de allmänläkare som finns inom vårdcentralens eller dess sektors upptagningsområde.

Rent allmänt är patienternas möjligheter att välja sjukhus och/eller specialist inom slutenvården något sämre. I vissa fall kan allmänläkare inom skattefinansierade system remittera patienter utanför den egna regionen (Storbritannien, Danmark, Finland), och i system som finansieras med socialförsäkring (Nederländerna, Frankrike, Tyskland) kan patienten rent formellt remitteras nästan vart som helst. De patienter som betalar extra för att behandlas privat av en sjukhusbunden specialist (Finland, Storbritannien) kan påverka vilken läkare som ska behandla dem i slutenvården – en möjlighet som även verkar finnas i de försäkringsfinansierade systemen i Nederländerna och Tyskland och vid de icke offentliga vårdinrättningarna i Frankrike. Inom alla de tre redovisade skattefinansierade systemen har välsituerade patienter ett varierande utbud av privata alternativ både vad gäller öppenvård och slutenvård.

Vad gäller patienternas möjligheter att påverka

sjukvårdskostnaderna är situationen påfallande lika i de olika länderna, trots skillnader i finansiering. Inom skattebaserade system har patienterna föga inflytande över kostnaderna. Till och med i de länder där det finns ett statligt andrahandsalternativ i form av försäkring kan patienterna välja mellan de två alternativen men kan inte påverka deras kostnader eller uppbyggnad. Trots en uppsjö av sjukkassor inom de tyska och nederländska försäkringsbaserade systemen, har personer under en viss inkomstgräns på sin höjd två valmöjligheter, och ibland inte ens det (Frankrike). Personer över denna inkomstgräns har haft möjlighet att teckna sig antingen för en extra sjukkasseförsäkring (Tyskland) eller köpa privat försäkring. Den privata försäkringsmöjligheten har varit mest lättillgänglig i Nederländerna före Dekker-reformen, även om den i någon mån neutraliserats av kravet att alla medborgare ska täckas av den offentligt administrerade försäkringen för exceptionella sjukvårdsutgifter (AWBZ).

Sammanfattningsvis har personer med låga eller måttliga inkomster få valmöjligheter vad gäller att påverka kostnaderna både inom skatte- och försäkringsfinansierade system. Endast de med högre inkomst har kunnat välja mellan fler försäkringsgivare inom de försäkringsfinansierade systemen. Detta kan ändras om Nederländerna inom de närmsta åren beslutar sig för att införa konkurrerande sjukförsäkringar.

Graden av valmöjlighet inbyggd i olika länders hälso- och sjukvårdssystem återspeglar en mångfald kulturella, sociala och sjukvårdsmässiga preferenser. Villighet att låta patienter åtnjuta primärvård av privatpraktiserande specialister t ex, innebär en frånvaro av politisk betoning av allmänpraktikerns roll som grindvakt till de mera sofistikerade, sjukhusbaserade sjukvårdstjänsterna, och en ovillighet att betrakta primärvårdens förebyggande och befolkningsbaserade funk-

tioner som lika viktiga som de botande. Önskan att hålla patienterna kvar på sina närsjukhus för slutenvård (en restriktion som håller på att luckras upp i Danmark och kan försvinna till följd av pågående reformarbete både i Storbritannien och Finland) är ett uttryck för skattefinansierade sjukvårdsmyndigheters ansträngningar att begränsa sina utlägg till marginalkostnaden inom det egna distriktet, snarare än att ge full kostnadstäckning till utomlans vårdgivare. Mer allmänt sett har graden av individuell valmöjlighet inom de nordiska hälso- och sjukvårdssystemen stått i omvänd proportion till den utsträckning i vilken de politiska strävandena betonat förebyggande vård och vård på lika villkor i motsats till rent sjukvårdande insatser.

När man jämför denna överblick med dagsläget för patientval inom den svenska hälso- och sjukvården, slås man av att det svenska systemet drivit patientinflytandet längst av alla de studerade skattefinansierade systemen. Som resultat av Landstingsförbundets tiopunktsprogram som lades fram i april 1991, kan svenskarna nu förvänta sig att i framtiden kunna er hålla vård vid vilken vårdcentral och vid vilket sjukhus som helst (på lämplig vårdnivå) i hela landet (Landstingsförbundet, 1991). Detta mål har redan genomförts inom ett antal landsting, särskilt för primärvårdens del, och det kommer sannolikt inte att ändras om förslaget om att inrätta ett husläkarsystem går igenom. Dessutom (och något mer kontroversiellt) behåller svenskarna rätten att själva söka vid sjukhusens öppna mottagningar – ett privilegium som få medborgare i de sex andra undersökta länderna har, och som förväntas kvarstå även om husläkarsystem införs. Den punkt där svenska medborgare har minst inflytande kan hävdas vara den minst viktiga – valet av finansieringssystem. Med undantag för dem som tecknat privata vårdförsäkringar täcks alla svenskers

sjukvårdskostnader av en enda skatteälla.

En våg av reformer inom sjukvården drar över Europa, men det är inte alls säkert att de kommer att medföra ökade möjligheter för patienterna att välja vårdgivare. Medan strävanden efter vidgade valmöjligheter påskyndat reformarbetet inom skattefinansierade system, antyder resultaten hittills att patientens valmöjligheter kommit i andra hand jämfört med den vikt som läggs vid av administratörer formulerade vårdkontrakt. Detta dilemma är särskilt uppenbart i Storbritannien, där åtskillnaden mellan vårdköpare och vårdgivare försvagat snarare än stärkt patienternas möjligheter att bestämma villkoren för sin vård (Green et al, 1990). Det är intressant att notera att detta dilemma ännu inte uppstått i Sverige, i stor utsträckning beroende på det starka sociala trycket till förmån för valfrihet. Om fritt val av vårdgivare kan kombineras med det kontraktbaserade system som prövas i Dalarna, Stockholm och andra landsting återstår att se.

Som denna översikt antyder kommer ett av de centrala frågetecknen rörande framtiden för patienternas valfrihet inom ett skattefinansierat sjukvårdssystem att röra hur kontraktsförfarandet inom vården utvecklas. Frågan är komplicerad och har många konsekvenser, varför den behandlas separat i nästa kapitel.

2. *Problemen med kontraktssbaserade modeller*

Inom de offentligt drivna sjukvårdssystemen i Nord-europa har införandet av ett kontraktssystem för att tillhandahålla läkar- och sjukhustjänster inneburit en genomgripande förändring. Tidigare byggde de offentliga systemen vanligen på ett upptagningsområde, där invånarna förväntades använda sig av ett visst sjukhus eller en viss öppenvårdsmottagning och de därtill knutna specialisterna. I Sverige och Finland var patienterna även hänvisade till viss vårdcentral. Vårdcentralerna var organiserade för att erbjuda en enhetlig offentlig vård där varje central och läkare betraktades som jämbördig med varje annan central och läkare (därav betoningen på "kompetens" vid rekryteringen). Patientmedverkan i valet av vårdgivare eller behandlingsmodell bedömdes därför onödig. Under det expansiva 1960-talets strävan efter att ge alla medborgare nödvändig vård brukade enskildas önskan att välja eller påverka vårdmodellen avfärdas med att det störde systemets möjligheter att uppnå sina bredare sociala mål.

De växande kraven på patientval

Patienternas krav på att få delta mer i uppbyggnaden av vårdsystemet ökade dramatiskt under 1980-talet.

Det stigande välståndet och en växande insikt om vikten av att den enskilde hade åtminstone något inflytande över sina levnadsvillkor, ledde till ökande protester mot stelheten i de upptagningsområdesbaserade planeringssystemen. Detta blev märkbart särskilt i Sverige men även i Finland, Storbritannien och Danmark. En del av dessa ökade krav på deltagande från patienternas sida återspeglade det växande antalet kliniskt gångbara behandlingsalternativ. För en kvinna med bröstcancer framkom t ex möjligheten till bröstbevarande kirurgi plus olika kombinationer av kemoterapi och strålbehandling, som alternativ till att ta bort hela bröstet (*British Medical Journal*, 1988). Andra och ljudliga krav kom från patientsammanslutningar, handikapporganisationer etc, som krävde stringentare och noggrannare kliniska uppföljningar. Till del utgick också kraven från dem som stod på de allt längre väntelistorna, särskilt för elektiva ingrepp på äldre personer såsom kranskärlskirurgi, starroperationer och total höftplastik.

Patienternas krav på större möjligheter att välja läkare eller sjukhus, på att kunna delta i behandlingsbeslut och rent allmänt på större följsamhet från de offentliga vårdgivarnas sida, har angetts som en huvudingrediens i det pågående vårdreformsarbetet i hela Nord Europa. Denna omsorg om patienten har särskilt betonats i Storbritannien, där 1989 års regeringsrapport om förnyelse av hälso- och sjukvården hade titeln "Att arbeta för patienter" (*Working for Patients*). Även i Sverige har principen att sätta patienten i centrum bidragit till att kanalisera missnöjet med vården och utlösa reformarbete. Medborgarnas missnöje med väntelistesituationen har givits stor plats i massmedia, och den socialdemokratiska ledningen för Landsförbundet såg sig i april 1990 föranlåten att göra patientens valfrihet till en central förutsättning för allt framtida reformarbete inom hälso- och sjukvården.

Motsatsförhållandet mellan val och kontrakt

Detta växande patienttryck till förmån för valmöjligheter står dock i fundamental motsats till utvecklingen av ett kontraktbaserat sjukvårdsutbud. Politiker och administratörer inom offentliga vårdssystem i Nordeuropa, som i första hand ser till vårdens kostnader och hur effektivt den produceras och kommer de vård sökande till del, har koncentrerat sina reformansträngningar på att utveckla vårdkontrakt med läkare och sjukhus. Politiker och administratörer har insett vikten av att förändra basen för sjukhusbudgeteringen från resursbehov till produktionsresultat för att öka både kostnadsmedvetenheten och produktionen. De har tagit de första stegen på vägen att efterlikna de arrangemang med anvisning av vårdgivare (preferred providers) som framkom i USA:s vårdssystem tidigt på 1980-talet och som nu dominerar hela detta lands vårdutbud. 1989 års sjukvårdsutredning i Storbritannien säger t ex uttryckligen att distriktsadministratörer ska använda sin nya rätt att sluta kontrakt med både privata och offentliga vårdgivare för att uppnå en så "god affär" som möjligt.

I Sverige provas eller utformas en rad olika kontraktmodeller inom landstingen och antalet organisationer för vårdinköp varierar. Södermanland och Östergötland har var sin, Bohuslän tre, Stockholm nio och i Dalarna har varje kommun en egen, dvs totalt femton stycken. De nya modellerna i Stockholm och Dalarna lägger också ansvaret för köp av sjukhustjänster på de lokala direktioner som sköter primärvården.

En central faktor i dessa experiment hittills är att trots många diskussioner om deras värde som kostnadsbegränsande mekanism, har kontrakt inom den offentliga sektorn varit mycket vagt formulerade, dvs de har inte specificerat exakt pris, kvalitet eller

mängd. Inför de svenska patienternas krav att få behålla sin hårt tillkämpade frihet att välja läkare och sjukhus begränsar de nuvarande kontrakten ej heller patienterna i deras val av vårdinrättning – åtminstone inte inom det egna landstinget (Sven-Eric Bergman, muntlig uppgift, 1992). Detta kan förändras så snart de nya modellerna fått fastare konturer och – än viktigare – om den nuvarande lågkonjunkturen medför ytterligare försämring av landstingens ekonomiska situation. Under ett allt starkare finansiellt tryck kan landstingen mycket väl tillgripa kontraktsmodellen för att begränsa kostnaderna. Det kan ske genom att sluta kontrakt på grundval av pris och volym, att sluta kontrakt med både privata och offentliga vårdgivare efter ett anbudsförfarande och genom att samtidigt begränsa patienternas valmöjligheter till de vårdinrättningar som erbjuder lägsta kostnaden.

Det som kan komma ut av den svenska situationen är liksom på andra håll att hänsynen till kostnader och effektivitet tar överhanden över omsorgen om vårdens kvalitet och kontinuitet. På förfrågan svarar politiker och administratörer att kontraktbaserade arrangemang gagnar patienterna genom att minska väntetiderna till läkarbesök och elektiva ingrepp (vilket kan vara sant) och genom att öka kvaliteten på den sjukvård patienterna åtnjuter (ett mera obestyrkt påstående). Ändå ligger tyngdpunkten i ett fullt utvecklat kontraktssystem inte på patienternas möjligheter att välja vårdgivare eller på att påverka vårdens logistiska eller rent behandlingsmässiga innehåll. Tvärtom har patienterna förlorat möjligheten att övertya sin allmänläkare om att remittera dem till en annan läkare eller vårdinrättning. Patienterna måste nu, åtminstone teoretiskt sett, forslas iväg till den inrättning eller den läkare som den lokale vårdadministratören slutit förstahandskontrakt med. Inom den inflytelsrika kontraktbaserade modell som först framla-

des för Storbritannien (Enthoven, 1985) har patienterna mindre frihet att välja vårdgivare eller påverka vårdens innehåll än de hade i det tidigare systemet som byggde på upptagningsområde (Saltman och von Otter, 1989a).

Denna motsats som till synes föreligger mellan å ena sidan patienternas krav på mer val och inflytande och å andra sidan politiskt genomförda reformer grundade på väsentligt sämre valmöjligheter för patienterna, är en av de största stötestenarna inom det pågående reformarbetet i offentliga sjukvårdssystem. I grund och botten återspeglar den att de krafter som arbetar för kostnadsbesparingar och effektivitet är starkare än de som hävdar vikten av patientval och patientrelaterade förbättringar i vårdens kvalitet (t ex att kunna påverka behandlingsformerna). Denna egendomliga motsägelse visar också på en stark benägenhet att genomföra sjukvårdsreformer på det sätt man gjort i USA. Där har till och med Health Maintenance Organizations (HMO:s), som grundats på principen att ge allsidig högkvalitativ vård, i ökande utsträckning minskat antalet valmöjligheter för patienten, vartefter kostnadstryck och för den delen hela organisationens överlevnadsmöjligheter kommit att dominera alla andra organisatoriska mål:

Det verkar som om HMO-industrins sötebrödsdagar är över. . . Makten kommer att flyttas från den individuella sjukvårdskonsumenten, som hittills utövat stort inflytande över tillväxten av IPA-an slutna (Independent Practitioner Association) HMO:s och den valfrihet de stod för, till arbetsgivare och HMO-administratörer. Inför en svår ekonomisk verklighet kommer arbetsgivare och HMO:s att ersätta valfriheten inom sjukvården med mer kostnadseffektiva alternativ (Grubber et al, 1988).

Naturligtvis föreligger det avsevärda skillnader i de allmänna relationerna mellan patientval och organisatorisk effektivitet inom offentliga sjukvårdssystem i Nordeuropa jämfört med Förenta Staternas i stor utsträckning vinstdrivande och splittrade pluralistiska sjukvårdssystem. Den största paradoxen är kanske att offentliga system med effektiv kontroll av de totala utgifterna (se Schieber och Poullier, 1991) har möjlighet att använda patientval som en mekanism för att åstadkomma större effektivitet vid de små enheter där patienterna verkligen möter sjukvården.

Inom ett splittrat pluralistiskt system som i USA, där övervikten för prestationsersättning till både läkare och sjukhus med stor kraft har motverkat alla ansträngningar att begränsa de totala sjukvårdskostnaderna, har åtskilliga ekonomer ändå hävdad att nyckeln till ökad effektivitet på de enskilda vårdinrättningarna ligger i minskade valmöjligheter för patienten. Det är därför idémässigt egendomligt att se hur kontraktsmodellen hittills verkat vara lika attraktiv för offentliga som för pluralistiska vinstdrivande sjukvårdssystem. Samtidigt som förklaringen oundvikligen avspeglar de politiska hänsynen till kostnader mer än till frågorna om val och inflytande, är slutresultatet detsamma. Trots kraftiga påtryckningar från patienterna till förmån för ökade valmöjligheter och inflytande, kan kontraktsbaserade modeller lånade från USA inte alls förväntas flytta makten inom de nordeuropeiska sjukvårdssystemen till patienterna, utan till hälso- och sjukvårdsadministratörerna.

Svårigheterna med mäktiga chefsadministratörer

Det är med avsikt som chefsadministratörerna på sjukhus, vårdcentraler och gruppläkarpraktiker fått ökade befogenheter att fatta beslut. Två antaganden ligger till grund för detta. Det första antagandet är att administrativ styrning av ersättningen till vårdgivare, antingen det sker via distriktsadministrationen (Storbritannien), lokala beställarnämnder (Stockholm och Dalarna) eller kommunen (Finland), kommer att innebära ett starkt tryck att sluta kontrakt med billigare och/eller effektivare läkare och sjukhus och därigenom öka mängden sjukvårdsproduktion för en given mängd pengar. Det andra antagandet är att administrativ styrning av läkare och sjukhus på systemets produktionsida – särskilt inom Storbritanniens sjukhusstiftelser och Sveriges "offentliga företag" – kommer att skapa flexibla läkare och sjukvårdsinrättningar som för att hålla sin budget aktivt kommer att leta efter sätt att spara och bli effektivare. I båda fallen får administratörerna ökad kontroll över sjukvårdsutbudet på läkares och sjuksköterskors bekostnad. Däremot kommer inte patienternas förmåga att påverka vad som händer med dem under vården att förbättras i någotdera fallet, jämfört med tidigare när systemet byggde på ett upptagningsområde.

Tvärtom ökar oron för att administratörernas ökande befogenheter skulle kunna få klart negativa konsekvenser för patienterna. Sjukvårdsadministratörer har ingen formulerad yrkesetik som skulle kunna ålägga dem att överväga enskilda besluts moraliska konsekvenser eller som i likhet med läkarnas hippokratiska ed skulle tvinga dem att sätta patientens intressen i första rummet (Winkler, 1989). Bristen på etik på beslutsfattande nivå rent allmänt underströks när Harvard Business School, som reaktion på flera

fall av bedrägeri inom finansvärlden, såg sig föranlåten att dra igång ett omfattande utbildningsprogram för blivande affärsledare rörande etikens roll inom beslutsfattandet i företag. Likaledes får administratörerna inom ett marknadssystem allt färre spärrar av den typ som fanns i Storbritannien under 1970-talet när beslut fattades gemensamt, eller när läkarna hade avgjort mer att säga till om vid fördelningen av personella och finansiella resurser. Tvärtom är en av de viktigaste avsikterna med kontraktbaserade reformer att administratörerna ska befrias från tidigare bojor i förväntan att han eller hon ska kunna väga samman patientbehoven med ett lämpligt sjukvårdsutbud och därigenom minska kostnaderna totalt. Det finns belegg för att administratörer både på finansierings- och sjukvårdssidan har föga intresse av att ta med patienterna i de kontraktförhandlingar och kvalitetsbedömningar som ligger till grund för makten att fatta beslut inom ett kontraktbaserat system (Pollitt, 1990; Mohammed, 1990).

I de fall administratörerna verkligen vänder sig till patienterna – mer om detta nedan – rör det sig om aktiviteter för att se "nöjda kunder", t ex enkäter och marknadsföringskampanjer. Parsons och Winkler skriver som följer om de förändringar som för närvarande pågår i Storbritannien:

En analys av de konsumentinriktade initiativ som sveper över hälso- och sjukvården föder cynism. De har ett gemensamt – administrativ kontroll. Det handlar föga om att dela med sig av makten (Parsons och Winkler, 1991).

Intet av detta är överraskande, givet att administratörerna i Storbritannien efter 1983 års Griffiths-reformer, som införde administratörer på regional nivå och distriktsnivå, betalas på prestationsbasis på kort sikt.

Sannolikt kommer det även att bli så i Sverige i framtiden. Medan detta skapar större incitament att driva fram organisatoriska förbättringar än det tidigare systemet med fast avlönade tjänstemän, medför det också större risk att åtgärder som inte syns i redovisningen – t ex patientmedverkan i organisationens beslutsfattande – inte blir lika intressant att ta sig an. Eftersom sjukvårdschefer i Storbritannien anställs på 3-årskontrakt, som kan förlängas och som i ökande grad slår fast finansiella mål, kan man förvänta sig att patientinflytandet över administrativa beslut kommer att minska avsevärt i jämförelse med tidigare. Detta är en särskilt bekymmersam situation för somliga patientförespråkare i nutidens kliniska situation, där läkekonsten kan göra mer och mer för patienterna, särskilt vid livets början och slut. Löper patienten risken att hamna ur askan i elden genom att beslutsansvaret flyttas från läkare med starkt förankrad medicinsk etik, till administratörer med luddiga etiska regler eller som helt saknar sådana?

Ytterligare en faktor i detta beslutsfattarklimat är betoningen på privatisering som ett administrativt lösenord. När tjänster släpps till privata entreprenörer, antingen det rör sig om att driva en offentligt ägd inrättning eller att ge vård inom ett privatägt företag, kan det uppstå fördelar vad gäller kostnad, volym och klara ansvarsförhållanden. Det man förlorar är läkarnas och sjuksköterskornas direkta ansvarighetsställning gentemot offentligheten. De är inte längre offentligtanställda och de ansvarar bara för sina relationer med patienterna i den mån det påverkar uppföljningen och/eller omförhandlingarna av deras kontrakt med administratörerna på lokal eller regional nivå. I praktiken kan inte en missnöjd person hänvisa till något direkt politiskt ansvarighetsförhållande för att få en ohövlig eller inkompetent vårdgivare tillrättavisad. En central målsättning med att sluta vårdkontrakt

med privata vårdgivare är naturligtvis att föra läkare och sjuksköterskor utom räckhåll för de valda politikernas myndighetsutövning. Ur patientens synpunkt minskar hans eller hennes möjlighet att påverka vårdgivaren när kontinuiteten i det politiska ansvarighetsförhållandet på detta sätt bryts. Återigen köps ökat administrativt inflytande till priset av minskat patientinflytande över vad som händer med honom eller henne i vården.

Som denna översikt av förhållandet mellan allt mäktigare administratörer och allt mer maktlösa patienter visar, hindrar en kontraktbaserad sjukvårdsreform patienterna ytterligare från att utöva inflytande över var och av vem vården ska ges, och över hur behandlingen ska utformas. Medan man kan tänka sig flera kompromisslösningar – t ex att förhandla fram flera kontrakt inom ett område och sedan låta patienterna välja – förblir den totala inskränkningen av patienternas valmöjligheter påtaglig. En engelsk patientförespråkare svarade på detta dilemma med följande uppmaning till handling:

Inflytande på planeringen... räcker inte. Som patienter behöver vi instrument som skyddar oss, som konsumenter behöver vi mekanismer som ger oss makt och som medborgare behöver vi organisationer som ger oss ett ord med i laget när beslut ska fattas (Winkler, 1990, sid 5).

I de följande två kapitlen kommer vi att undersöka vad en del av dessa medborgar- och patientåtgärder för att få mer makt skulle kunna innebära.


3. *Innebörden av patientmakt*

Tanken på att ge patienterna makt har gjort anse- nliga in- steg under senare år. Det är inte ovanligt att höra administratörer och planerare i Storbritannien hävda att det avgörande motivet bakom den ena eller andra förändringen i sjukvården är att "ge patienterna mera makt". Detta språkbruk kommer säkert att höras även i nordiska sjukvårdsdebatter. Maktutredningen i Sve- rige drog slutsatsen att hälsosektorn var en av de två delar av samhällslivet där medborgarna kände sig mest maktlösa (Petersson et al, 1989), och det antyder att resonemang av denna typ redan förs.

Begreppet "att ge makt" (empowerment) har olika betydelse för olika grupper. Administratörer och pa- tientförespråkare i Storbritannien menar helt olika sa- ker när de säger patientmakt. Begreppet omfattar dessutom en rad sammanhörande komponenter – alltifrån val av enskild vårdgivare till inflytande över behandlingsalternativ och från kontroll över budget- medel till val av sjukvårdspolitiker. Såsom i många andra avseenden inom det nuvarande sökandet efter ett nytt paradigm för de nordeuropeiska hälso- och sjukvårdssystemen är man ännu föga överens om vad som ska avses med termen makt.

FIGUR 1 Klassificering av patientmakt

KORRIGERANDE MAKT

- 
7. Patienten väljer läkare och sjukhus (med budgetkoppling)
a) Vissa svenska landsting (Stockholm, Malmöhus, projekt 90 i Bohuslän)
6. Patientinflytande över behandlingen
a) begäran om bedömning av annan läkare
b) deltagande i läkarbeslutet
c) val av alternativa specialister
5. Genom val utövad demokratisk kontroll över finansiering och vårdutbud
a) på kommunal nivå via sjukvårdsstyrelser (Finland)
b) på landstingsnivå (Sverige och Danmark)
c) på nationell nivå genom politikeransvar (Storbritannien)
4. Patienten väljer läkare och sjukhus (utan budgetkoppling)
a) paralleller till val av skola i Storbritannien och USA
b) officiell möjlighet i Storbritannien före 1989
c) de flesta svenska landsting
3. Patienten väljer varje år försäkringsgivare
a) HMO-modellen (USA)
b) Dekker/Simonsplanen (Holland)
2. Rättsliga åtgärder
a) lagsökning för felbehandling (USA)
b) patientförsäkring (Sverige)
c) statlig ansvarsnämnd för läkare (Sverige)
1. Rådgivning och överklagande
a) Community Health Councils (Storbritannien)
b) offentlig ombudsman (Sverige)
c) patientsammanslutningar (Storbritannien, Sverige m fl)

FORMELL
POLITISK
KONTROLL

VÄDAN TILL
RÄTTSKÄNSLAN

I figur 1 presenteras en rudimentär klassificering av olika slags patientmakt med utgångspunkt från skilda synpunkter som kommit fram i debatten. Med början i rådgivning och överklagande åskådliggör bilden en glidande skala från den enskilde patientens svagaste till starkaste möjlighet att påverka. Denna glidande skala karakteriseras av en förändring från vädjan till rättskänslan (möjligheten att endast be att få yttra sig) över formell politisk kontroll (befogenhet att tillsätta nyckelpersoner inom sjukvårdsadministrationen) till korrigerande makt (förmågan att styra sitt eget öde inom organisationen). Detta är naturligtvis en mångfacetterad översikt, där vissa finare nyanser utelämnats. Ett exempel är att man som medborgare väljer försäkring och politiker men som patient väljer läkare och sjukhus. Vissa analytiker kanske inte heller håller med om olika aktiviteters relativa placering. Det finns en tendens för valda tjänstemän och planerare att överskatta värdet av att välja tjänstemän och allmänt kollektivt uttrycka vilja, och därigenom blandar de samman den formella demokratin med den direkta – innehållsdemokratin med processdemokratin (Saltman och von Otter, 1989b)

Den avgörande poängen är dock graden av individuell påverkan på konkreta beslut om hur vården ska utformas. Som alternativens hierarkiska ordning antyder är det, när allt kommer omkring, bara bestämmanderätten över budgeten och resursallokeringen som i praktiken kan ersätta organisatorisk makt. För att få makt har därför patienterna få andra möjligheter än att ta ifrån administratörer och läkare en påtaglig del av kontrollen över dessa två finansiella mekanismer. Det ska dock påpekas att patienterna inte behöver kunna spränga politiskt beslutade budgettak eller totalbudgetar på regional eller nationell nivå för att tillskansa sig denna makt. Erfarenheter från västra delarna av Stockholm, Malmöhus och södra delen av

Bohuslän talar samstämmigt för att patienterna kan spela en stark budgetfördelande roll utan att påverka de totala resurserna. Faran är naturligtvis att det skapas ett finansieringssystem utan en övre kostnadsgräns, av den typ som mer eller mindre är inbyggt i det franska hälso- och sjukvårdssystemet och som trots alla ansträngningar att bromsa kostnadsutvecklingen varit ett grundläggande villkor för hälso- och sjukvården i USA.

Trots den oro vissa hälsoekonomer givit uttryck för verkar det inte finnas något logiskt skäl till att en stark patientroll i resursallokeringen inom systemet skulle behöva hota den kollektiva eller formellt politiska kontrollen över de totala kostnaderna. Det är denna åsikt som blivit ett stridsäpple inom den aktuella europeiska debatten om hälso- och sjukvården och som ofta bestrids av skilda intressen inom denna sektor.

Patienternas intresse för resursallokering kan också vara en avgörande faktor för att nuvarande reformstrategier och föreslagna nya sjukvårdssystem ska kunna accepteras politiskt och vidmakthållas på lång sikt. Sjukvårdsplanerare i Sverige, Finland och Storbritannien får underhand klart för sig att offentligt drivna sjukvårdssystem inte kan överleva den pågående förändringen av medborgarnas förväntningar – och försvara vad som ofta ses som egennyttiga byråkratiska beteendemönster – genom att upprepa traditionella slagord om "befolkningsansvar" och "allmän förebyggande hälsovård". Samtidigt som dessa mål klart är viktiga går den aktuella utmaningen ut på att hitta effektiva mekanismer som kan förse patienterna med korrigerande makt inom den nuvarande offentliga vårdstrukturen och därigenom bevara systemets förmåga att uppnå sådana mål. Annars ser framtiden för offentligt drivna sjukvårdssystem, och därmed för allmän tillgänglighet och social solidaritet, allt annat än ljus ut.

Klassificeringen i figur 1 försöker rangordna de konkreta befogenheter som kan anses "ge patienterna makt". Bland de olika distinktioner som är inbyggda i klassificeringen är det två analytiskt viktiga tudelningar som bör nämnas. Den ena är skillnaden mellan logistisk och klinisk valmöjlighet.* Logistisk i detta sammanhang har att göra med frågor om schemaläggning, tidgivning, följsamhet från läkarnas sida och vårdens tillgänglighet. Den kliniska valmöjligheten har att göra med val mellan alternativa medicinska, kirurgiska, rehabiliterande och långtidsvårdsinriktade behandlingsmetoder och vårdformer. Den andra tudelningen är den mellan de demokratiska beslutens innehåll och process (Saltman och von Otter, 1989b). Som påpekats ovan är innehållsdemokrati ett mått på den formella politiska kontrollen över beslut inom ett visst ämnesområde – t ex genom allmänna val till regering och lagstiftande församling. Processdemokrati innebär att medborgarna direkt deltar i beslut inom ett visst ämnesområde – både kollektivt genom lokala styrelser och/eller individuellt genom personliga beslut. Principen processdemokrati går längre än den formella möjligheten att i val skapa både "röst" (en församling där man kan göra sin röst hörd) och "val" (möjligheten att välja alternativa tillvägagångssätt), och modifierar därigenom Hirshmans idéer om organisatoriskt beteende (Hirshman, 1970). Saltman och von Otter (1989b) har framfört tanken att "val" inte bara skulle innebära möjligheten att lämna den offentliga vården och söka privata alternativ, utan

* För ett exempel på den intellektuella förvirring som skapas av att sammanblanda dessa båda strategier, se Charny, Klein et al (1990), som hävdar att vittnesbörd tydande på att patienter har föga kunskap om sjukdomstillstånd leder till slutsatsen att patienter inte kan välja allmänpraktiker. Se även Anderson, 1988.

även "lateralt återinträde", dvs möjligheten att dra sig undan en viss offentlig vårdgivare utan att därigenom förkasta hela det offentligt drivna systemet. I figur 1 hänför sig innehållsdemokrati till patientval både mellan logistiska och kliniska alternativ, men båda är tillgängliga inom de existerande offentliga sjukvårdssystemen.

Förutom att betrakta patienternas valmöjligheter som uppdelade mellan logistiska och kliniska val respektive mellan innehålls- och processdemokrati, kan man även särskilja kommersiell kontra demokratisk och därigenom ekonomisk kontra politisk uppdelning. Från denna utgångspunkt har man i Storbritannien i större utsträckning börjat betrakta patientval som början på att införa en kommersiell modell eller "affärsmodell" i planeringen som tidigare byggde på upptagningsområden. Med detta synsätt betraktas sjukvårdstjänster underförstått som varor på en marknad där patienterna utövar sin konsumentöverbordighet i valet av den ena eller den andra "produkten" och där patienterna grundar sitt val på väsentligen samma kriterier som de utnyttjar när de väljer andra kapitalvaror på en konkurrensutsatt marknad: pris, mängd, service efter köpet och liknande. Detta kommersiella eller affärsrättsliga synsätt omsätter i praktiken det som neoklassiska ekonomer diskuterar teoretiskt: föreställningar om den rationella ekonomiska varelsen (rational economic man) som fattar individuella beslut grundade på tillräcklig mängd information och tid. Detta perspektiv associeras normalt med konservativa politiska partier och används ofta för att rättfärdiga införandet av servicekuponger för köp av tjänster från antingen offentliga eller privata vårdgivare (mer om detta i kapitel 5).

Det alternativa synsättet är att se patientval som ett utövande av demokratiska snarare än kommersiella rättigheter. Med detta andra synsätt blir patientens

valmöjlighet en mekanism genom vilken enskilda personer utövar mer inflytande på vad som händer med dem inom ett offentligt drivet vårdssystem, och därigenom får mer kontroll över sina levnadsvillkor – en grundläggande trossats inom den allmänna demokratiska teorin. Betraktat på detta vis får individen genom val av sjukhus och läkare (på samma sätt som genom val av skola eller daghem) möjlighet att påverka viktig boendeservice på ett sätt som mycket påminner om det sätt på vilket medborgarna i avancerade industrisamhällen åtminstone har en viss grad av om inte kontroll så i alla fall inflytande över den politiska aktiviteten (genom val), den ekonomiska aktiviteten (genom medlemskap i fackföreningar och genom medbestämmanderätten) liksom även socialförsäkringssystemet (genom att bli medlem, välja utbetalningsmodell osv). Patientvalet blir ett politiskt uttryckssätt med vars hjälp patienterna genom sitt deltagande vitsordar vårdsystemets grundläggande auktoritet och lämplighet. Detta sätt att demokratiskt politiskt betrakta patientvalet borde logiskt sett förknippas med progressiva politiska partier, som av tradition uppmuntrat till individuellt deltagande och lokal kontroll på andra samhällsområden.

FIGUR 2 Alternativa former av patientval

- Kliniskt kontra logistiskt
- Innehållsdemokrati kontra processdemokrati
- Kommersiellt kontra demokratiskt
- Ekonomiskt kontra politiskt
- Individualistiskt kontra samhällsinriktat

Ytterligare en tudelning rörande val, som samtidigt är en intressant följsats till motsättningen mellan ekonomiska och politiska ståndpunkter, skulle kunna

kallas den possessiva individualistiska kontra den socialt samhällsinriktade aspekten. Dessa nyanser härör sig från en pågående akademisk debatt i Storbritannien om behovet av att blåsa nytt liv i vad som kallats *civic republicanism* (Oldfield, 1990). I detta sammanhang kan patientval ses som en del av en allmän rörelse inte bara mot större patientmakt, utan snarare mot en bredare föreställning om "medborgarskap". Civic republicanism hämtar sina grundtankar från den antika grekiska stadsstaten (polis), ser valet inte som en plikt utan som en rättighet grundad på motivation och utbildning mer än på konsumtion, och kräver att medborgaren "gör" mer än "får" eller "tar". I denna modell bidrar medborgarna till det sociala hela genom sina handlingar – därför beteckningen socialt samhällsinriktad – i stället för att bara ta emot från samhället som ett uttryck för vad C.B. MacPherson kallade "possessiv individualism" (MacPherson, 1962). En värdefull lärdom om val från detta analytiska perspektiv är att lämpligt utövande av patientval, liksom av politiskt medborgarskap i allmänhet, inte alls än något medfött utan något man gradvis tillägnar sig genom studier och utbildning. Kompetenta patienter liksom kloka medborgare föds inte, de skapas.

När man för ner skillnaderna mellan ekonomiska och politiska föreställningar till denna nivå kan man hävda att patientval, sett som en beståndsdel av civic republicanism, kan bli en del av det filosofiska motgiftet mot possessiv individualism snarare än liktydigt därmed. Ett lämpligt utformat och introducerat patientval skulle i konkreta politiska termer kunna bli en mekanism för att utbilda medborgarna till större deltagande i samhället och större ansvar för sina medmänniskor, snarare än att ytterligare förstärka 1980-talets tendens att minska det sociala ansvaret på allt fler områden av mänsklig verksamhet. Detta vore ett väsentligt annorlunda resultat av ökat patientval än den van-

makt och maktlöshet som skildras i vissa delstudier i den svenska maktutredningen (Petersson et al, 1989).

En tredje uppsättning begrepp återspeglar skillnaden mellan patienttillfredsställelse och patientmakt. De omfattande åtgärder som administratörerna börjat vidta i Storbritannien och på andra håll i avsikt att vända sig till patienten som konsument – guider över sjukvårdstjänster, marknadsundersökningar, annonskampanjer, tillsättandet av "patientombudmän" och enkäter om patienttillfredsställelse – återspeglar en patientsyn som i grunden skiljer sig från den som innebär att patienterna själva, i egenskap av användare, fattar beslut om lämpliga vårdgivare. För att använda en filosofisk metafor från 1800-talet förblir patienten som konsument i grund och botten ett fogligt objekt för vårdapparaten. I motsats till detta står patienten som beslutsfattande användare och därmed det aktiva subjektet inom vårdsystemet (Saltman och von Otter, 1989b).

Dessa åtskillnader återspeglar bedömningen att beslutsfattande befogenheter på administratörsnivå varken utmanas av patienterna eller delas med dem, när patienten betraktas som konsument. Tvärtom tillgriper administratörerna allehanda marknadsföringsknep som i första hand är avsedda att direkt öka deras egna vårdinrättingars marknadsandel. Winkler har beskrivit denna administrativa manipulation som en sammanhängande process i tre steg: a) kundrelationer, dvs artig uppmärksamhet från receptionisters och telefonisters sida osv b) neutralisering – att ta med en symbolisk representant för konsumenterna i olika vårdgivarkommittéer och c) marginalisering – man lägger vikt vid att få nöjda patienter inom ramen för den befintliga strukturen för resursfördelning. Inte ens patientförespråkare, antingen de består av formella rådgivande grupper som Community Health Councils i Storbritannien, av organiserade patient-

sammanslutningar eller av officiellt utnämnda patientrepresentanter (typ svensk ombudsman), lyckas bryta sig ur detta nät av manipulation. Ytterst är patienternas rätt att tala för sig själva avhängig av administratörens goda vilja, vilket enligt tidigare begreppsskala innebär *vädjan till allmän rättskänsla* snarare än något som ens tillnärmelsevis liknar *korrigerande makt*. Som den aktuella händelseutvecklingen i Storbritannien, Sverige och Finland överallt har visat kan till och med tillgripande av den yttersta advokatyren – att använda media för att publicera nedsvärtande berättelser om maktövertagande från sjukvårdens sida – avfärdas av administratörer och planerare som icke representativt. Det kan till och med tolkas som ett sätt för läkare att få mera resurser till sin egen verksamhet genom att peka på hur många patienter som far illa under väntetiden i operationsköerna.

Det tydligaste exemplet på att marknadsföringsåtgärderna manipulerar snarare än ger patienterna ökad makt kan ses i de enkäter som mäter hur nöjda patienterna är. I dessa enkäter ombeds patienterna att redogöra för sina intryck av de vårdtjänster de mottagit. Det finns dock inneboende strukturella problem med innehållet även i de bäst genomförda enkäter:

Få är de som orkar eller har självförtroende nog att tala för sig själva när de måste utnyttja vården. Vår brist på kunskap om kliniska frågeställningar gör att vi inte vågar bedöma vårdinsatserna. Vår tolkning av vården färgas efteråt av tacksamhet och kan nedvärderas som icke representativ eller beroende av omständigheter bundna till viss tid och plats (Parsons och Winkler, 1991, s 89).

Man glömmer ofta att tacksamhet är en felkälla i sådana enkäter. Som ett ytterlighetsfall kan man ibland jämföra patientens reaktioner efter avslutad behandling med den hos gisslan, som av psykologiska orsa-

ker ofta identifierar sig med sina fångvaktares behov och problem. Detta har kallats Stockholmssyndromet efter beteendet hos ett antal personer som hölls som gisslan under ett bankrån vid Norrmalmstorg i Stockholm tidigt på 1970-talet. Enligt denna analogi får man i typfallet goda resultat i enkäter om patienttillfredsställelse, eftersom patienten inte står ut med tanken att kritisera skickligheten eller de goda avsikterna hos de läkare och sköterskor han nyligen anförtrott sitt liv.

Viktigare är kanske ändå att resultaten av dessa enkäter – och det gäller för alla marknadsföringsinstrument – används godtyckligt av den administratör som beställt dem och helt utan insyn utifrån. Det finns inget i en enkät om patienttillfredsställelse som tvingar en administratör att beakta den eller som tvingar honom eller henne att formulera ett omedelbart eller adekvat svar. Det är inte svårt att tänka sig situationer där sådana enkäter blir föga mer än enkla marknadsföringsknep som övertygar patienterna om att deras kommentarer är viktiga, medan synpunkterna i själva verket inte alls eller i mycket ringa omfattning påverkar de beslut som fattas. Denna form av förmynderi från administratörernas sida skiljer sig radikalt från en vårdssituation där patienterna kan välja läkare och sjukhus, och där patienternas beslut kopplas till resursfördelningen på ett sådant sätt att administratören på sjukhuset eller vårdcentralen får se sin lön direkt påverkad av om patienten väljer att vända sig till någon annan vårdgivare (Saltman och von Otter, 1992).

Logiskt sett är det naturligt att administratörerna väljer att föra patienternas krav åt sidan hellre än att tvingas reagera på dem på sätt som kanske vore direkt plågsamma för dem organisatoriskt sett. I Storbritannien t ex har cheferna vid de enskilda sjukhusen och vårdcentralerna fått ökade befogenheter i samband

med att den nya marknadsmässiga kontraktsmodellen infördes i april 1991. Icke blott torde de av normala mänskliga skäl vara föga benägna att dela med sig av dessa nya befogenheter. Professionellt är deras egna karriärer dessutom bundna till kortsiktiga bedömningar av deras prestationer. Som följd av detta kommer sjukhuscheferna snarare att använda patienterna som prydnader för den egna organisationen än som något som påverkar viktiga delar av vårdutbudet.

Ett liknande resultat kan förväntas på distriktsnivå, men av helt andra skäl. Genom en oväntad omvändning av tidigare maktfördelning har distriktsadministratörer i Storbritannien plötsligt blivit väldigt angelägna om att tillfredsställa sina allmänpraktikers behov. Allmänpraktiker med totalbudget har nu åtminstone formellt möjlighet att lägga ut kontrakt på en avsevärd del av sina patienters slutenvård på annat håll än inom det egna distriktet. Dessutom har många allmänpraktiker, som för närvarande måste lita till distriktet för sin slutenvård, möjlighet att dra sig ur detta system och få tillgång till egen totalbudget. Distriktsadministratörerna har därigenom tvingats avstå en del av sina kontraktsskrivningsbefogenheter till allmänpraktikerna. Patienterna står naturligtvis fortfarande i stor utsträckning utanför beslutsfattandet, med undantag för när de hotar att byta allmänpraktiker vilket fortfarande är en komplicerad process.

I nuvarande beslutsfattarmiljö är det därför inte överraskande att hitta föga tilltro till och avsevärd pessimism rörande administratörernas villighet, för att inte säga förmåga, att dela med sig av den verkliga beslutsmakten till patienterna. Just denna kombination av administratörernas oinskränkta beslutsfattande och deras strävan efter att behålla kontrollen, får flera brittiska kommentatorer att misströsta om en verklig maktförskjutning till patienterna, försåvida den inte kommer till stånd genom vad som talande

beskrivs som "djärvhet från administratörernas sida" (Winkler, föredrag i Toledo, 1991). Med detta menar hon att vissa administratörer trotsar kollegornas gruppträck och sträcker ut handen till patienterna. Det är uppenbart att ett maktsystem som måste lita till djärvhet inte är någon ersättning för ett som litar till resurser styrda av oberoende instanser och som fördelar ansvaret så att var och en står till svars för egen del.

Resultatet av denna begreppsanalys är en sammansatt tvådelad bild. Först och främst kan begreppet patientmakt ses som ett kontinuum, där påtagligt varierande grader av patientinflytande på vårdapparaten betecknas som "patientmakt" av den ene eller andre deltagaren i den aktuella sjukvårdsdebatten. För det andra finns det en uppsättning betydligt mindre nyanserade tudelningar som särskiljer det som grovt sett kan kallas två världsbilder rörande patientval. Den ena uppfattningen ser patienten som en ekonomisk varelse i en konsumtionspräglad, affärsmässig modell; den andra föreställer sig patienten som en politisk varelse i en miljö som karakteriseras av användarintressen och demokratiska bevekelsegrunder. Samtidigt som dessa två världsbilder delvis går i varandra på en glidande skala, representerar de två grundläggande huvudalternativ av det som kan kallas ett "äkta" patientval. Under 1980-talet har synen på patienten som en ekonomisk konsument luftats utförligt på många internationella möten. I motsats därtill har tanken om patienten som en politisk eller demokratisk användare först helt nyligen börjat undersökas inom ramen för offentligt drivna hälso- och sjukvårdssystem (Saltman och von Otter, 1989b). Som en konsekvens av denna analytiska tudelning redogörs i nästa kapitel för de mekanismer som krävs för att ge patienterna mera makt inom ramen för den världsbild som ser patienten som en politisk eller demokratisk varelse.

4. Att uppnå patientmakt

Historien om hur patienterna inom offentliga sjukvårdssystem ska få mer att säga till om är på intet vis ett oskrivet blad. Styckevis har patienterna redan avsevärd praktisk erfarenhet av att utöva inflytande (och enstaka gånger kontroll) över logistiska och/eller behandlingsmässiga delfrågor inom den vård de mottar. Dessutom har tidigare erfarenheter klargjort vilka mål ett effektivt system för ökad patientmakt ska sträva efter att uppnå, och de typer av institutionell förnyelse som större makt skulle kräva. Detta kapitel kommer att granska var och en av dessa centrala aspekter i tur och ordning.

FIGUR 3 Patienttillfredsställelse kontra patientmakt

- Konsument kontra användare
- Objekt kontra subjekt
- Marknadsföring kontra beslutsfattande
- Enkäter om patienttillfredsställelse kontra patientval
- Administrativ förmyndaranda kontra administrativ lyhördhet

Patienternas möjligheter att välja

Uppgifterna som presenterades i kapitel 1 antyder att patienter inom offentligt styrda sjukvårdssystem hittills haft skiftande möjligheter att påverka och/eller styra sin medicinska behandling. I Storbritannien och Danmark har patienterna en viss logistisk valmöjlighet i så måtto att de kan påverka valet av allmänpraktiker. Under senare år har ett växande antal invånare i Sverige fått möjlighet att välja vårdcentral, och allt fler svenska och finländska patienter kan välja vilken läkare de vill hålla sig till inom vårdcentralen. På sjukhusnivå verkar det bara vara i Sverige som patienternas valmöjligheter ökar, låt vara att det bara gäller inom de landsting som inte infört kontraktbaserade reformer. I Storbritannien har denna typ av reformer avsevärt inskränkt patienternas valmöjligheter, och i Finland kommer Hiltunen-förändringarna sannolikt att få samma resultat.

Om man delar upp de för närvarande tillgängliga valmöjligheterna i logistisk och klinisk påverkan, pekar data från kapitel 1 sammantagna på att patienterna har visst logistiskt inflytande över valet av allmänpraktiker, avsevärt mindre över valet av sjukhus och föga om ens något inflytande över föreslagna behandlingsalternativ. Samtidigt som denna översikt i grova drag är korrekt är det viktigt att veta att det finns undantag. Det är särskilt vissa patientkategorier som har fått ökat inflytande över en blandning av logistiska och/eller kliniska aspekter på den behandling de får.

En grupp som i flera fall fått mer att säga till om är kvinnorna. Delvis som följd av styrkan hos kvinnorrörelsen rent allmänt, delvis som följd av de kliniska procedurernas särart, har kvinnor i flera länder tagit mer aktiv del i besluten om sin behandling. Frågan om bröstcancerbehandling illustrerar detta i flera viktiga avseenden. Efter påtryckningar från kvinnogrupp-

per t ex i Storbritannien, har många kirurger tvingats erbjuda kvinnor med diagnosen bröstcancer att välja mellan bröstbevarande kirurgi och att ta bort hela bröstet (*British Medical Journal*, 1988). På ett mer politiskt plan och som reaktion på en snabb ökning av antalet diagnostiserade bröstcancerfall, har kvinnogrupper framgångsrikt tvingat USA:s federala myndigheter att kraftigt utöka forskningen om bröstcancer, både ur förebyggande och botande synpunkt.

En liknande ökning av kvinnodeltagandet i det kliniska beslutsfattandet ses inom förlossningsvården. I många länder har kvinnor framgångsrikt arbetat för naturligare förlossningsformer, särskilt Lamaze- och ABC-metoderna, som i minimal omfattning litat till smärtstillande medel och narkos och som har lett till bättre hälsotillstånd hos både nyfödda och mödrar. Det mest bestickande exemplet på patientval inom förlossningsvården är dock resultaten från Stockholms läns landstings experiment med att låta blivande mödrar välja den BB-avdelning de vill föda vid.

Från och med januari 1988 kunde blivande mödrar efter artonde graviditetsveckan välja på vilken av åtta olika BB-avdelningar de helst ville föda sitt barn. Enligt uppgifter från den centrala bokningsenheten var det under 1988 och 1989 ungefär 15 procent av kvinnorna som valde ett annat sjukhus än det de tillhörde enligt de gamla upptagningsområdesbestämmelserna (Karolinska Sjukhuset, 1990). Som påpekats i kapitel 1 förstärktes varje kvinnas val av att den utvalda BB-avdelningen tilldelades budgetmedel motsvarande kostnaderna för en normalförlossning. Denna resursomfördelning påverkade inte läkar- eller personallönerna men väl respektive kliniks driftbudget. Resultaten av experimentet påverkade även läkarnas och sjukhusens beteende. Eftersom kvinnornas val direkt påverkade klinikernas budget fick deras ställningstagande omedelbara konsekvenser. Ett sjukhus som ha-

de förlorat patienter (Södertälje) åtog sig mot betalning laboratorieundersökningar från en annan BB-avdelning som var överbokad (Huddinge), men tvingades till slut stänga en BB-vårdavdelning. Ett annat sjukhus (Södersjukhuset) byggde om sina förlossningsrum så att de passade bättre för ABC-förlossningar. Till slut hade kvinnornas val av förlossningsavdelning, genomfört på en marknad med enhetspris, resulterat i förändringar av organisation och rutiner på nästan alla BB-avdelningar inom landstinget.

Graviditet har naturligtvis ett antal unika kliniska och sociala karakteristika. Det är ingen sjukdom. I normalfallet har patienten sju månader på sig att bestämma var hon vill föda. Det finns flera kliniskt godtagbara alternativ för förlossning, däribland (från minst till mest sjukvårdspåverkat) helt naturlig förlossning, naturlig med smärtstillande medel och vidare över ryggbedövning till narkos. Vidare är en gravid kvinna ofta del av en socialt stark grupp, där andra kvinnor i grannskapet och/eller hennes ålderskategori också är eller har varit i samma tillstånd, och därigenom finns det ett stort utbud av socialt stöd och ett informellt nätverk av information om speciella läkare, sjukhus och förlossningsalternativ. Tillståndets vanlighet och antalet alternativa tekniker för förlossning återspeglas i den rikhaltiga litteraturen om förlossning i form av böcker och tidskrifter som lätt kan inhandlas i affärer eller lånas på bibliotek.

Sammanfattningsvis är graviditet ett viktigt pilotfall för patientval genom tillståndets vanlighet, tillgången till alternativa behandlingsmöjligheter, förekomsten av utbredda stödjande och rådgivande nätverk och den lätthet med vilken man får tillgång till en rikhaltig litteratur om ämnet. De som vill ge patienter i allmänhet mer att säga till om gjorde klokt i att studera hur man gått till väga inom förlossningsvården. Av detta exempel skulle man kunna lära sig vilka mekanismer

som kunde användas av patienter med andra slags tillstånd.

Förutom exemplet med förlossningsvården ska noteras att kvinnorna spelar en avgörande roll i abortbeslut. Enligt en engelsk studie (Horne, 1984) hade tre fjärdedelar av kvinnor som slutligen gjorde abort bestämt sig redan då de första gången träffade en läkare. Som en intressant parallell till de kvinnor som slutför sina graviditeter litar även kvinnor som överväger abort i stor omfattning till sociala nätverk och jämnåriga i samma situation för råd och stöd (Higgins, 1988).

Det är lämpligt att här redogöra för ytterligare två exempel på patientval. Ett rör de patienter som väljer att söka sk alternativ medicin snarare än den traditionella skolmedicinen. I Tyskland t ex är det vanligt att patienterna reser till en kurort för behandling av sådana tillstånd som i andra länder skulle få patienterna att söka allehanda specialister (Aldridge, 1990). I Nederländerna har ett flertal alternativa behandlingsmetoder, inklusive akupunktur och holistisk medicin, dragit till sig patienter i avsevärd omfattning (de Roo, 1988). I båda fallen täcker sjukförsäkringen en del av kostnaderna för dessa behandlingar, vilket stärker patienternas möjligheter att välja både traditionella och icke-traditionella behandlingsformer. Vid en undersökning 1985 i Storbritannien (där få sådana behandlingar ersätts av NHS) fann man att alternativmedicin utnyttjades i stor omfattning. Man beräknade att de som praktiserade alternativ medicin hade ungefär 13 miljoner besök per år, och att det fanns ungefär 7 500 sådana vårdgivare i Storbritannien – nästan en tredjedel så många som antalet allmänpraktiserande läkare (Aldridge, 1990).

Ett annat exempel på patientval kommer från ett på förhand dömt experiment i USA rörande behandlingen av njursjukdom i slutstadierna (Bovbjerg et al, 1987). Dialys bekostas av Health Care Financing Ad-

ministration (HCFA) genom ett 1972 infört tillägg till det federala Medicare-systemet. För att försöka bryta de existerande sjukhusbaserade dialysenheternas grepp om marknaden, uppmuntrade finansären patienterna att välja billigare vårdgivare och/eller mindre intensivvårdskrävande (och därmed billigare) hemdialys. Patienterna lockades med kontantrabatter till dem som valde billigare vårdgivare eller behandlingsformer. Som förväntat var detta försök att ge patienterna mer makt i högsta grad kontroversiellt eftersom det inte bara innebar att pengarna följde patienten utan även lade till en knorr à la Enthoven genom att eventuella kontanta kostnadsminskningar skulle delas med patienten (Enthoven, 1980).

En fullständig analys av de problem som uppstår när man använder en liknande kontantåterbäringsmodell står att finna i kapitel 5, men det viktiga och centrala här med HCFA:s experiment var att makten att påverka behandlingsformerna åtminstone delvis framtogs njurmedicinerna och gavs till patienterna. Det ska också anmärkas att experimentets senare misslyckande mer berodde på de organisatoriska och praktiska problem som var förenade med kontantåterbäringen, än på någon principiell oro för patienternas förmåga att träffa ett lämpligt kliniskt val.

Ett fascinerande sätt för patienter att utöva inflytande över behandlingsmönster är ett system av interaktiva videoprogram som för närvarande utvecklas i USA av dr John Wennberg vid Dartmouth College (Faltermayer, 1988). Programmen är avsedda att spelas upp på läkarmottagningar. De låter en tilltänkt patient höra andra patienter med både lyckade och mindre lyckade resultat av vissa elektiva ingrepp, och de visar statistik som anger den allmänna sannolikheten att ett visst ingrepp ska lyckas. Programmet lotsar sedan patienten genom en serie frågor som är utformade för att hjälpa honom eller henne att besluta om

ingreppet i fråga ska utföras. När man provade det första programmet om prostataoperation valde 90 procent av de äldre patienterna alternativet "vänta och se" snarare än operation (Dentzer, 1991).

En intressant bieffekt av proceduren var att den gjorde det möjligt för patienterna att fatta ett viktigt livsstilsbeslut samtidigt som den medförde en högst påtaglig minskning av antalet dyra operationer och därmed av kostnaderna. Wennberg planerar att utveckla videoprogram för ytterligare tio sjukdomstillstånd och därigenom göra det möjligt för ett växande antal operationskandidater att ta del i den kliniska beslutsprocessen rörande deras egen behandling. Man kan tänka sig att systemet utvidgas till andra medier, och för svenska förhållanden kan man tänka sig andra ställen dit patienterna kan gå, t ex patientrådgivare och till och med studiecirkel.

Alla exemplen ovan – mödravård, abort, alternativmedicin, dialyskrävande njursjukdom och interaktiva videoprogram – rör patienternas inflytande över och deltagande i kliniska och logistiska beslut. Faktum är att när en viss specialist eller ett visst sjukhus förknippas med en särskild behandlingstyp, är det svårt att hålla den icke medicinska delen av diskussionen isär från den medicinska. Viktigare är dock att exemplen ovan antyder spännvidden på det engagemang patienterna kan tänkas få både för behandlingsmässiga och logistiska frågeställningar. Det är därför inte långsökt att antyda att de hinder som i avgörande grad avhåller sjukvårdssystemet från att ge patienterna makt över ett mycket bredare urval av aktiviteter, är organisatoriska och politiska snarare än strukturella eller behandlingsrelaterade.

Som stöd för denna slutsats kan nämnas att patienter med ett flertal andra sjukdomstillstånd i flera länder redan visat att de skulle vilja ha förmåga att påverka den behandling som väljs ut för dem. I Storbritan-

nien t ex blir det allt vanligare att mentalt alerta äldre patienter har synpunkter på sitt omhändertagande, både den rent medicinska delen och den delen av omsorgen som är knuten till boendeformen (Scrivens, 1988). Rakt till hjärtat talar en undersökning av terminalt sjuka cancerpatienter i Storbritannien, där man fann att icke mindre än 82 procent av dem skulle ha föredragit att avlida i sina egna hem (Townsend et al, 1990). I det senare fallet kom forskarna dessutom till slutsatsen att om patienten fått råda hade de totala kostnaderna för vården blivit betydligt lägre. Båda dessa exempel tjänar alltså till att understryka att många slags patienter kan och vill ha större inflytande och/eller kontroll över vad som händer med dem i vården. Som både fallen med prostataoperationer och terminalvård av cancerpatienter visar, kan patienternas val mycket väl sänka snarare än höja nuvarande kostnads- och vårdnivå.

En sista poäng rörande patienternas förmåga och vilja att välja inom offentliga sjukvårdssystem är så uppenbar att det är lätt att förbise den. I Storbritannien, Finland och i ökande utsträckning även i Sverige väljer ett litet men växande antal patienter att söka vård inom den privata sektorn. Det faktum att denna "privata" sektor i många fall består av offentligt anställda läkare som arbetar på sin lediga tid, eller att det i en del fall handlar om privata sängar på offentliga sjukhus, förändrar inte saken principiellt. Inför bristande lyhördhet i de offentliga vårdssystemen – framför allt vad gäller logistiska frågor som väntelistor och att hålla givna besökstider – har bokstavligen miljoner patienter i Nordeuropa fattat logistiska beslut som påverkar den vård de får. Det är då aningslöst att, som en krympande men fortfarande inflytelserik grupp av planerare och administratörer gör, hävda att patienter inte kan välja. Det rör sig alldeles klart om att finna sätt att inom ramen för det nuvarande

offentligt drivna systemet tillgodose patienternas krav på deltagande – åtminstone om jämlikhet och allmän tillgänglighet är viktiga frågor – på ett sådant sätt att patienterna inte känner sig tvungna att helt vända det offentliga systemet ryggen och därigenom kanske äventyrar dess överlevnad på lång sikt.

Modifierande faktorer

När man betraktar patientval och hur patienter ska få mer att säga till om, finner man att patientens villighet att utnyttja erbjudna valmöjligheter är en begränsande faktor. Samtidigt som denna begränsning är en naturlig beledsagare till varje ny frihet – att människor som får den kanske varken är förberedda för eller intresserade av att använda den – har det hittills inte forskats speciellt mycket om de faktorer som påverkar patienters villighet och/eller förmåga att välja i en särskild vårdssituation.

Begreppsmässigt kan man särskilja fyra huvudkategorier av modifierande faktorer. Som visas i figur 4 kan de uppdelas i primära och sekundära. De primära faktorerna avspeglar klart de typer av systemberoende möjligheter och/eller hinder som diskuterats i föregående avsnitt. Det är av avgörande betydelse för patienternas valmöjligheter om det finns något alternativ beträffande vårdstrukturen, t ex vad gäller vårdgivare eller vårdinrättning, och om alternativet finansieras på ett med andra vårdformer jämförligt sätt. Till denna kategori hör även uppdelningen mellan olika slags vård. Vad gäller akutvård, och då särskilt vård av akuta skadefall, har patienterna mycket färre valmöjligheter än vid elektiv vård, rehabilitering eller långtidsvård. Om det för en given åkomma bara finns ett accepterat behandlingsalternativ begränsas patien-

FIGUR 4 Faktorer som påverkar patienters beslutsfattande

I. Primära skillnader

- Sjukvårdens uppbyggnad
- Sjukvårdens finansiering
- Typ av vård (akut kontra elektiv)
- Antal accepterade behandlingsalternativ

II. Sekundära påverkande faktorer

A. Sociala faktorer

- Utbildning
- Yrke
- Socialgrupp
- Sociala nätverk
- Religiöst engagemang eller folkgruppstillhörighet

B. Psykologiska faktorer

- Mental inställning
- Barndomserfarenheter och vanor

C. Demografiska faktorer

- Landsbygd kontra stad
- Majoritet kontra minoritet (folkgrupps- eller rastillhörighet)
- Ålder
- Kön

tens val likaså till ett enkelt ja eller nej.

Den halva av figur 4 som beskriver sekundär påverkan är mera tacksam att studera. Dit hör de delar av en individs personlighet och/eller situation som förklarar hur personen kan förväntas reagera på möjligheter att påverka eller välja inom sjukvården. Som framgår av figur 4 kan dessa sekundära faktorer uppdelas i tre undergrupper: social, psykologisk och demografisk påverkan. De kommer att gås igenom kortfattat var och en.

Sociala faktorer

Till denna grupp har sammanförts ett antal skilda faktorer som i varierande grad undersökts forskningsmässigt. En individs utbildningsnivå eller yrke (dvs socialgrupp I till V) antas t ex ofta vara direkt korrelerad till hans förmåga och villighet att fatta beslut för egen del. Dessa två faktorer betraktas också som indikatorer på en persons förmåga att "ta sig fram i sjukvårdsapparaten" och/eller diskutera behandlingsalternativ med högutbildade läkare. Att lita till dessa två faktorer leder i praktiken till slutsatsen att välutbildade yrkesmän och -kvinnor à priori har lättare än samhällets mindre välsituerade att ta för sig bland valmöjligheter.

I motsats till detta finns det åtskilliga bevis från andra slags sociala hjälpinsatser som pekar på att de fattiga och/eller lågutbildade är precis lika villiga som de välsituerade och/eller högutbildade att tala för sig själva (Alinsky, 1957). Vid närmare granskning förefaller det som om den springande punkten inte är de mindre välsituerades vilja att förbättra sin situation, utan snarare makthavarnas och beslutsfattarnas ovilja att reagera välvilligt. Inom hälso- och sjukvårdsektorn tenderar särskilt läkare och politiker att tro mer på och/eller ta mer hänsyn till rikare patienters krav än

fattigas, och det finns anledning hänföra denna inställning till läkarnas och politikernas egen socialgruppstillhörighet. Många sämre ställda föräldrar är förvisso lika kompetenta som rikare att se om en läkare är omsorgsfull och engagerad när han undersöker deras barn. Enligt forskning som nyligen genomförts vid Harvard Medical School kan ungefär 90 procent av alla psykiskt sjuka patienter välja vårdgivare och plats för vården om de får tillfälle till det (B. Dickey, muntlig uppgift, 1990).

Kort sagt kanske "problemet med de fattiga" inte så mycket är att de inte vet vad de vill ha, utan snarare att de medelklassdominerade yrkesgrupper som styr beslutsfattandet inom vården är ovilliga att betrakta kraven som befogade. Socialgruppstillhörighetens påverkan på valmöjligheterna, och de minst välsituerades skenbara passivitet i vårdsituationen, skulle snarare kunna tolkas som en följd av tidigare avvisande attityd från en expertdominerad beslutsfattande organisations sida, än som brist på intresse för att delta.

En intressant sida av de enskildas intresse för och förmåga att välja eller påverka vården, har att göra med de sociala nätverk de tillhör. Sociala nätverk – band till andra människor via skilda informella organisationer – ger olika slags socialt stöd åt individen. Det sociala stödet i sin tur är en viktig faktor, inte bara för individens val och/eller inflytande inom sjukvårdssektorn, men även för hans eller hennes totala hälsostatus. Som exemplet med förlossningsvården i Stockholm visar kan ett starkt socialt nätverk och det stöd nätverket skapar verksamt bidra till den enskildes förmåga att bedöma sina valmöjligheter, fatta beslut och trotsa förhärskande uppfattningar. Å andra sidan är brist på socialt stöd förbundet med ökad risk för ett antal sjukliga tillstånd: för tidig död, intagning på vårdinrättning, fördröjt tillfrisknande från sjukdom och mental ohälsa (Bowling, 1991). Man vet

också att åldringar med goda sociala nätverk anlitar socialtjänsten i mindre omfattning (Bowling, 1991). Även om aktuell forskning endast antyder en ospecifik effekt av de sociala nätverken på utnyttjandet av hälso- och sjukvård, och inte alls har undersökt sambandet mellan sociala nätverk och patientval, pekar fallstudier på ett tydligt samband.

Ytterligare ledtrådar om den roll som sociala nätverk sannolikt spelar för patientvalet kan inhämtas från ett speciellt socialt nätverk, nämligen det att tillhöra ett religiöst samfund. I en färsk översikt av mer än 100 undersökningar publicerade i *Social Science and Medicine* återfanns samma mönster som för sociala nätverk i allmänhet, nämligen att samfundstillhörighet uppenbarligen påverkar hur mycket individerna utnyttjar sjukvårdsresurser (inte deras hälsotillstånd), men mekanismerna och/eller korrelationerna har ännu inte klarlagts (Schiller och Levin, 1988). Fastän det ännu saknas riktad forskning om det möjliga sambandet mellan samfundstillhörighet och patientval, finns det även på detta område isolerade iakttagelser som verkar stödja antagandet att det finns ett sådant samband. Särskilt i södra delen av USA (det s k bibelbältet) utövar protestantiska kyrkor av olika schatteringar ett stort inflytande på sina medlemmars beslut inom ett flertal områden av samhällslivet.

De lokala kyrkorna kan mycket väl vara medborgarnas mest utvecklade sociala nätverk och kan därför förväntas spela en avgörande roll vad gäller deras inställning till och utövande av sina valmöjligheter. Även om samfundstillhörighetens påverkan tonas ned i mer sekulariserade samhällen som det svenska, kan den religiösa övertygelsen fortfarande spela en viktig roll i beslutsfattandet hos den andel av medborgarna som fortfarande tar aktiv del i ett samfunds verksamhet. Den kanske också har betydelse för den del av den svenska invandrapopulationen som är muslimer.

Psykologiska faktorer

Jämsides med de sociala faktorerna skulle man också förvänta sig att psykologiska faktorer påverkar en individs inställning till att välja alternativ inom hälso- och sjukvården. Särskilt framträdande här är den mentala attityden, i synnerhet vederbörandes personliga välbefinnande och självkänsla.

En person som litar till sitt eget omdöme är mindre villig att utan ifrågasättande acceptera beslut fattade av andra, mer villig att ta upp frågor om vilka konsekvenser ett beslut kan få och vilka alternativ som finns, och till sist mer benägen att lita till sitt eget omdöme vad gäller det korrekta beslutet. I motsats till detta skulle känslomässigt osäkra individer, oavsett socialgrupps-tillhörighet, utbildning eller yrkesbakgrund, vara mer benägna att stödja sig på expertbeslut och mindre villiga att lita till sina egna instinkter och böjelser.

Som tillägg till denna analys av psykologiska faktorer ska det påpekas att en persons själsliga attityd grundläggs i barndomen och präglas av de erfarenheter och vanor som danar personligheten från spädbarnsåren och framåt. Med denna utgångspunkt är den utsträckning i vilken en individs psykologiska utrustning påverkar hans förmåga att välja lika svår om inte svårare att förändra, än många av de sociala faktorer som räknats upp ovan. Det kan därför vara nyttigt att hålla i minnet att de stödjande strukturer som ska uppmuntra individer att utnyttja valmöjligheter bör bestå av både psykologiska, sociologiska och informationsbärande komponenter.

Demografiska faktorer

Den tredje kategorin av faktorer som påverkar förmågan att välja utgörs av det jag kallar demografiska

faktorer. De är uttryck för grundläggande befolkningskarakteristika såsom ålder, folkgrupps- eller rastillhörighet samt skillnaden mellan lands- och stadsboende som uppenbarligen påverkar förmågan att välja. Mycket unga och somliga mycket gamla personer kanske inte klarar av vissa valsituationer. Patienter som bor på landsbygden får längre resväg om de ska uppsöka någon alternativ vårdgivare. Personer i folkgrupper eller rasgrupper som utgör en minoritet kan uppleva det som mer riskabelt och/eller obehagligt att byta vårdgivare eller göra anspråk på att få påverka vårdgivarens beslut. Personer från vissa minoritetsgrupper – t ex kvinnor från asiatiska kulturer – kan ha blivit uppfostrade att inte ställa krav på andra, särskilt inte på män eller myndighetspersoner.

Liksom i fallen med sociala och psykologiska faktorer kan de begränsningar som demografiska faktorer utgör vad gäller patienternas valmöjligheter påverkas med lämpliga åtgärder. Mycket unga eller gamla patienter kan få stöd av en släkting eller granne. Medlemmar av minoritetsgrupper av olika slag kan få hjälp av utbildade representanter för sina respektive grupper eller kanske av någon socialarbetare. De som bor på landsbygden kan få hjälp med transporter och/eller information om alternativa vårdmöjligheter. Det kan i praktiken komma att visa sig att de demografiska faktorerna, som verkar vara de mest låsta, är lättare att åtgärda än till synes mindre påtagliga sociala och psykologiska faktorer.

Patienternas preferenser

Vid granskning av det som talar för att patientval är ett livskraftigt alternativ är den kanske viktigaste synpunkten den att patienterna *föredrar* att kunna välja. Hur mycket val, på vilken nivå och i vilken utsträck-

ning kan mycket väl vara underordnat patienternas enkla önskan att ha inflytande på själva processen. Logiskt sett behövs det bara två goda alternativ för att få en valmöjlighet. Erfarenheter från detaljhandelns marknadsföringsstrategier antyder dessutom att redan en eller några procents förändring av stödet från kundkretsen, kan utöva en påtaglig inverkan på en leverantörs finansiella situation. Det räcker således med att endast ett fåtal patienter gör ett aktivt ställningstagande, för att vårdgivarens förväntningar ska påverkas på ett sätt som kommer alla patienter till godo, antingen de tänker byta vårdgivare eller inte.

Dessutom föredrar patienter att välja rätt. Forskning rörande behandlingsresultat i USA visar att patienterna oftare väljer sjukhus vars resultat var bättre än förväntat och/eller låg i anslutning till medicinsk utbildning och forskning (Luft et al, 1990). Även om systematisk information om behandlingsresultat inte är tillgänglig förefaller det som om patienter som kan välja vårdgivare vänder sig till en vårdinrättning med högre kvalitet.

En viktig observation är att modern medicinsk behandling ofta berör den personliga livsstilen lika mycket som rent medicinska aspekter. Exempelen rörande prostataoperation, bröstcancerbehandling och förlösningssvård berör personliga preferenser om behandlingsalternativ och/eller hur man vill utforma sitt liv. Som följd av detta ökar patienternas påtryckningar att tillsammans med läkaren få delta i behandlingsbesluten i icke akuta situationer.

Man ska vidare lägga märke till att det kan vara lika viktigt att uppfatta sig ha valmöjlighet som att i verkligheten ha det (Casten von Otter, muntlig uppgift, 1991). Om en patient känner att han eller hon bidrog till valet av vårdinrättning och vårdgivare, eller påverkade valet av behandlingsmetod, är det inte bara mer troligt att patienten blir nöjd med resultatet, utan –

vilket är viktigt i behandlingssituationen – även att han följer läkarens föreskrifter rörande behandling och medicinering mer noggrant. Detta är inget argument för falsk marknadsföring av val som sådant, utan snarare ett konstaterande av att det är viktigt att uppleva sig ha en valmöjlighet. Rabbi Julia Neuberger, en brittisk patientombudsman, har koncist formulerat patienternas önskan om valmöjligheter. Sitt bidrag till en samlingsvolym som kritiserade bristen på betoning av patientval inom den pågående brittiska sjukvårdsreformen, sammanfattade hon som följer:

(Patienterna) skulle allra helst vilja ha ett system som verkligen tog hänsyn till de val de själva gjorde, som gjorde det lättare och mindre nedvärderande för den läkare som yttrat den första åsikten att få till stånd en andra bedömning, som gjorde att man automatiskt blev inlagd på det sjukhus man föredrog om det fanns plats där och som tagit till sig tanken att patienter och läkare måste samarbeta ärligt för att komma fram till vad som är bäst för patienten (D. Green et al, 1990, s 24).

Mål för effektivt patientinflytande

Efter att ha gått igenom vad som för närvarande talar för patienternas intresse av och förmåga att fatta beslut som har med deras vård att göra, och sedan granskat de nyckelfaktorer som förefaller modifiera och/eller sätta gräns för intresset och förmågan, kan man sammanfatta vilka målen för en ökad patientmakt skulle kunna vara. Exakt vad skulle uppnås om patienterna fick mer att säga till om? På vad sätt skulle ett väl upplagt program för patientinflytande kunna

bidra till förbättring av hälso- och sjukvårdens och välfärdsstatens struktur?

Målen för ökat patientinflytande innefattar en lång rad förändringar av vårdsystemets uppbyggnad, utformning och arbetsresultat. På den mest påtagliga nivån borde patientinflytandet medföra en synlig förbättring av patientens situation inom den praktiska vården. Förbättringar borde ske med avseende på logistiska frågor – t ex kortare köer, fler tidbokade läkarbesök och större lyhördhet för patienternas önskemål om information och utbildning. Det finns även plats för patienterna i det kliniska beslutsfattandet, dvs att de där det är lämpligt direkt deltar i beslut om elektiv vård, rehabilitering och långtidsvård.

FIGUR 5 Mål för patientinflytande

- Minskning av logistiska hinder (köer etc)
- Inflytande på behandlingsbeslut
- Inflytande över budgetallokering
- Förbättring av vårdens kvalitet
- Direkt medbestämmanderätt i konsumtionen av välfärdstjänster ("processdemokrati")
- Direkt politiskt ansvarsutkrävande av vårdgivarna
- Utbildning för att kunna välja och vara självständig
- Legitimering av beslutsfattandet inom hälso- och sjukvårdssystemet
- "Civic republicanism" och medborgarplikt

Något som måste åtfölja dessa direkta effekter på vårdutbudet är ökat patientinflytande över budgetallokeringen. Till största delen tilldelas medel inom offent-

ligt drivna sjukvårdssystem genom en hierarkisk process som i huvudsak inriktas på förändringar i förhållande till tidigare budget. För att patienterna ska kunna utöva ökat logistiskt och kliniskt inflytande, måste dock deras beslut vara direkt knutna till den kortsiktiga budgeteringsmekanismen – det måste vara patienternas val som styr vart pengarna ska gå (von Otter och Saltman, 1990). Ett centralt mål för ökat patientinflytande inom offentligt drivna sjukvårdssystem är alltså att omstrukturera budgeteringssystemet, så att det är patienterna och inte vårdgivare eller administratörer som fattar det grundläggande resursfördelningsbeslutet.

Detta reformerade budgeteringssystem kräver naturligtvis på intet vis att vården måste bli helt prestationsersatt, ej heller att de politiskt ansvariga myndigheterna upphör att sätta en övre begränsning för kostnaderna. Erfarenheterna från USA i form av galopperande sjukvårdskostnader, överinvesteringar i dyra medicinska anläggningar och överbehandling av många sjukdomstillstånd, illustrerar de ödeläggande konsekvenserna av att tillåta prestationsersatt sjukvård att ta överhanden, antingen det utspelar sig på primärvårds- eller sjukhusnivå. Det som däremot krävs är att patienters val får ersätta en stor del av nuvarande toppstyrda och orderbetonade procedur när det gäller att fördela hälso- och sjukvårdsresurserna inom fastlagda ekonomiska ramar.

Parallellt med en förbättrad situation kliniskt och logistiskt förbättras vårdens kvalitet. Allmänt sett är kvaliteten i och för sig hög på vården inom offentliga sjukvårdssystem. Inom ett område kan dock säkert förbättringar uppnås, och det rör likvärdiga behandlingsresultat – att se till att patienter på mindre och/eller glesbygdslokaliserade inrättningar får vård av samma standard som vid större sjukhus och att jämförbara behandlingsresultat därmed kan uppnås. I

USA har undersökningar av behandlingsresultat visat att de ofta varierar flerfaldt beroende på vilken läkare eller sjukvårdsinrättning man bedömt. Ytterligare förbättringar är viktiga inom sådana områden som kontinuitet i vården (relationerna mellan sjukhus, primärvård och socialtjänst) och den professionella personalens lyhördhet för patienternas önskemål och problem.

På alla dessa områden kan ökad patientmedverkan vid valet av vårdgivare och den åtföljande budgetallokeringen ha en hälsosam inverkan. Samtidigt som patienterna naturligtvis inte är kapabla att bedöma tekniska aspekter på vården, är de fullt kompetenta att göra skarpsinniga bedömningar av många behandlingsresultat och om de procedurer som använts för att nå fram till dem. Vad gäller frågor som har att göra med valmöjligheter inom rehabilitering, kroniska tillstånd, sjukhemsvård för äldre och även elektiva ingrepp omkring vilka patienten kan diskutera med hjälp av t ex videoprogram, är det troligt att patienternas huvudsakliga önskemål rör kvaliteten på den tillgängliga vården och sannolikheten att uppnå bästa möjliga resultat. Denna betoning av kvalitet från bemyndigade patienters sida kontrasterar märkbart med den tyngd som administratörer i ett kontraktbaserat reformsystem sannolikt skulle lägga på kostnadsaspekten (Saltman och von Otter, 1989a).

De återstående fem punkterna på listan över patientmakt i figur 5 koncentrerar sig på frågor som rör politik och utbildning. Politiskt sett kan ökade befogenheter för patienterna förväntas få återverkan på åtminstone fyra områden. För det första innebär ökade möjligheter till val och inflytande att patienterna får direkt medbestämmanderätt i en av de viktigaste boenderelaterade tjänster de åtnjuter i ett modernt samhälle (två andra är utbildning och barnomsorg). Denna konsekvens är en del av en större fråga som handlar om välfärdsstatens behov av att gå vidare från

formell demokrati till styrformer som mer påminner om processdemokrati (Saltman och von Otter, 1989b). Om medborgarna åtminstone till del har direkt inflytande på livets politiska, ekonomiska och socialförsäkringsmässiga aspekter, antyder den demokratiska teorins logik att de även borde ha motsvarande grad av inflytande över centrala välfärdstjänster som staten tillhandahåller – bl a sjukvård och utbildning. Patienternas val av vårdgivare och plats för vården liksom inflytande över behandlingsbeslut, när det är bundet till budgetallokeringen, ökar helt säkert medborgarnas direkta deltagande i styrandet av vad som alldeles uppenbart är deras eget hälso- och sjukvårdssystem.

Den andra politiska faktorn har att göra med möjligheten att utkräva ansvar av vårdgivarna. I den tidigare "kommando-och-kontroll"-modellen var läkarna och sjuksköterskorna inte ansvariga inför patienterna utan inför de valda myndigheter som administrerade sjukvården, antingen det var på nationell (Storbritannien), regional (Sverige, Danmark) eller kommunal nivå (Finland). Så snart patientvalet etablerats – och förstärkts av en budgetmekanism – blir vårdgivarna också direkt ansvariga inför de patienter de betjänar. Detta innebär inget argument för att läkarna plötsligt ska bli underordnade patienterna, lika litet som de tidigare varit underordnade politiker och administratörer. Möjligheten till producentövertag kommer tvärtom att finnas som tidigare. Ett ökat inflytande för patienternas del kommer dock att innebära en förflyttning av åtminstone viss beslutanderätt från politiker till enskilda medborgare, och i den egenskapen har de möjlighet att påverka balansen i beslutsfattandet i positiv riktning.

Ett tredje politiskt resultat av patientbemyndigande rör vårdsystemets legitimitet allmänt sett. En viktig komponent i medborgarnas villighet att på lång sikt betala för offentligt drivna sjukvårdssystem, är kän-

lan av att systemets övergripande mål och uppbyggnad är politiskt rimliga och allmänt sett acceptabla för befolkningen som helhet. Ett sjukvårdssystem som är förankrat hos befolkningen har möjlighet att utsätta delar av systemet – särskilt patienter och vårdgivare – för förändringar och/eller uppoffringar i syfte att uppnå fördelar för systemet som helhet. Om medborgarna känner att de har direkt inflytande över besluten inom systemet, särskilt vad gäller den direkta vården, är det troligare att de betraktar hela sjukvårdssektorn som politiskt legitim och därmed förtjänt av deras långsiktiga stöd.

För det fjärde och sista kan patientbemyndigande, som påpekats ovan, förstärka medborgarplikt och "civic republicanism". Med lämplig utformning kan patientval övervinna den possessiva individualismens centrifugala tendenser genom att få medborgarna att inse att deras deltagande och beslut kan bygga upp en ny offentlig "allmänning", som utökar snarare än minskar valmöjligheterna för deras medbröder. Sett som en plikt snarare än som en personlig favör kan patientbemyndigande ge den politiska rekonstruktionen av det postindustriella samhället en ny dimension av demokratiskt deltagande.

Dessa fyra resultat av patientbemyndigande – direkt medbestämmande, politisk ansvarighet, systemlegitimering och "civic republicanism" – pekar sammantaget på de vittgående politiska konsekvenser patientval kan medföra. Patientval har en påtagligt politisk dimension som både förespråkare och belackare bör hålla i minnet och som går mycket längre än effekterna på detaljer i vården (dvs logistiska, kliniska och vårdkvalitetsaspekter).

Vägen till ett väl utformat program för patientbemyndigande går över medborgarutbildning. I många avseenden innebär detta begrepp att de andra resultaten på listan över patientval översätts till en inlär-

ningsprocess. Man lär sig att välja vårdgivare, att delta politiskt osv. Fördelarna med ett patientvalsprogram ligger till stor del i utbildning, och denna del är i viss mening mer djupgående och i längden varaktigare. För att återgå till temat "civic republicanism" bör man inte underskatta betydelsen av att det finns utbildade medborgare som kan delta i det politiska beslutsfattandet när det gäller att vidmakthålla och för framtiden garantera ett starkt och stabilt demokratiskt styrelseskick.

Nödvärdigt stöd för patienters val

För att patientbemyndigande ska bli meningsfullt måste processen understödjas av korrekt och tillräcklig information. Patientmakt liksom vilken annan form av beslutsfattande makt som helst, kan bara utövas i den utsträckning tillgänglig information gör det möjligt att göra välgrundade bedömningar. På detta område har offentligt drivna hälso- och sjukvårdssystem i likhet med sjukvårdssystem i allmänhet nästan inte gjort några märkbara ansträngningar.

Två liknelser som Winkler använt är särskilt talande. En rör möjligheten att i dagsläget få tag i relevant information. P.C. Jersild skrev nyligen att människor som vill ha valfrihet i sjukvården tydligen tillbringat en hel del tid med att välja från restaurangmenyer ("Sjukvård à la carte," Dagens Nyheter, 26 januari 1992). I ett inlägg mot det tidigare plansystemets försvarare, t ex Jersild, påpekar Winkler att "det är avsevärt mycket viktigare att välja allmänpraktiker än att välja restaurang, men i det första fallet har vi mindre information att stödja vårt val på" (Winkler, 1990). Det ironiska faktum att man vet långt mer om vad man väljer att äta till middag än om de läkares kvalifi-

kationer, behandlingsfilosofier och resultat i vars händer man till slut (på sjukhusnivå) lägger sitt liv, ställer det enkelriktade informationsflödet mellan patient och läkare i blyxtbelysning.

Den andra liknelsen Winkler använder är väl så klargörande som den är beskrivande. I ett tal i Toledo i Spanien påpekade hon att samma administratörer som spenderade "jättebelopp" på utvecklingen av sofistikerade informationssystem för eget bruk, sedan hävdade att det var alldeles för dyrt att lägga ut mer än en spottstyver på att utveckla informationssystem som skulle gagna patienterna (Winkler, föredrag i Toledo, 13 juni 1991). Denna andra motsägelse bekräftar en intressant omvändning av det gamla politiska uttrycket att "information är makt". I fallet hälso- och sjukvård gäller motsatsen: det är graden av makt som ger tillgång till information. Naturligtvis kan denna omkastning av den normala relationen vara ett uttryck för de unika omständigheterna i offentligt driven sjukvård, där det från alla håll – vårdgivare, administratörer och patienter – ropas efter information i en tid då de totala resurserna är kraftigt begränsade. Detta att information är ett uttryck för makt är icke desto mindre en beskrivning av administratörernas roll gentemot patienterna i de nya kontraktbaserade reformerna i Storbritannien. Som Winkler välformulerat sammanfattade saken "...borde ansvaret inför patienterna vara åtminstone lika viktigt som det finansiella" (Winkler, 1989).

Sammantagna sätter dessa två liknelser strålkastarljuset rakt på patienternas ("brukarnas" med hennes terminologi) behov av att ha adekvat information till grund för beslut om var de vill söka vård och hos vem. När de offentliga systemen ska anta den utmaning för en mängd hälso- och sjukvårdstjänster som Stockholmsexperimentet inom förlossningsvården illustrerar, behöver de vidta stora förändringar både

vad gäller innehållet i tillgänglig information och det sätt på vilket den ska spridas.

Vad gäller innehållet består adekvat patientinformation – liksom patientval allmänt – av två delar: en logistisk och en klinisk. Även om svaren på många delfrågor ter sig uppenbara ger de tillsammans patienten den kunskap han behöver för att börja välja och/eller utöva påverkan med något mått av framgång. Tyngdpunkten måste dessutom ligga på att ge patienterna fakta, inte på att producera dyrbara broschyrer som i Storbritannien "alltför ofta tas fram i syfte att skapa medgörliga snarare än informerade patienter" (Winkler, 1990). Vad gäller den logistiska informationen bör ett lämpligt informationssystem innehålla allt som behövs för att bedöma väntetider till namngivna specialister och sjukhus. Det bör även framgå hur lång väntetiden till undersökningen är förutom väntetiden till operation när sådan bestämts.

Det är värt att lägga märke till att det redan finns listor inom flera offentligt drivna sjukvårdssystem. I Storbritannien har hälsovårdsministeriet följt väntelistorna i flera år, delvis för att kunna peka på den förbättring man förväntade sig vid införandet av de nya kontraktbaserade reformerna. Dessa listor har blivit föremål för regelbundna kommentarer i brittisk press, t ex under våren 1991 när *The Guardian* rapporterade att väntelistorna enbart för England snabbt närmade sig det miljontak som ministrarna fastlagt som en politisk flampunkt (*Guardian Weekly*, mars 1991). I Sverige gicks väntelistorna första gången igenom för socialdepartementets räkning i en rapport som kom ut i mars 1988 (Socialstyrelsen, 1988), och väntelistornas längd har sedan diskuterats med jämna mellanrum i hälso- och sjukvårdsorgan såsom *Lands-tingsvärlden*. Det skulle inte kosta någon övermänsklig ansträngning att ta de nuvarande listorna, som togs fram för politiska ändamål, och förvandla dem till

färsk information som kunde ställas till medborgarnas förfogande. En sådan åtgärd har redan föreslagits i Malmöhus läns landsting.

En ytterligare, kanske inte så lätt tillgodosedd del av en väl sammansatt patientinformation, är att ge tydliga beskrivningar av allmänläkare och specialister. Medan en del av denna information finns i administrativa arkiv (en läkares ålder, kön, utbildning, arbetslivserfarenhet och medlemskap i specialistföreningar) skulle andra delar få letas fram på nytt, antingen från läkaren själv (områden han är särskilt intresserad av eller forskar inom) eller vaskas fram ur närliggande uppgifter (antal patienter på en allmänläkares lista). Patienterna behöver naturligtvis båda typerna av logistisk information för att kunna utöva sitt val: de behöver både veta vem vårdgivaren är och hur lång tid det tar innan de kommer till honom.

Förutom logistisk information behöver patienterna också en avsevärd mängd klinisk information. På den punkten kommer informationsinnehållet att bli avsevärt svårare och dyrare att sammanställa. Idealt skulle patienterna ha tillgång till relevanta resultatdata. Vad resultat betyder är naturligtvis mycket olika i skilda sammanhang. Det innebär i typfallet inte resultatet på lång sikt uttryckt i hälsotillståndet. Som inom det snabbt växande området "resultatforskning" i USA innehåller den kliniska informationen i stället i stor utsträckning data om intermediära produkter (dvs femårsläkning vid kemoterapi, ettårsresultat vid höftproteskirurgi osv).

Klinisk information innefattar även patienternas rätt och förväntan att få höra ytterligare en åsikt innan de ger sig in på ett elektivt ingrepp. Samtidigt som detta blivit tämligen vanligt i USA har skälen lika mycket varit den tredje partens, den privata betalarens, önskan att undvika onödiga utgifter, som det har varit patienternas önskan att bli förvissade om att

ett visst ingrepp verkligen är nödvändigt och/eller det rätta att företa. Vad gäller patientbemyndigandet kan alltså införandet av ett system med en andra åsikt för att minska antalet onödiga åtgärder gagna betalaren också, även om kravet inte kommer från honom utan från patienten.

En tredje typ av klinisk information som skulle kunna förbättra patienternas förmåga att välja är bunden till uppgifter om enskilda ingrepp av den typ som John Wennbergs interaktiva videoprogram representerar. Den sortens information måste dock tas fram inom ramen för målinriktade forskningsprojekt och bör sannolikt endast göras tillgänglig för patienten i samband med besök hos den specialist som i så fall skulle utföra ingreppet. Här närmar man sig det slutliga partnerskapet mellan patient och läkare, där båda deltagarna i det kliniska beslutsfattandet gemensamt anträder den väg som leder till ett beslut (Winkler, 1990).

Sedan man bestämt sig för vilken nivå en adekvat patientinformations logistiska och kliniska innehåll ska ligga på, blir det möjligt att ta ställning till hur informationen ska spridas till patienterna. Tankarna här återspeglar ånyo en blandning av det som kommit fram ur experimentet med förlossningsvården i Stockholm och ropen på förändring i Storbritannien. Som tidigare är det inte idéernas bedövande briljans utan snarare deras sammantagna effekt som ger dem ett värde.

För att information ska göra nytta måste den vara tillgänglig. Information till patienter bör spridas till en rad offentliga byggnader där patienter, även de gamla, brukar röra sig, däribland distriktsläkarmottagningar, andra läkarmottagningar och bibliotek. Informationen ska föras ut på flera sätt: för väntelistor kan man tänka sig aktuella datautskrifter av väntetider och för läkare och sjukhus kan broschyrer vara en lämplig form.

Vem som ska producera och/eller värdera information om kliniska frågor är man något oense om. Vissa kommentatorer i Storbritannien tror efter att i årtal ha närt misstankar om politisk manipulation av statistik, att inte någon del av denna information ska genereras av sjukvården själv – "inte av någon som har egenintressen i sjukvården" (Winkler, 1990, s 15). Denna strävan förstärks av en önskan att skilja konsumentinformation från egennytta av att annonsera för sjukvården sedan reformer genomförts, och har lett till begäran om att en självständig organisation ska ta fram de nödvändiga uppgifterna. Winkler föreslår att en "sjukvårdens användarbyrå" inrättas för att utföra detta (Winkler, 1989). För att bli effektiv måste denna byrå utrustas med "rättigheter och resurser". Den skulle producera oberoende information och bedömningar utanför sjukvårdens egen struktur, och den skulle "granska vårdprogram och följa upp vårdrutiner". Den skulle antingen utnämnas (som nuvarande Community Health Councils i Storbritannien) eller bestå av direkt valda medlemmar, och den skulle finansieras av sjukvården. Målet skulle med en lustig formulering vara att skapa en "motbyråkrati" mot National Health Service (Winkler, 1988).

Tanken att sätta upp en sjukvårdens användarbyrå har vissa tilltalande drag. Den vore ett sätt att systematiskt ta fram och bedöma den logistiska och kliniska information som skulle hjälpa patienterna att välja och påverka behandlingsmönster. I den bemärkelsen skulle dess mandat vara att rätta upp den skevhet i informationsflödet till läkarens fördel som för närvarande råder (von Otter och Saltman, 1991). Medan patienterna skulle behålla rätten att använda den information som tas fram, skulle de inte längre vara så beroende av vårdgivare och administratörer för att få de uppgifter de behöver för att tillvarata sina intressen.

En användarbyrå ger dock inte i sig någon makt till patienterna. I många avseenden för en sådan nyskapad byrå bara principen patientförespråkare (ombudsman eller Community Health Council) till sin logiska ytterlighet. Om inte patienterna får möjlighet att välja och om inte pengarna följer valet bidrar sannolikt inte informationen i sig till att den nuvarande fördelningen av bestämmanderätten inom vården förändras.

Dessutom ter det sig som onödigt dubbelarbete att ta fram uppgifter som redan finns inom vårdens driftstatistik. Det kanske är effektivare att lita till en homogen grundstatistik från vårdgivarna och överlåta bedömningen av uppgifterna till akademiska forskare och en ny medborgardominerad byrå. Det skulle sannolikt krävas ny lagstiftning för att tillse att statistik från vården samlas in likformigt och att uppgifterna adekvat återspeglar verkligheten.

I detta sammanhang kan det vara nyttigt att se på de experiment med val av skola som pågår både i Storbritannien och i flera delstater i USA. Val av skola är också en del av president Bushs totala skolprogram, "Utbildning 2000". Både hälso- och sjukvård i Nordeuropa och val av skola i USA innebär val inom den offentliga sektorn, val där skattepengarna följer individen. Inom skolan väljer föräldrarna för de studerande, men inom sjukvården gäller förmyndarprincipen bara för barn och vissa åldringar. Det offentliga skolsystemet har dessutom ofta prestigeskolor dit de mest begåvade barnen handplockas för att hålla dem kvar i den offentliga skolan (Georgia) eller för att ge dem bättre utbildning (Boston Latin School, New York School of Music and Art). Skillnaderna består i att vård för det mesta är episodisk (med undantag för långvård), i motsats till skolan som är långsiktig och där varje års resultat läggs till de föregående.

Erfarenheter från Cambridge, Massachusetts, är

särskilt intressanta. I denna arbetardominerade stad med en minoritet av intellektuell befolkning har val av skola funnits i ett antal år och fungerar tämligen bra. Staden har inrättat ett centralt kontor dit föräldrar kan gå, få information om lärare och utbildningsprogram och sedan välja första, andra och tredje alternativ (Chubb och Moe, 1990). Skolval håller också på att införas i hela delstaten Minnesota. De centrala frågor som framkommer vid val av skola är desamma som man kan förvänta sig rörande val inom sjukvården: 1) tillräcklig information till medborgarna 2) tillräckliga och jämlika transportmöjligheter samt 3) oro för att mindre aktiva föräldrar eller patienter, särskilt de fattiga, blir kvar på inrättningar av lägre standard.

Det förtjänar nämnas vad som skiljer dessa skolvalsprogram i USA från val inom europeiska offentligt drivna sjukvårdssystem. För det första är pengarna i många av dessa skolvalsprogram inte bundna till föräldrabeluten. Till följd av detta går skolor och lärare som tappar elever varken miste om budget- eller löne-medel (denna typ av koppling skulle utlösa opposition från dem som oroar sig för konsekvenserna för dem som inte kan eller vill lämna en "dålig" skola). Å andra sidan har skolor eller lärare (åtminstone i den amerikanska versionen) föga nytta av att dra till sig fler elever. Det förekommer små extraanslag och i vissa fall utmärkelser till förtjänta lärare. Slutligen, och i direkt motsats till sjukvårdsreformerna i Storbritannien, förekommer det absolut inte att studenter systematiskt auktioneras ut en gros till privata anbudsgivare, för att uppnå det Enthoven kallade "en god affär" (Enthoven, 1985). Vid granskning av resultaten av de amerikanska skolvalsförsöken finner man att de gett blandade resultat, men även att de använt sig av mycket snäva valmöjligheter som inte understötts av någon reformerad resursfördelningsmekanism. Förutom de slutsatser man kan dra om information,

transporter och om hur de sämre ställda överges, verkar erfarenheterna från USA således betona behovet av att koppla budgeten till det val som görs.

I Storbritannien verkar valet av skola vara annorlunda konstruerat. Det innebär inte att föräldrarna kan välja att sätta sitt barn i en annan skola, utan fastmer att skolan själv kan välja att ställa sig utanför den lokala skolmyndighetens kontroll. Avsikten med den engelska modellen är att ge ambitiösa rektorer och dessas lärarkårer möjligheten att undandra sig det som regeringen betraktar som de lokala skolmyndigheternas rigida regelsystem. Denna utträdesmöjlighet är ett uttryck för det konservativa partiets ringaktning av lokalt självstyre i allmänhet och labourkontrollerat lokalstyre i synnerhet. De skolor som valt att utträda ur systemet får sina pengar direkt från regeringen i form av anslag, vilket fått några kritiker att hävda att dessa skolor fått mer än sina rättmätiga anslag som ett sätt att se till att experimentet lyckas.

I praktiken intar de självständiga skolorna en ställning som mycket påminner om de sjukhus i Storbritannien som organiserats som "självstyrande stiftelser", dvs de (i april 1992) 156 sjukhus som fått tillstånd att undandra sig distriktsadministrationens kontroll och sköta sig själva. Det är intressant att konstatera att det vid det engelska valet av skola och sjukhus varken är den individuella medborgaren, antingen denne är elev eller patient, som får välja eller dra den största nyttan av valet. Inom det brittiska skolvalsprogrammet (liksom för sjukhusen inom National Health Service) är det skolan som väljer, inte eleven.

Det viktigaste man kan lära sig av val inom skolan för att sedan anbringa på val inom sjukvården skulle vara följande: För det första är korrekt och lämplig information nödvändig för att förvandla en formell valmöjlighet till en reell sådan. För det andra behöver de som inte kan tala för sig själva (barn, mentalt han-

dikappade vuxna och åldringar) släktingar eller grannar som kan tillvarata deras intressen.* För det tredje kommer det att krävas speciellt stöd från offentliga myndigheter för att bidra till resekostnader för de mindre bemedlade, och för att garantera kvaliteten på tjänsterna inom de institutioner där de som inte kan eller vill gå någon annanstans blir kvar. För det fjärde och sista är val utan budgetkoppling sannolikt mindre effektivt och kan kanske inte vidmakthållas i längden.

* Lägg märke till att detta föga liknar Enthovens begrepp korporativ eller offentlig "sponsor" i nyare versioner av hans plan för konsumentval inom sjukvården (Enthoven, 1986).

5. *Vårdpolitiska lärdomar*

Att genomföra patientvalsprogram inom offentligt drivna hälso- och sjukvårdssystem ter sig på 1990-talet som en i huvudsak ny och oprövad politisk uppgift. I vissa nordeuropeiska länder (framför allt Storbritannien och Danmark där allmänpraktiker arbetar privat och inte är offentliganställda) har man sedan någon tid tillåtit val av allmänläkare. De valmöjligheter som för närvarande övervägs inom de skattefinansierade systemen är emellertid något helt nytt. I kapitel 2 och 3 ovan har patientvalets innebörd och tänkbara fördelar beskrivits. Denna sista del av rapporten kommer att gå igenom de enskilda politiska mekanismer som kan väljas för att genomföra patientval och de positiva och negativa följder som en tillämpning av dessa mekanismer skulle kunna få inom den nuvarande svenska hälso- och sjukvården.

Att fastlägga de nya vårdpolitiska målen

Beslutsfattarna inom hälso- och sjukvården har ännu inte insett i vilken utsträckning målen för verksamheten måste formuleras om för att inrymma ökat patientinflytande. Inom offentligt drivna hälso- och sjukvårdssystem måste en lång tradition av paternalistisk planering som uteslöt individuell bedömning

brytas, om patienterna i verkligheten ska kunna utöva "korrigerande makt" – dvs makt som motverkar just de planerare och politiker som måste anamma de nya tankarna; makt som korrigerar de vårdgivare som fortsätter att dominera huvuddelen, om inte allt, beslutsfattande inom vården (Young och Saltman, 1985).

De enskilda politiska mål som ska formuleras följer direkt av diskussionen i kapitel 3 om tilltänkta mål och resultat av patientinflytande. Det viktigaste målet – att ge patienterna "korrigerande makt" – kräver en ny uppsättning budgetmekanismer som å ena sidan knyter ihop patienters preferenser med institutioners budgetar och vårdgivares löner, utan att offra det offentliga systemets uppgift att tillgodose allmän tillgänglighet, och å den andra främjar initiativ till förebyggande och befolkningsrelaterade åtgärder. Den grundläggande politiska ramen för att uppnå ett sådant resultat kräver en radikal ändring från detaljerad resursstyrning av institutionerna till prestationsorienterad strategisk planering – en förändring som stora privata företag genomgick under 1960- och 1970-talen (Andrews, 1971). Vikten av att vårdgivare kan avkrävas ansvarighet inför befolkningen i det område de betjänar, och behovet av att mekanismer för patientval knyts till fortsatt inflytande för de anställda på de beslut som fattas inom institutionerna, är parallella politiska mål att föra in i de nya konstruktionerna.

Tre närliggande policyfrågor har att göra med vilka tjänster som ska tillhandahållas och landstingens kostnader för att utvidga patienternas valmöjligheter. Vad gäller omfattningen av offentligt finansierade tjänster står det klart att patientvalet inte rimligen kan inkludera överksamma behandlingsmetoder (örtmedel för cancerbehandling) eller åtgärder av typ ansiktslyftningar av kosmetiska skäl. Den medicinska vetenskapens snabba framsteg visar dock att experimentell verksamhet snart nog kan bli rutinåtgärder

(lever- och hjärtransplantationer). Därför måste gränserna för behandling av erkända medicinska tillstånd dras så att de innefattar både traditionella ingrepp och sådana som nyligen blivit tillgängliga.

Vad gäller kostnaderna för att låta patienterna välja måste man hålla isär resultaten av logistiska och kliniska val. Som svenska landsting redan fått erfara kan logistiska beslut bli en kraftfull mekanism som skapar högre kvalitet och effektivitet inom vården, om patientbesluten kopplas till vårdgivarnas driftbudget (von Otter och Saltman, 1990). Trots att somliga planerare fruktat att patienterna skulle välja olämpliga och/eller dyrare åtgärder tyder erfarenheterna från prostataoperationer, bröstcancerbehandling och förlossningsvård samstämmigt på att väl informerade patienter fattar beslut som leder till billigare åtgärder än deras läkare skulle föreslagit och därmed sänker landstingets kostnader (t ex 90 procent färre prostataoperationer, mindre smärtlindring vid förlossning osv).

En sidofråga rör möjligheten att patienterna skulle välja åtgärder som vore riskabla för dem. Denna oro har föga stöd i verkligheten. Så snart de fått information om tänkbara negativa konsekvenser brukar patienterna till och med undvika sådana ingrepp som deras läkare betraktar som tämligen ofarliga (såsom prostatektomi). Eftersom varje läkare även i fortsättningen skulle ha medicinskt ansvar enligt svensk lag, kan han självfallet förväntas vägra utföra ett begärt ingrepp om det uppenbarligen är riskabelt.

Att utvärdera de nya vårdpolitiska medlen

Det är varken enkelt eller billigt att utforma, införa och vidareutveckla effektiva medel för patientbemyndigande. Så snart man tagit administratörer och politi-

ker ur vanföreställningen att det räcker med broschy-
rer, hälso- och sjukvårdsmässor och enkäter, måste
tyngdpunkten läggas över på anpassningsbara och
livskraftiga långsiktiga arrangemang som förstärker
patienternas direkta förmåga att välja och påverka be-
handlingsmönster. Som ovan påpekats på flera stäl-
len räcker det inte med att presentera information,
även om det är en mycket viktig del av ett effektivt
program för att ge patienterna inflytande. Fristående
information kan bli förklädd marknadsföring, utfor-
mad inte för att dela makten utan för att ge en illusion
av det. Patienternas frustrationsnivå höjs bara om
vårdapparaten förblir oförändrad och inte erbjuder
några eller endast föga möjligheter att använda den
information man fått.

Den nya politikens allt överskuggande mål bör vara
att omforma det nuvarande ansvarssystemet, så att
vårdgivare och administratörer blir skyldiga att svara
upp mot patienternas logistiska och kliniska behov,
snarare än tvärtom. Ordet "ansvarighet" är viktigt, för
det går längre än enbart till att "ansvara för sina hand-
lingar" inför ett odefinierat "samhälle", till att i stället
kräva "gensvar från dem som kontrollerar de knappa
resurser man vill få del av" (Marmor och Morone, 1980).

Frågan om att konstruera nya sätt att formulera och
utkräva ansvar är särskilt viktig när det gäller att för-
handla fram kontrakt om vårdtjänster. Flera kommenta-
torer i t ex Storbritannien har påpekat att bemyndi-
gade patienter borde få avsevärt inflytande på hur
kvalitetsstandarden sätts och följs upp i de vårdkon-
trakt som administratörerna skriver (Pollitt, 1990; Mo-
hammed, 1990). För att vara effektiva måste nya me-
kanismer tas fram som ser till att administratörerna,
för att använda Marmors och Marones ord, kan avkrä-
vas "ansvar inför en valkrets". Ett sådant ansvarsför-
hållande gentemot patienterna innebär naturligtvis en
avgörande omvälvning, inte bara för det gamla Na-

tional Health Service utan särskilt för organisationen som den ser ut efter reformerna 1991. Begreppet ansvar går faktiskt stick i stäv med Storbritanniens konservativa regerings tioåriga ansträngningar att utplåna politiskt ansvar i alla former, och ersätta det med en "affärsanda" som hör hemma i den privata sektorn (Saltman och von Otter, 1992).

En viktig mekanism som måste övervägas när politiken ska utformas går tillbaka på klassiska aristoteliska argument om vikten av att skapa "intermediära institutioner" som kan skydda individen från att direkt utsättas för den suveräna statens enorma makt. Inom reformarbetet i vården kan tanken på en sjukvårdsanvändarbyrå ses som precis en sådan intermediär institution som har till uppgift att hjälpa och försvara patienterna i deras ansträngningar att vrida den verkliga beslutsfattarmakten ur händerna på en forskansad sjukvårdsbyråkrati. Andra snarlika intermediära instanser – t ex lokala styrelser – skulle också kunna tjäna detta ändamål.

En värdefull följsats till Aristoteles skulle kunna vara lord Acton – att "all makt korrumpierar, och absolut makt korrumpierar absolut". Tillämpat på reformarbetet inom hälso- och sjukvården skulle detta yttrande innebära att intermediära mekanismer mellan vårdgivare och administratörer å ena sidan och medborgare och patienter å den andra, ska göra bedömningar som är fristående från de nuvarande sjukvårdsmyndigheterna. Avsikten skulle vara att hejda sådana egennyttiga angrepp på den nya byråns aktiviteter som skulle förvanska dess verksamhet och minska dess effektivitet.

För att gå in mer i detalj har det funnits två politiska strategier som rönt avsevärd uppmärksamhet under de senaste åren, såsom uppenbara mekanismer för att ge patienterna mer inflytande. Den ena är privatisering av offentliga vårdgivare och den andra (ofta

kopplad till den första) är att skapa värdekuponger för vilka patienterna kan inhandla hälso- och sjukvård från vårdgivare i den privata sektorn. Samtidigt som båda strategierna hyllats av neoklassiska ekonomer som idealiska mekanismer för att injicera "marknadens magi" i dittills stelfrusna offentligt drivna vårdsystem, har de båda en avsevärd social och politisk barlast som gör att de måste granskas mycket noga. Som påpekades i inledningen är risken påtaglig att de är ett uttryck för att patientvalet utökas inom ett sjukvårdssystem som är helt annorlunda. Vad gäller patientmakten verkar det dessutom som om både privatisering och värdekuponger, i likhet med de vårdkontrakt de är en mer extrem form av, minskar snarare än ökar det ansvar som kan utkrävas av vårdgivarna gentemot patienterna och som är ett oavvisligt villkor för verkligt ökat inflytande.

Privatisering är i typfallet en åtgärd för att ställa en offentligt driven institution vid sidan av det politiska ansvaret gentemot politikerna. Ett viktigt mål är ofta att införa en ledarstil som liknar den inom privat affärsverksamhet, genom att skapa en privat styrelse och ofta kräva att den nyligen privatiserade institutionen går ut och anskaffar kapital i privata banker och till sist hos privata aktieägare. Ur social synpunkt finns det ett antal problem med denna strategi, icke minst det enkla faktum att privat kapital – i form av banklån, obligationer eller aktieägare – fattar beslut på andra bevekelsegrunder än offentliga institutioner. Privata investerare är nämligen i första hand intresserade av att öka sin vinst, medan offentliga organ genom sina regler åläggs se till att deras tjänster fördelas jämnt över alla samhällsskikt och med samma tillgänglighet överallt (Saltman och von Otter, 1987). Inom sjukvården innebär dessutom privatisering att något som i grunden är en kollektiv vara förvandlas till en privat, vilket kan få avgörande konsekvenser för

hälsosituationen i samhället på lång sikt. Man behöver bara ta en snabb blick på mindre bemedlade populationers försämrade hälsa i USA, särskilt minoritetsgrupperna, för att inse vilka konsekvenserna kan bli av att fullt ut förvandla sjukvårdstjänster till en privat vara.

Detta argument mot privatisering är naturligtvis inget argument mot att skapa vad som kallas "offentliga företag" inom den offentliga sektorn (von Otter och Saltman, 1990). Dessa offentliga företag förblir under den offentliga sektorns kontroll och deras förmåga att anskaffa nytt kapital eller ändra verksamhetsinriktning är föremål för hård politisk styrning. I detta och andra avseenden är offentliga företag fortfarande i högsta grad sysselsatta med produktion av en kollektiv vara, snarare än frisläppta för att producera varor att sälja på den privata marknaden (som sjukhus i USA är).

Det andra politiska instrumentet som ofta förs fram som ett sätt att öka patientinflytandet är en förmåns-kupong värd ett visst belopp. Förmåns-kuponger (vouchers) är i allmänhet avsedda att låta innehavaren för ett visst belopp inköpa en viss vara på den privata marknaden. Inom hälso- och sjukvården erbjuds de ofta av myndigheterna till ett årligt värde som ska täcka all kostnad för vård och kanske viss förebyggande verksamhet. Fördelarna av att införa förmåns-kuponger tillfaller i huvudsak inte patienterna utan den offentliga sektorns budgeteringssystem. Förmåns-kuponger har en stabiliserande inverkan på offentliga utgifter genom att det finansiella risktagande tjänsteproduktionen innebär övervältras på det företag inom den privata sektorn som tar emot kupongen, och/eller på patienten själv för tjänster som inte till fullo täcks. Den stora fördelen med förmåns-kuponger är alltså att de gör den offentliga sektorns årliga budget förutsägbar.

Från patientens synpunkt sett finns det dock ett flertal svårigheter. Den nye vårdgivaren har ett inbyggt incitament att "snåla" med sina tjänster, för ju färre tjänster han utför, desto större vinst blir det kvar för honom av det fasta belopp som betalats in. Om vårdgivaren är ett privat företag kan det vara frestande att ta genvägar för att sänka kvaliteten på tjänsterna, särskilt om den offentliga styrningen och uppföljningen är svag och/eller kvalitetssänkningen är svår att upptäcka (t ex att minska antalet sköterskor nattetid på en avdelning).

Ur synvinkeln patientinflytande är dock det viktigaste momentet risken för att användningen av förmånskuponger hos ett privat företag minskar, snarare än ökar, en patients möjligheter att styra eller påverka vården. Som vid privatisering i allmänhet är en vårdgivare som betalas med en voucher på intet sätt ansvarig för sina beslut eller handlingar inför den patient som betjänas. Snarare är det som vanligt inom privata företag, att de anställda är ansvariga inför sina lokala chefer, som i sin tur är ansvariga inför högsta ledningen. Den högsta ledningen är sedan ansvarig inför aktieägare och långgivare. Om patienterna i det tidigare kommando-och-kontrollsystemet känt att de haft föga att säga till om, kommer de att få än mindre möjlighet till upprättelse så snart de givit sitt medgivande till att låta sjukvården skötas av ett vinstdrivande företag.

Ett intressant initiativ som har att göra med att ge patienterna ökad kontroll över sina vårdvillkor, var den amerikanska sjukvårdens experiment med ekonomiska incitament till patienter med dialyskrävande njursjukdom. Som nämnts ovan var tanken att uppmuntra patienterna att bryta sig loss från det invanda behandlingsmönstret och välja alternativa behandlingsformer (hemdialys) eller någon på annat sätt billigare vårdgivare eller behandlingsform. Staten ville

alltså betala patienterna för att välja billigare vård. Ett inte oväntat resultat av förslaget var att njurläkarna motarbetade förslaget med all kraft och bidrog till att besegla det efterföljande pilotprojektets öde genom att inte medverka (Bovbjerg et al, 1987). Medan läkarna hävdade att deras motstånd grundades på etiska betänkligheter inför att locka fattiga patienter med kontantåterbäringar, kan det mycket väl vara så att de reagerade mot en åtgärd som minskade patienternas beroende och stärkte deras inflytande över behandlingsbeslut.

Patienternas allmänna ovillighet att byta läkare eller vårdavdelning kan tolkas som ett uttryck för att de i valsituationen mindre ser till pengarna än till känslan av förtroende för läkaren och till den trygghet det innebär att återvända till bekanta omgivningar. Denna patienternas brist på intresse för att få betalt för att välja – att mutas att välja en billigare vårdform hellre än en de annars föredrar – antyder begränsningarna i ekonomernas föreställningar om en rationell ekonomisk varelse (economic man) när han agerar på hälsoområdet. Patienternas reaktioner väcker också viktiga frågor om de antaganden om kostnadseffektiva val som är inbyggda i modeller framförda av hälsoekonomer som Alain Enthoven i USA och Wynand van de Ven i Nederländerna, som använt Enthovens föreställningsram (Enthoven och Kronick, 1989; van de Ven, 1987).

Sammanfattningsvis verkar det rimligt att dra slutsatsen att nya politiska ansatser kommer att krävas för att ge patienterna ökat inflytande. Särskilt behövs det sofistikerade mekanismer för att sätta budgetens tyngd bakom patienternas beslut, och därigenom åstadkomma en korrigerande kraft som motverkar vårdgivarnas och administratörernas nuvarande auktoritet. Hur dessa mekanismer ska utformas kan dock endast diskuteras i allmänna termer, inte i detalj. Det

viktigaste torde vara att mekanismerna utvecklas inom den offentliga sektorn, eftersom grundtankarna med privatisering och förmånskuponger förefaller gå stick i stäv med dem som innebär att patienterna ska få mera inflytande.

6. *Tillämpningar på nuvarande svenska förhållanden*

Processen att direkt ge patienterna större inflytande inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har pågått i flera år. Förutom den formella rätten att välja landstingsmän (det som tidigare benämndes "innehållsdemokrati") är ett antal initiativ som siktar till att låta patienterna välja vårdgivare och sjukhus på god väg att genomföras. Dit hör ett antal projekt som omtalats tidigare – förlossningsexperimentet i Stockholm t ex – liksom det ökande antalet valmöjligheter både inom primärvården och, i allt högre grad, inom slutenvården. Kronan på verket hittills i denna rörelse mot patientinflytande var kanske när Landstingsförbundet i april 1991 antog ett tiopunkters landsomfattande program, som uttryckligen fastlade patientens rätt att välja läkare och sjukhus, både inom och utom sitt eget landstings gränser. Jämsides med att den nya regeringen också uttalat sitt stöd för patienternas möjligheter att välja, tjänar Landstingsförbundets uttalande till att understryka de framsteg som gjorts på relativt kort tid. Samtidigt med dessa viljeyttringar pågår experiment inom landstingen med att skilja vårdgivare från vårdköpare genom kontraktsförfaranden, men dessa försök har ännu inte nått så långt att de börjat inkräkta på patienternas möjligheter att välja vårdgivare. Ur det empiriska perspektiv som skildrades i kapitel 1 verkar det alltså klart att Sverige gått längre på vägen mot att bemyndiga sina patienter, än

motsvarande offentligt styrda sjukvårdssystem i andra länder gjort.

Optimismen i de slutsatser som kan dras av begreppsanalysen i kapitel 3 och 4 är något mer dämpad. Vid granskning av de långsiktiga målen för patientmakt – från att fastlägga patienternas inflytande över behandlingsmetoder till att stärka hela den offentliga servicesektorns legitimitet – antyder detta idémässiga perspektiv hur mycket arbete som återstår att göra på området och hur långt det ännu är kvar att gå på vägen mot patientmakt i Sverige. Medan de framsteg som hittills gjorts kan betraktas som en lyckosam reaktion mot det tidigare stela planeringssystemet, visar de mål som ännu inte uppnåtts vilken påtaglig utmaning det svenska systemet står inför.

Som inledning till att diskutera specifika konsekvenser av denna utmaning är det viktigt att först notera hur avgörande det är för alla frågor rörande vårdkvalitet och resultat, att staten spelar en aktiv roll när de svenska landstingen övergår till att driva sin verksamhet på en planstyrd marknad. Det är just friheten att förändra organisationen inom landstingen eller delar av dem som kräver en förstärkt statlig reglering för att garantera att alla invånare i Sverige får tillgång till sjukvårdstjänster av samma standard och kvalitet. Den förra (socialdemokratiska) regeringen tog ett viktigt steg i den riktningen genom att garantera att patienter inom tio diagnosgrupper skulle bli behandlade inom nittio dagar från det diagnosen ställts (vårdgarantin).

Mångfalden på en styrd marknad – och särskilt om privatdrivna eller privat finansierade vårdgivare ska tillåtas tävla om offentligt utlysta kontrakt för sjukvårdstjänster – kräver dock att staten utvecklar en avsevärt mer detaljerad uppsättning normer för landstingens tjänster, samt ett riksomfattande utvärderingsprogram för att övervaka dessa tjänster beträff-

fande omfattning och kvalitet. Denna nya statliga uppgift kan i förstone synas motsäga andan i 1983 års hälso- och sjukvårdslag genom att inskränka landstingens rätt att självständigt besluta om sina egna organisatoriska och administrativa former, samtidigt som den förefaller återinföra den slags centralplanering som den svenska sjukvården behövt en hel generation för att bli fri från. Om alla delar av en stor organisation fortfarande ska dra åt samma håll kräver decentralisering emellertid en samtidig, balanserande centralisering av den strategiska överblicken över helheten (Lawrence och Lorsch, 1967). Om alltså patientmakt ska vara ett mål för hela det svenska hälso- och sjukvårdssystemet – och om 1983 års lagstadgade garanti för vård till alla medborgare "på lika villkor" ska fortsätta att gälla – är det nödvändigt att på riksnivå sätta upp normer och bedöma om de efterlevs.

Det ska här påpekas att normutformningen utan tvivel bör vara helt annorlunda än den som var förhärskande under tidigare decennier. I stället för normer som hänför sig till resurskriterier (dvs antal allmänpraktiker eller antal sjukhussängar per 1 000 innevånare osv) bör dessa nya normer hänföra sig till resultat-kriterier – t ex hur många patienter som återgår till ett normalt liv efter att ha fått nya kranskärl eller en höftprotes. De nya ramarna för nationella normer, övervakning och bedömning bör koncentreras till resultaten av den vård som ges, inte på vilka resurser som står till vårdens förfogande.

Denna nationella övervakningsprocess bör alltså inte koncentrera sig på anslag och resurser, utan snarare på prestationer och effekter, och den bör vara en dynamisk process som kan anpassa sig till de snabba förändringar som kännetecknar modern politik. Enligt teorierna för god företagsledning bör denna nya uppsättning normer dra nytta av kliniskt verksamma läkares och sjuksköterskors synpunkter när det nya

systemet byggs upp. Detta landsomfattande övervakningsprogram kan med fog sägas vara den viktigaste åtgärden för att garantera kvaliteten på de olika vårdgivare som bemyndigade patienter skulle få välja bland. Som Casten von Otter uttryckt saken: "Svenskarna vill ha valmöjligheter, men alla möjligheterna ska vara bra."

Mot bakgrund av dessa varningens ord om statens förändrade roll i det framväxande svenska systemet, kan ändå konstateras att den viktigaste slutsats som kan dras av begreppsanalysen ovan är hur viktigt det är med tillräcklig och lämplig information, om patientval ska bli något meningsfullt. Om patienterna ska få en verklig chans att upprätta den "korrigerande makt" de behöver för att utöva inflytande, är det av avgörande betydelse att de får samma slags oberoende och sammanhållen information som administratörer och läkare i en framtid kommer att ha tillgång till. Som Winkler konstaterade vet medborgarna för närvarande mer om de restauranger de äter på än om de läkare och sjukhus de anförtror sina liv. Detta är ingen uppmaning för någon företagsam person att sammanställa någon slags Guide Michelin över sjukvården. Tvärtom betyder det att en riksomfattande ansträngning måste göras för att se till att landsting och vårdgivare tar fram information av den typ och mängd som patienterna behöver. Just därför att sjukvård är en social nyttighet och inte en vara vilken som helst, bör staten överge sin vanliga passiva myndighetsattityd vad gäller annonsering och missvisande information i allmänhet och inta en stark och aktiv patientstödande hållning.

En skiss över vad denna patientstödande informationsstrategi skulle kunna omfatta har redan presenterats i kapitel 4 ovan. En möjlighet att genomföra denna strategi vore kanske att ta fasta på idén om någon slags "sjukvårdens användarinstitut". Ett så-

dant institut skulle kunna fylla flera närliggande funktioner inom svensk sjukvård. För det första skulle det kunna samla in jämförbar information om logistiska indikatorer, bl a väntetider för mottagningsbesök och operationer, andelen mottagningsbesök där patienten slipper vänta, öppethållningstider, läkares och sjuksköterskors bakgrund och utbildning osv. För det andra skulle det kunna samordna rikets nuvarande ansatser för uppföljning av behandlingsresultat, däribland pågående projekt inom Socialstyrelsen, SPRI, SBU (Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik), Landstingsförbundet samt landstingen och kommunerna själva. För det tredje kunde det beställa riktade resultatstudier beträffande åtgärder som bedöms vara av särskild klinisk eller finansiell betydelse. För det fjärde kunde det tjäna som distributionscentral för videoprogram av den typ dr Wennberg framställt och för andra fakta som skulle stödja patienterna i deras beslut om vårdinsatser. I detta avseende skulle institutet kunna samordna sitt arbete med det som görs inom de sammanslutningar som tillvaratar speciella patientgruppers intressen (Handikappförbundet m fl). För det femte skulle det kunna organisera och övervaka distribution av lämplig information till de lokaler där denna information är lättast tillgänglig för medborgarna. Dit hör vårdcentraler, läkarvåntrum och bibliotek, men även andra lokaler kan tänkas. För det sjätte skulle institutet kunna driva en aktiv patientombudsmannaverksamhet som skulle kunna ta sig an patienternas problem (innan de har valt) och deras klagomål (efter valet). Vidare kunde institutet samordna utbildningsprogram för vad som förhoppningsvis kan bli ombudsmannaverksamhet på landstingsnivå (för att hindra problemen att nå riksnivå och/eller nyhetsmedierna).

Förutom normer och patientinformation på riksplånet bör ett fullt utbyggt program för patientbemyndi-

gande försöka få rätsida på två andra problem som rör ojämlikheten i vissa patientgruppers möjligheter att välja. Analogt med vad som framkom i diskussionen om formerna för val av skola i USA, kan mindre bemedlade patienter förväntas kräva extra stöd för att kunna välja mellan olika vårdgivare och behandlingsformer, och för att kunna resa till mer avlägsna vårdgivare. Båda problemen kan åtgärdas genom att kräva att samtliga landsting tillhandahåller särskilt stöd till patienterna i deras val av vård- eller behandlingsform, och genom att nuvarande reseersättningsnormer ändras till att även omfatta vissa resor till andra landsting. Det tilltänkta sjukvårdsanvändarinstitutet skulle även kunna tilldelas uppgiften att kontrollera att landstingen uppfyllde dessa åtaganden.

Ett sådant instituts roll i samhället synes passa väl in i tidigare svenska initiativ för att återställa maktbalansen på andra områden inom samhällslivet. I ett flertal sammanhang i västvärlden har man tagit fasta på och kopierat det svenska begreppet ombudsman. Den mera socialt inriktade lagstiftning som fastlade medbestämmanderätten i både privata och offentliga svenska företag, innefattar även åtgärder för att förse den svagare parten i förhandlingarna – fackföreningarna – med särskilt stöd i form av information genom Arbetslivscentrum och andra institutioner.

Det är mindre uppenbart hur ett sådant institut skulle passa in bland de nuvarande nationella organisationerna i Sverige. Samtidigt som det skulle behöva ha samordnande länkar med verksamheten inom Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och SPRI, återstår det att ta ställning till hur en sådan samordning skulle utformas. Om detta institut ska kunna utföra sina förväntade uppgifter, bör det dock sannolikt i någon mån vara fristående från nuvarande nationella organisationer och de intressen som står bakom dem.

Det förtjänar att understrykas att ett informations-

fördelande institut av detta slag endast skulle vara en del av ett framgångsrikt program för patientbemyndigande inom ett inför allmänheten ansvarigt hälso- och sjukvårdssystem. Ett sådant program förblir beroende av att det upprättas direkta budgetkopplingar mellan patientbesluten och vårdgivarnas anslag och löner. Lika väsentligt är det att riksläkare för resultat och kvalitet fastställs. Inom ramen för ett inför allmänheten ansvarigt vårdssystem som innefattar dessa båda element, skulle ett sådant institut kunna få en enorm potential vad gäller att utbilda patienter och att förse dem med vad de behöver för att kunna göra något så när välgrundade bedömningar av vårdgivare och behandlingsformer, och för att korrekt utöva sina nya rättigheter som medborgare inom sjukvårdssektorn. Att skapa något slags patientstödjande institut är en tanke väl värd att överväga för en regering som på allvar strävar efter att behålla de finansiella och sociala fördelar som ryms i ett inför offentligheten ansvarigt hälso- och sjukvårdssystem och vill ge patienterna mer att säga till om inom detta system.

Referenser

- Aldridge, D. (1990), "The delivery of health care alternatives: discussion paper", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83, 179–182.
- Alinsky, S. (1957), *From Citizen Apathy to Participation*, Chicago: Industrial Areas Foundation, 1960.
- Anderson, O. (1989), "Hur kan svensk sjukvård förena kraven på kostnader, teknologi och jämlikhet?", *Läkartidningen*, 86(40), 3338, 3343–3344.
- Andrews, K. (1971), *The Concept of Corporate Strategy*, Homewood, IL: Richard D. Irwin.
- Beske, F. (1988), "Health Care in Germany", i R.B. Saltman (red.), *International Handbook of Health Care Systems*, Westport, CT: Greenwood Press, 93–106.
- Bovbjerg, R.R., Held, P.J. och L.H. Diamond (1987), "Provider-Patient Relations and Treatment Choice in the Era of Fiscal Incentives: The Case of End-Stage Renal Disease Program", *Milbank Quarterly*, 65, 177–202.
- Bowling, A. (1991), "Social Support and Social Networks: Their Relationship to the Successful and Unsuccessful Survival of Elderly People in the Community: An Analysis of Concepts and a Review of the Evidence", *Family Practice*, 8, 68–83.
- Brazier, J. (1987), "Accounting for Cross-Boundary Flows", *British Medical Journal*, 295, 898–900.
- British Medical Journal* (1988), "Mastectomy or Conservation: the patient's choice", 297, 1167–1169.
- Charny, M., Klein, R., Lewis, P.A. och G.K. Tipping (1990), "Britain's new market model of General Practice: do consumers know enough to make it work?", *Health Policy*, 14, 243–252.
- Chubb, J.E. och T.M. Moe (1990), *Politics, Markets, and America's Schools*, Washington: Brookings Institute, s. 47.
- Community Care Project (1991), *Changing the Balance: Power and People who use services*, London: National Council for Voluntary Organizations.

- Dentzer, S. (1991), "Doctor Wennberg's Uncertainty Principle", *Dartmouth Alumni Magazine* (maj), 16–26.
- Eichhorn, S. (1984), "Health Care in Germany", i M. Raffel (red.), *Comparative Health Systems*, College Park, PA: Pennsylvania State University Press, 286–334.
- Enthoven, A.C. (1980), *Health Plan*, Reading, MA: Addison-Wesley.
- Enthoven, A.C. (1985), *Reflections on the Management of the NHS*, London: Nuffield Provincial Trust.
- Enthoven, A.C. (1986), "Managed Competition in Health Care and the Unfinished Agenda", *Health Care Financing Review*, årligt supplement, 105–119.
- Enthoven, A.C. och R. Kronick (1989), "A Consumer Choice Health Plan for the 1990s", *New England Journal of Medicine*, 320, 29–37, 94–101.
- Faltermayer, E. (1988), "Medical Care's Next Revolution", *Fortune* (den 10 oktober), 126–133.
- Felvus, J. (1991), "Developing Health Services with Consumers: The New Policy-Practice Interface in Wales", uppsats presenterad vid European Healthcare Management Association's årliga konferens, Toledo, Spanien, den 12 juni.
- Green, D., J. Neuberger et al. (1990), *The NHS Reforms: Whatever Happened to Consumer Choice?*, Health Series nr 11, London: Institute for Economic Affairs.
- Groenewegen, P.P., van der Zee, J. och R. Van Haften (1991), *Remunerating General Practitioners in Western Europe*, Aldershot, UK: Avebury Press.
- Grubber, L.R., Shadle, M. och C.L. Polich (1988), "From movement to industry: The growth of HMOs", *Health Affairs* (sommaren), 197–208.
- Higgins, J. (1988), *The Business of Medicine: Private Health Care in Britain*, London: MacMillan.
- Hirshman, A.O. (1970), *Voice, Exit and Loyalty*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- HMSO (1989), *Working for Patients*, London: Her Majesty's Stationary Office.
- Horne, D. (1984), "A survey of patients in the private sector", *Hospital and Health Services Review* (mars).
- Hurst, J. (1922), *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris: OECD.

- Jersild, P.C. (1992), "Sjukvård à la carte", *Dagens Nyheter* (den 26 januari).
- Karolinska Sjukhuset (1990), Statistik från bokningsenheten, januari–juni 1990, Kvinnokliniken, Stockholm (mimeo).
- Klein, R. (1979), "Control, Participation, and the British National Health Service", *Milbank Quarterly*, 57(1), 70–94.
- Kommittédirektiv (1992), "Hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation", Stockholm: socialdepartementet, Dir. 1992:30.
- Lacronique, J.-F. (1984), "Health Care in France", i M. Raffel (red.), *Comparative Health Systems*, College Park, PA: Pennsylvania State University Press, 258–285.
- Landstingsförbundet (1991), *Vägval – Hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtiden*, Stockholm.
- Laprè, R. (1988), "A New Direction for the Dutch Health System?", *Health Policy*, 10, 21–32.
- Lawrence, P. och J. Lorsch (1967), *Organization and Environment*, Boston: Harvard Graduate School of Business.
- Luft, H., Granick, D.W. och D.H. Mark (1990), "Does Quality Influence Choice of Hospital?", *Journal of the American Medical Association*, 263 (21), 2899–2906.
- MacPherson, C.B. (1962), *The Political Theory of Possessive Individualism: Hobbes to Locke*, Cambridge, U.K.: Clarendon Press.
- Marmor, T.R. och J.A. Morone (1980), "Representing Consumer Interests: Imbalanced Markets, Health Planning, and the HSAs", *Milbank Quarterly*, 58.
- Marquand, D. (1990), "Citizens", *London Review of Books* (den 20 december).
- McEwan, J. (1989), "The Patients' Perspective", i A.J. Culyer och A. Mills (red.), *Perspective on the Future of Health Care in Europe*, University of York, York, 68–87.
- Mohammed, S. (1990), "Contracts and consumerism: Are they compatible?", *KF News* (juni), London: King's Fund College.
- Neuberger, J. (1990), "A Consumer's View", i D. Green et al., *The NHS Reforms: Whatever Happened to Patient Choice?*, London: Institute for Economic Affairs.
- Nicholl, J.P. et al. (1984), "Contributions of the private sector to elective surgery in England and Wales", *Lancet*, 14, 89–92.

- Oldfield, A. (1990), *Citizenship and Community: Civic Republicanism and the Modern World*, London: Routledge.
- von Otter, C. och R.B. Saltman (1990), *Valfrihet som styrmedel*, Stockholm: Arbetslivscentrum.
- von Otter, C. och R.B. Saltman (1991), "Toward a Swedish Health Policy in the 1990s: Planned Markets and Public Firms", *Social Science and Medicine*, 32, 473–481.
- Parsons, L. och F. Winkler (1991), "Benefits of health advocacy", i L. Paine (red.), *International Hospital Management Annual Review*, London: Spering Publishers, 89–90.
- Petersson, O. et al. (1989), *Medborgarnas Makt*, Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Pollitt, C. (1990), "Consumers, Markets and the NHS", *KF News* (juni), London: King's Fund College.
- de Roo, A. (1988), "Health Care in the Netherlands", i R.B. Saltman (red.), *International Handbook of Health Care Systems*, Westport, CT: Greenwood Press.
- Rosenthal, M. (1992), "Growth of private medicine in Sweden: The new diversity and the new challenge", *Health Policy*, 21, 155–166.
- Saltman, R.B. (red.) (1992), *Health Care Reform in 15 OECD Countries*, Paris: OECD.
- Saltman, R.B. och C. von Otter (1987), "Revitalizing Public Health Care Systems: A Proposal for Public Competition in Sweden", *Health Policy*, 7, 21–40.
- Saltman, R.B. och C. von Otter (1989a), "Public Competition versus Mixed Markets: An Analytical Comparison", *Health Policy*, 11, 43–55.
- Saltman, R.B. och C. von Otter (1989b), "Voice, Choice, and the Question of Civil Democracy in the Swedish Welfare State", *Economic and Industrial Democracy*, 10, 195–209.
- Saltman, R.B. och C. von Otter (1992), *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*, London: Open University Press.
- Schieber, G. och J.P. Poullier (1991), "International Health Spending: Issues and Trends", *Health Affairs*, 10, 106–116.
- Schiller, P.L. och J.S. Levin (1988), "Is there a Religious Factor in Health Care Utilization?: A Review", *Social Science and Medicine*, 27, 1369–1379.

- Scrivens, E. (1988), "Consumers, Accountability and Quality of Service", i R.W. Maxwell (red.), *Re-Shaping the National Health Service*, London: Policy Journals, 170–187.
- Socialstyrelsen (1988), *Köer i sjukvården: Slutlig redovisning och uppföljning av effekterna av statsbidrag*, Stockholm.
- Stevens, J. (1990), "Equality, Fraternity and Liberty?", *Health Services Management* (juni), 134–138.
- Stone, D.A. (1980), *The Limits of Professional Power: National Health Care in the Federal Republic of Germany*, Chicago: University of Chicago Press.
- Søndergaard, W. och A. Krasnick (1984), "Health Services in Denmark", i M. Raffel (red.), *Comparative Health Care Systems*, College Park: Pennsylvania State University Press, 153–196.
- Townsend, J., Frank, A.O. et al. (1990) "Terminal cancer care and patients' preference for place of death: a prospective study", *British Medical Journal*, 301, 415–417.
- van de Ven, W. (1987), "The Key Role of Health Insurance in a Cost-Effective Health Care System: Towards Regulated Competition in the Dutch Medical Market", *Health Policy*, 7, 253–272.
- van de Ven, W. (1991), "Perestrojka in the Dutch Health Care System: A Demonstration Project for Other Countries", *European Economic Review*, 35, 430–440.
- Wenn, L. (1991), "The arrival of consumerism", i L. Paine (red.), *International Hospital Management: Annual Review*, London: Spering Publishers, 87–88.
- Winkler, F. (1989), "Community/Consumer Representation in the NHS – with specific reference to Community Health Councils", i C. Hogg och F. Winkler (red.), *Community/Consumer Representation in the NHS*, London: The Greater London Association of Community Health Councils.
- Winkler, F. (1990), "The NHS and its users", *KF News* (juni), London: King's Fund College.
- Young, D.W och R.B. Saltman (1985), *The Hospital Power Equilibrium: Physician Behavior and Cost Control*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Öhrming, J. (1990) "Kvartersakuten: Ny organisation och ändrat arbetssätt inom primärvården", Stockholm: Arbetslivscentrum.

Patientmakt över vården

“Öka valfriheten för patienterna!”

“Stärk patientinflytandet över vården!”

Det är några av slagorden i den sjukvårdspolitiska debatten – och några av syftena bakom reformerna av hälso- och sjukvården runt om i landet. Vad förnyelsen skulle innebära och hur den kan åstadkommas är inte alltid uppenbart. Kan en patient verkligen välja, vara en uppläst konsument? Vilken sorts val är det rimligt att överlåta åt patienten? Val av vårdgivare (allmänläkare, specialistläkare, sjukhusklinik etc)? Val av försäkringsgivare? Val av tid och plats för icke-akuta ingrepp? Val av behandlingsform (kirurgiskt ingrepp eller läkemedelsbehandling)? Hur kan man förena valfrihet och patientmakt med förebyggande arbete och samordning av vårdresurser? Vilken hjälp behöver patienten för att kunna välja – och välja rätt?

Frågorna är många men svaren är anmärkningsvärt få. I den här boken görs en utredning av innebörden i begrepp som valfrihet, patientinflytande och patientmakt. Vidare beskrivs verkligheten bakom begreppen i Sverige och i sex andra västeuropeiska länder.

Författaren, professor *Richard B Saltman*, är chef för Division of Health Policy and Management vid Emory University School of Public Health, Atlanta, Georgia, USA. Han är sedan tidigare forskning mycket väl insatt i svensk sjukvård. Med den här studien ger han ett viktigt bidrag till diskussionen om den svenska vårdpolitiken.

