

Intåget av valfrihet och vårdgaranti i den svenska sjukvården – en diskursanalys

AV LARS NORDGREN

As the concepts of choice and healthcare guarantee become more established, they become more common in debates about healthcare. Who can argue against a politician who promises that patients shall be given treatment within a certain timeframe? Analysis of key texts about healthcare shows that language using the concepts of choice and healthcare guarantee tends to create consensus between political parties the more the concepts are used. Choice and healthcare guarantee are part of financial discourse, which differs from medical discourse with the use of words such as priorities and indications. The differences between the discourses can develop contradictions and tension between players in healthcare and reveal different interests. By deconstructing contradictory pairs, as done in this study, the differences are aired openly. §Because reforms in choice and healthcare guarantees aim to reduce waiting times within the framework of national healthcare priorities, there is a threat to medical freedom. Previous experience of the effects of choice and healthcare guarantees in Sweden show that waiting times tend to initially drop, and then grow as medical indications change over time. Another experience is that patients are normally given insufficient information about the meaning of the reform for them. Considering the few years that the reforms have been in practical use, it is too early to make general conclusions of whether they will become legitimate among doctors and citizens alike.

Intåget av marknadstänkande och "management" i sjukvården

I samband med att nyliberalismen fick sitt politiska genombrott i slutet av 1970-talet framställdes en diskurs (sätt att tala och skriva på ett gemensamt sätt) som omfattade marknadens språkbruk och praktik. Diskursen, med hemvist i neoklassisk nationalekonomi, artikulerade kritik av den dominerande välfärdsdiskursen. Kritiken uttrycktes i två huvudlinjer, den ena handlade om att offentligt bedriven verksamhet beskrevs som ineffektiv (Forssell och Jansson 2000, sidan 152). Den andra gick ut på att visa att välfärdsstaten uppträdde maktfullkomligt och kränkte människors rätt till självbestämmande i personliga livsfrågor (Friedman och Friedman 1980). Det var främst betoningen av kränkningen av individens frihet att göra egna val och vara aktiv i fråga om produktion och konsumtion som uttryckt med Foucaults (1993) term utgjorde *möjlighetsvillkoret* för kritiken av välfärdsdiskursen.

Klassiska ekonomiska begrepp som valfrihet och självbestämmande fick en renässans när marknads- och managementdiskurser, vanligen betecknade som NPM, New Public Management, (Nordgren 2003, sidan 68) spreds till offentliga organisationer i slutet av 1900-talet. Spridningen resulterade i en ökad grad av marknadsorientering av välfärdstjänster som skola, omsorg och vård. Den synliggjordes i ett ökat bruk av ekonomiska ord och ett förändrat hand-

lingsmönster på offentliga institutioner (Forssell och Jansson 2000, sidan 150-151). Spridningen ledde även till att synen på styrning av offentlig verksamhet genomgick en förändring från progressiv offentlig administration till en syn som byggde på management.

Även ett individuellt rättighets-tänkande, en rättighetsdiskurs, började under 1990-talet präglade hälso- och sjukvården. Det skrivs till exempel i den ändrade Hälso- och Sjukvårdslagen från 1999 (Sahlin 2000) att patienten har rätt att välja läkare och behandling. En liknande utveckling har observerats i England och Norge (Ringard et al 2005).

Likaså har service managementdiskursen under 1990-talet börjat användas inom hälso- och sjukvården (se Normann 2001, Grönroos 2002 och Gummesson 2002).

Intåget av marknads-, rättighets- och managementdiskurser i sjukvården har banat väg för en förändring av språkbruket. Ett exempel på förändringen är att den som söker sjukvård numera kan kallas kund (Nordgren 2003). Tidigare har man i allmänhet benämnt den person som vänder sig till sjukvården med ordet patient (från latinska *patior* som betyder lida, tåla, uthärda). Förändringen antyder att det skett en gradvis förskjutning i synen på den vårdsökande från någon som tålmodigt väntar till någon som aktivt söker vård och medverkar.

Den förändrade synen på den som söker vård har lett fram till en långtgående decentralisering av ansvar och befogenheter till den enskilda människan som förutsätts skaffa sig nödvändig information för att kunna göra val. Kon-

struktionen av en kundposition bygger även, på liknande sätt som idén om livslångt lärande i skolan, på antagandet att människor vill styra sig själva, vill lära sig mer om och stärka sin hälsa och medverka i den egna vården.

Under andra hälften av 1990-talet tonades marknadsdiskursen ner något i Sverige (Harrison och Calltorp 2000). Istället har nationella reformer och ett styrningstänkande påverkat utvecklingen. Landstingen försöker därför styra servicenivåer till de vårdsökande och det framträder därmed en form av motdiskurs till marknad, en styrningsdiskurs (se vidare "*Dekonstruktion: Vårdgaranti contra Prioritering*").

I syfte att stärka patientens position i sjukvården har två politiska reformer, inspirerade av ovan nämnda marknadstänkande och NPM, det fria vårdvalet 1991 (rekommendation av landstingsförbundet) och den nationella vårdgarantin 2005 (riksdagsbeslut) introducerats i Sverige. Genomdrivandet av dessa reformer har skett under övervägande politisk concensus (Nordgren 2005, sidan 85). Vårdgaranti, liksom valfrihet, är inga nya företeelser i svensk sjukvård. Redan 1992, året efter rekommendationen om valfrihet, kom regeringen och landstingsförbundet överens om att introducera en begränsad väntetidsgaranti i landstingen (Hanning 2005, sidan 33). Begreppen valfrihet och vårdgaranti har således formerats i den svenska sjukvårdsdiskursen. Det är denna formering som jag har för avsikt att analysera och dekonstruera i denna artikel (se "*Teoriskt perspektiv och tillvägagångssätt - formation och dekonstruktion*").

Anknytning till tidigare forskning

Ett skäl till att jag funnit det intressant att analysera formeringen av både valfrihet och vårdgaranti i sjukvårdsdiskursen är att begreppen har börjat sammankopplas i vissa fraser i den politiska sjukvårdsdiskursen och i akademiska texter. Detta framgår till exempel av Harrison och Calltorp (2000) som sammankopplar begreppen "Patient Choice and Care Guarantee" åtta gånger i sin text. Även Hanning (2005) och Ringard et al (2005) framhåller kopplingen mellan valfrihet och väntetidsgarantier, men betonar även kopplingen med patienträttigheter i länder med nationella försäkringssystem, i vad betecknas som andra generationens system för valfrihet. Sammankopplingen av begreppen i fraser, som artikuleras av makthavare i sjukvården, bidrar till att legitimera och formera diskursen (Nordgren (2003).

Forskning inom området sjukvårdsreformer med fokus på valfrihet och vårdgaranti har inte tidigare fokuserat på hur språkbruket formerats (se Winblad Spångberg 2003, Vrangbaek och Östergren 2004). Varken Norén (2003), som beskriver utvecklingen av kundvals-system för omsorgsassistenten, Hanning (2005), som analyserar utvecklingen av väntetidsgarantin på 1990-talet eller Kastberg (2005), som analyserar kundvalsmodeller och skapande av marknader i kommuner och landsting, har primärt intresserat sig för språkbrukets betydelse.

Hur patienter själva uppfattar valfrihet och vårdgaranti i Sverige har studerats i begränsad omfattning. I Världs-

hälsoorganisationens rapport WHO 2000 redovisas dock en undersökning av människors, i medlemsländerna, syn på bland annat valfrihet. Enligt rapporten ska ett hälsosystem hantera hälsa, lyhördhet och finansiering. Lyhördhet uttrycker hur systemet möter människors förväntningar (ibid. sidan 31) och bryts ner i två kategorier, en som handlar om respekt för *personens* värdighet, förtroende för tystnadsplikten och autonomi. Den andra avser *klientorientering* som tillgänglighet (omedelbar i akuta fall och rimliga väntetider för ej akuta fall), adekvat kvalitet, tillgång till socialt nätverk samt frihet att välja utförare av vården. Resultatet av undersökningen blev att god tillgänglighet värderades högst (20 %) medan respekt för personens värdighet, förtroende för tystnadsplikt och autonomi värderades näst högst (16,7 % vardera). Frihet att välja utförare värderades däremot lägst (5 %, ibid. sidan 32).

Teoriskt perspektiv och tillvägagångssätt – formation och dekonstruktion

I analysen av hur begreppen valfrihet och vårdgaranti formerats i sjukvårdsdiskursen, stödjer jag mig på Michel Foucaults (1993, 2002) teori om diskursiv formation, som i korta drag innebär att om ett visst språkbruk legitimeras och börjar användas i samhället av språkavvändare i vissa samhällspositioner och i vissa legitima sammanhang så äger just det språkbruket makt att påverka och förändra människors vardagliga sätt att tala, skriva och tänka om vissa ämnen. Den diskursiva forma-

tionen fungerar som en vägröjare för att legitimera ett visst språkbruk och en viss praktik (ibid.).

Jag har funnit det relevant att komplettera teorin om hur diskurser formeras med en dekonstruktiv analys av auktoritativa texter i sjukvårdsdiskursen, för att visa hur begrepp som valfrihet och vårdgaranti används och förstås. Medan diskursiv formation handlar om att analysera spridningen och bildandet av diskurser, ofta genom politiska processer, så handlar dekonstruktion om motsatsen, nämligen att genom noggrann läsning och analys av språkets logik och retorik på mikronivå visa att den bildade diskursen är kontingent (Derrida 1976, 1991). Dekonstruktion syftar till att visa utifrån vilka antaganden diskursen bildats och att den inte är oundviklig. På det sättet kompletterar dekonstruktion teorin om diskursiv formation.

Alternativt skulle studien ha kunnat ske med stöd av teorier som diffusion, imitering eller översättning. Diffusion vilar på ett naturvetenskapligt synsätt, som är mindre relevant att använda inom samhällsvetenskap (Forssell och Jansson 2000, sidan 104). Imitering kan förstås som en process i vilken editerade presentationer av idéer, modeller och erfarenheter integreras i en lokal kontext av imiterare (Sahlin Andersson 2002). Imitering används vanligen inte för att förklara spridning av utsagor på samhällsnivå (makro). Översättning betonar lokala aktörers roll som spridare, översättare eller uttolkare av idéer till anpassade lösningar i lokala kontexter (ibid. sidan 105, 109). Jag finner det vara mindre lämpligt att avgränsa spridningskretsen till lokala kontexter eftersom

spridningen av marknadskursen sker på såväl samhälls- som lokal nivå. I stället hävdar jag med stöd av Chia (2000, sidan 514) att studiet av diskursers formering och påverkan på människors språkliga mönster och handlande är grundläggande och relevant inom organisationsforskning. Det är lika relevant att genom dekonstruktion analysera grunden och logiken för diskursformeringen (Chia 1996).

Jag börjar (1) med att, utifrån Foucaults teori om diskursiv formation, visa hur begreppen valfrihet och vårdgaranti formeras i sjukvårdskursen. Jag fortsätter (2) med en dekonstruktiv läsning av några centrala texter i den svenska hälso- och sjukvårdskursen. Bland annat visar läsningen att en motdiskurs, benämnd "styrning och prioritering", försöker underminera grunden för valfrihet och vårdgaranti.

1. Diskursiv formation av språkbruk

Sätt att tänka, tala och handla, som konstituerar det som är taget för givet i vardagslivet, påverkas av språkbruk som vanligen inte ifrågasätts. Den diskursiva formationen av sådana språkbruk, inklusive specifika begrepp, uppkommer enligt Foucault (2002) från diskurser som bestämmer begreppens innehåll. Med diskurs menas alla utsagor inom en viss diskursiv formation som handlar om samma begrepp och därmed konstituerar begreppet som ett objekt. Diskursen påverkar människors språkbruk och deras sätt att utveckla nya institutioner i organisationer, det vill säga förändra organisationen på ett bestående sätt (ibid.).

Diskursen ringar in de som har rätten att tala inom diskursen och utesluter de som inte har rätten (Foucault 1993). Den gör anspråk på att förmedla sanning, trovärdighet och stabilitet. Vissa ämnen är inte möjliga att tala om inom diskursen (ibid.). En diskursiv formation definieras som de regler som bestämmer hur utsagor sprids och bildar en diskurs:

För den händelse ett sådant spridningssystem kan beskrivas mellan ett visst antal utsagor, för den händelse en regelbundenhet (en ordning, korrelationer, positioner, fungerande, förvandlingar) kan definieras mellan objekten, de olika typerna av utsagor, de tematiska valen, skall vi komma överens om att säga att vi har att göra med en diskursiv formation (Foucault 2002, sidan 55).

Utsagan utgör den grundläggande beståndsdel som analyseras. Inom utsagor återkommer regelbundet vissa begrepp inom bestämda kunskapsområden. Formationen tydliggör på vilka positioner som personer ges rätt att tala inom diskursen, ett tal som sprider begreppen vidare.

2. Dekonstruktion av språkbruk

Begreppet dekonstruktion kan sägas vara en sammansättning av orden destruktion, i meningen nedbrytning av olika lager i en text, och konstruktion i meningen uppbyggnad. Bergstedt (2004, sidan 57) argumenterar för dekonstruktion som alternativ till hermeneutik:

Den dekonstruktiva läsningen kan beskrivas i två steg, det första fokuserar på "motsatspar" och det andra på "förskjutning". Båda stegen tar sin utgångspunkt i den grundläggande skillnad som ständigt upprepas i språket... I ett inledande steg gäller det att

få syn på dessa motsatspar, vilka är de? Hur gestaltas motsatsparen?.... När motsatsparen har identifierats så gäller det i nästa steg att skapa en förskjutning som gör att de kommer i rörelse. För att lyckas med detta gjordes en upplösning av de båda motpolerna.

Dekonstruktion bygger, som Bergstedt framhåller, på noggrann läsning av texten, en läsning som sker inifrån texten och ut. Detta betyder att först bekanta sig med begreppen i texten och det resonemang som förs i texten. Bergstedt framhåller vidare det väsentliga i att först analysera och sedan åstadkomma en förskjutning av motsatsparen.

Chia (1996) argumenterar för att använda dekonstruktion för analys av organisering och organisatoriska begrepp, som att fatta beslut, med betoning på deras skiftande betydelse i olika kontexter. Även Chia betonar vikten av noggrann läsning av texter som bör ske med blicken riktad på texters konceptuella ordning, logik och retorik. Chia understryker, liksom Bergstedt, det väsentliga i att först analysera eller lösa upp och sedan förskjuta motsatsparen. De ingående termerna och begreppen i paren framstår oftast som enhetliga och står i ett oppositionellt förhållande till varandra. Exempel på motsatspar kan vara ljus - mörker, tal - skrift, ordagrant - metaforiskt, natur - kultur, orsak - verkan, närvaro - frånvaro, medvetet - omedvetet, ursprung - komplement, privat - offentligt samt rationellt - irrationellt. Vårt vardagsspråk är fullt av liknande motsatser, som bottnar i en vilja att markera skillnader.

I analysen av motsatspar har jag inspirerats både av "Bergstedt" och "Chia" (se ovan). Det första steget i ana-

lysen, upplösningen av motsatsparen, kan ses som en process där forskaren försöker avtäcka lager efter lager i texten. Meningen är att synliggöra antaganden och förutsättningar som texten vilar på. Även deras effekt på texten analyseras. Avsikten med analysen är att finna detaljer som avslöjar instabiliteter och inkonsistenser med det handlar även att synliggöra det som texten inte talar om. I skede två, förskjutningen, skrivs motsatstermerna återigen ner som text, men ges då en annan innebörd, status och påverkan. Därmed skapas en osäkerhet som rubbar textens tidigare ordning och som eventuellt visar att begreppen varit godtyckliga. I min analys av motsatspar använder jag mig av steg 1 men inte av 2. Ambitionen har inte varit att försöka förskjuta motsatsparen, eftersom en sådan inte skulle rymmas inom syftet. Eftersom dekonstruktion fokuserar på språkets detaljer och logik kompletterar den väl Foucaults diskursteori, som är mest användbar på makronivå.

Diskursiv formation av valfrihet och vårdgaranti

I detta avsnitt illustreras hur två teman, valfrihet och vårdgaranti, båda förknippade med marknadsdiskursen, sprids till sjukvården och försöker vinna fäste och legitimitet där. Temana är uppbyggda av ord som val, frihet, vård och garanti. När orden sätts samman bildas fraser som valfrihet och vårdgaranti. Fraserna sprids och influerar sjukvårdens diskursordning. Valfrihet och vårdgaranti anses i den allmänna sjukvårdsdiskursen bidra till att förstärka patientens ställ-

ning i meningen ökad delaktighet och ökat inflytande (Landstingsförbundet 2004). Ökade valmöjligheter och vårdgarantier har dessutom under de senaste 15 åren använts i den politiska sjukvårdsdiskursen som "instrument" för att öka tillgängligheten av sjukvård och minska vårdköerna, därför att tillgänglighet och vårdköer anses vara stora problem och därmed utgöra möjlighetsvillkor för en förändrad sjukvårdsdiskurs (ibid. sidan 27). Detta förhållande illustreras av några frågor som inkommit till Landstingsförbundets e-brevlåda:

Hur får man reda på väntetider till behandlingar som ej finns beskrivna? Hur bestäms vilka behandlingar det redovisas tider för? Jag vill veta mer om väntetider för en axelledsoperation men jag hittar ingen information om det.

Undrar var jag kan få information om valfrihetsvård eftersom jag väntat i 4 år på att få vård. (ibid. sidan 46-47)

I utsagorna ovan frågas efter information om väntetider till behandling och vård.

Det fria vårdvalet formeras

En av marknadskursens effekter på samhället är att valfrihet eller med andra ord det fria vårdvalet, artikuleras i allt fler sammanhang. Att göra val tenderar att bli en allt större del av det privata handlandet som kan beskrivas som individuellt. Liksom i Europa har valfrihet sedan slutet av 1980-talet blivit ett tema i sjukvården i Sverige (Ringard et al 2005) från ett läge som utmärks av en låg grad av valfrihet, eller ingen alls, där den vårdsökande hänvisats till ett

visst sjukhus, till ett läge som definieras av rätten att välja sjukhus, läkare och behandling (Blomqvist 2002). I Sverige har det, till skillnad från övriga nordiska länder inte lagstiftats om fritt vårdval. Initiativet till fritt vårdval togs i stället av landstingsförbundet år 1989. Eftersom reglerna för valfrihet utvecklats olika inom landstingen har Landstingsförbundet samlat dessa och fått bred uppslutning för en rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården (Landstingsförbundet A 00:56) som gäller från 2001-07-01:

1. Vården lämnas av landsting och andra vårdgivare med offentlig finansiering.
2. Patienterna skall erbjudas möjlighet att inom det egna landstinget välja vårdinrättning/vårdgivare inom primärvården (en utvidgning av hälso- och sjukvårdslagen), att välja öppenvårdsmottagning för specialistsjukvård och sjukhus inom länssjukvården.
3. Patienterna skall erbjudas möjlighet inom andra landsting att välja primärvård, att välja öppenvård för specialistsjukvård i enlighet med landstingets remissregler och att välja behandling i slutenvård vid sjukhus inom länssjukvården eller i öppenvård för specialistsjukvård, efter det att behovet har fastställts i hemlandstinget.
4. Vid mer kostnadskrävande åtgärder krävs godkännande av hemlandstinget. Patienten svarar för reskostnader som det egna valet av vårdgivare i annat landsting medför.

Rekommendationen ovan säger att patienten skall få välja sjukvård vare sig det gäller primärvård, öppen specialistvård eller sluten vård inom andra landsting än det egna, med eller utan remiss. En patient som behöver en starroperation kan välja att få denna operation utförd i det egna eller i ett annat landsting än det egna, oberoende av skälen till valet. Med andra ord sägs inte patienten vara hänvisad till det egna landstingets vårdutbud utan det har skett en form av frisättning av individens valmöjligheter. Ett hinder som framgår av paragraf fyra kan vara att patienten själv får betala resor i samband med vård utanför det egna landstinget

Valfriheten framstår som ytterligare beskuren, vilket framgår av paragraf tre ovan, som säger att behovet av operation skall fastställas i det egna landstinget, i praktiken av läkare. Inskränkningen grundar sig på Hälso- och Sjukvårdslagens (Sahlin 2000) tredje paragraf:

Patienten har inte rätt till behandlingar utanför det landsting inom vilket han eller hon är bosatt, om detta kan erbjuda en behandling som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Då patientens rätt till valfrihet, vilket framgår av citatet, underordnas hemmalandstingets beslut betyder detta att valfriheten inskränks till att framföra önskemål om vård på annan ort. Eftersom det är läkaren som fastställer det medicinska behovet och diagnosen, inte patienten, är det läkaren som innehar nyckeln till valfriheten. Det är också läkaren som ensam remitterar patienten till specialist. Diskussionen om valfrihetens innebörd tydliggör att det krävs en

precisering om vad rekommendationen och landstingets beslut innebär och vad lagen säger.

Det krävs även en analys av hur läkare, som innehar en maktposition i hälso- och sjukvårdens organisering, uppfattar och hanterar valfriheten. För genomförande av valfrihet och för att minska den assymetriska maktrelation som råder mellan sjukvården och patienten är läkarens insats central. Enligt Winblad Spångberg som i avhandlingen "Från Beslut till Verklighet. Läkarens roll vid implementeringen av valfrihetsreformen i hälso- och sjukvården" (2003) är det läkaren som patienten har regelbunden kontakt med och känner förtroende för, som ger patienten den information som krävs för att göra val, liksom det är läkaren som utfärdar remiss och på det sättet godkänner patientens val i förväg. För genomförande av valfrihet och för att minska den assymetriska maktrelation som råder mellan sjukvården och patienten är läkarens insats central. Winblad Spångberg hävdar att valfriheten inte fått ett större genomslag i Sverige. Ett skäl till är enligt Winblad Spångberg att även om läkarna säger sig vara positiva till valfrihet har de inte informerat tillräckligt om olika sjukhus, kötider och kvalitet, det vill säga om olika alternativ. Detta sägs bero på att läkare har otillräcklig kunskap om alternativen. En alternativ förklaring kan vara att trots att valfriheten är överenskommen och beslutad politiskt så är denna maktutövning otillräcklig för att åstadkomma ett brett genomförande som inkluderar god information till patienter och någon form av stödsystem.

En liknande slutsats som Winblad Spångbergs drar Renstig och Westlin (2004) i en undersökning gjord åt Svenskt Näringsliv. De hävdar att "Fritt vårdval gäller inte i verkligheten. Det är svårt att boka tid utanför det egna landstinget." Enligt undersökningen saknas på flertalet kliniker information och service som möjliggör ett vårdsökande utanför det egna landstinget. Läkarens centrala roll, särskilt husläkarens eller primärvårdsläkarens i att informera och remittera patienten poängteras, liksom Winblad Spångberg (2003) gör, även av Ringard et al (2005). Rollen kräver, om den ska kunna fungera, en större insats av läkaren.

Det krävs emellertid att den vårdsökande själv utövar sin valfrihet. Friheten att göra egna val bygger på aktiva handlingar och val av olika tillgängliga handlingssätt. Friheten är, säger Foucault (1991, sidan 47), en praktik som utövas. Institutioner, lagar, strukturer och information garanterar inte friheten, men stödjer den. Den enda garantin för frihet är utövandet av friheten. Utan handling förblir valfriheten en samling av löften och regler. I praktiken är det få, men ändå successivt allt fler, patienter som utnyttjar valfriheten (Winblad Spångberg 2003, Ringard et al 2005). Enligt Ringard et al (2005) skriver att norska data visar att det främst är personer med god hälsa och utbildning som har förmåga att använda sig av valfriheten. På motsvarande sätt är det svårare för patienter med en lägre grad av hälsa och som är lägre utbildade att göra val i sjukvården. Även om människor inte utnyttjar valfriheten direkt, så uppfattar de trots detta känslan av att kunna

utnyttja den som väsentlig (Ringard et al 2005).

Rekommendationens tyder likväl på, trots svårigheterna att tolka valfrihetens gränser och svårigheterna i genomförandet, att ett fortsatt genomförande av den betyder att den landstingsbedrivna sjukvården tar ett steg i riktning mot att utvecklas till en form av starkt reglerad marknad. Slutsatsen vidimeras av socialminister Lars Engqvists uttalande i en debattartikel i Dagens Nyheter den 24 februari 2002 under rubriken *Bryt blockpolitiken*: "För att minska väntetiderna är ett fritt vårdval över hela landet av central betydelse. Landstingsförbundets rekommendation om valfrihet för patienterna har redan tagits av de flesta landsting." Socialministern legitimerar här ett fritt vårdval i hela landet. Från och med 2003 har samtliga landsting, efter debatt och politiska påtryckningar från regeringen, anslutit sig till rekommendationen. Det fria vårdvalet har därmed vunnit politisk legitimitet i Sverige.

Vårdgarantin formeras

Möjlighetsvillkoret (Foucault 1993) för att införa en vårdgaranti i den svenska hälso- och sjukvården var och är fortfarande diskussionen om långa vårdköer och den bristande tillgängligheten, särskilt långa väntetider (Landstingsförbundet. 2004). Enligt Hanning och Spångberg (2000, sidan 16-17) stod väntetider i fokus i den politiska sjukvårdsdebatten redan i mitten av 1980-talet och början av 1990-talet. Beskrivningar i press och andra media har under lång tid karakteriserats av långa väntetider

och vårdköer. Dessa ses som ett gissel som bör avskaffas. Ett botemedel sägs vara att införa en väntetidsgaranti eller vårdgaranti, som kan beskrivas som en tjänstegaranti, för att tala Service Managementspråk.

Embryot till vårdgarantin skapades i slutet av 1980-talet när det avsattes särskilda ekonomiska resurser till Socialstyrelsen, vilka landstingen kunde ansöka om, under förutsättning att de riktades till att behandla kranskärls-, höftleds- och starroperationer. Enligt samtal med Landstingsförbundets handläggare i frågor som rör vårdgaranti, valfrihet och väntetider (Hanning 2004-03-24) var det moderaterna som år 1991 i Landstingsförbundets styrelse, mot bakgrund av utvecklingen med så kallade "Patient Charters" i England, föreslog att en vårdgaranti skulle införas i Sverige. Förslaget vann politisk accept under år 1991 och en officiell vårdgaranti kunde sedan införas 1992 av den borgerliga regeringen för tolv olika medicinska områden (Socialstyrelsen 1991).

Syftet med vårdgarantin var att reducera väntetider för utvalda behandlingar. Enligt Hanning (2004-03-24) innebär vårdgarantin att få en behandling-såtgärd utförd eller ett besök till en läkare inom en viss tid, såvida läkaren och patienten inte kom överens om något annat. Om vårdgarantin inte kunde uppfyllas inom det egna landstinget inom utlovad tid, hade patienten rätt att, utifrån valfriheten, söka vård inom ett annat landsting. Denna rätt skulle fungera som ett hot mot det egna landstinget, som skulle betala för vården i det andra.

Ansvar för att genomföra vårdgarantin var lagt på klinisknivå varför avgörande för att reformen skulle implementeras var att läkarna på kliniken var positivt inställda till vårdgarantin eftersom den bedömdes kunna utgöra ett hot mot klinikens autonomi och dess prioriteringsordning (Hanning och Winblad Spångberg 2000, sidan 18). Det är nämligen läkare som bestämmer över regler och indikationer för vilka patienter som skall föras upp på väntelista och i vilken ordning de skall ställas på listan. Med en vårdgaranti som baseras på ett urval av patientgrupper som skall behandlas inom en viss tid finns det en risk för att dessa regler, indikationer och medicinska prioriteringar, som bildar den medicinska ordningen på kliniken utsätts för ett ingrepp från den politiska makten som rubbar ordningen.

Vårdgarantin från 1992 omprövades emellertid som en följd av att *Prioriteringsutredningen* benämnd *Vårdens svåra val* (SOU 1995: 5) inte ansåg att dessa tolv områden var de högst prioriterade behoven jämfört med *Prioriteringsutredningens* egna bedömningar (Landstingsförbundet 2004, sidan 9). År 1997 togs den ursprungliga vårdgarantin bort och kvar blev en form av besöksgaranti som fortfarande gäller i hela riket (ibid.). Några borgerliga landsting valde dock att behålla även vårdgarantin, vilket visar att vårdgarantitemat under 1990-talet inte drevs under full politisk samstämmighet.

Under början av 2000-talet har, liksom på 1990-talet, intresset för valfrihet kombinerats med en idé om en nationell vårdgaranti. Under valrörelsen 2002

tillhörde frågan om en nationell vårdgaranti valdebatten. De borgerliga partierna var de som sedan tidigare hade initiativet i frågan och partiledarna Bo Lundgren, Alf Svensson, Maud Olofsson och Lars Leijonborg skrev i Dagens Nyheter (2002-07-12) att "En vårdgaranti kommer att införas som garanterar vård i tid och valfrihet för patienten mellan olika vårdgivare. Enskilda människor skall återfå makten över sin vardag". Här ser vi att fraserna valfrihet och vårdgaranti förekommer i samma utsaga. Under 2002 förde även socialdemokraterna fram tanken på en nationell vårdgaranti, vilket framgår av vad statsråden Lars Engqvist, Ingela Thalén, Bosse Ringholm, Mona Sahlin och Björn Rosengren (2002) skrev i Dagens Nyheter:

Sammantaget finns nu en god grund för att en enhetlig vårdgaranti ska kunna genomföras i hela landet. Den så kallade 0-7-90-regeln ska gälla inom hela hälso- och sjukvården. Patienten ska komma i kontakt med sin vårdcentral samma dag, 0 dagar i väntetid. Inom 7 dagar ska man få träffa sin familjeläkare och inom 90 dagar ska man få behandling. Den socialdemokratiska regeringen och Landstingsförbundet ska nu gemensamt diskutera de praktiska förutsättningarna för att införa en enhetlig nationell vårdgaranti. Garantin ska gälla alla diagnoser och omfatta hela vårdkedjan.

Vårdgarantin skulle enligt statsråden omfatta alla diagnoser och hela vårdkedjan, som kan förstås som den process som möjliggör en ökad samverkan mellan olika vårdgivare. Det är hela vårdkedjan som sägs kunna garanteras med den nya vårdgarantin, vilket utgör en betydande skillnad gentemot den tidigare vårdgarantin som konstruerades på 1990-talet. Detaljerade tidsangivelser

anges för hur vårdgarantin ska uppfyllas. Det politiska löftet om vårdgarantin manifesterades av socialminister Engqvist och landstingsförbundets ordförande Isaksson (s) i en artikel med titeln *Nu gäller det fria vårdvalet* i Hallandsposten (2002-12-21):

Från år 2004 tar vi nästa steg och inför en enhetlig vårdgaranti för alla diagnoser. Genom att sjukvården successivt får mer resurser för att öka tillgängligheten och korta köerna anser vi det fullt möjligt att nästa år introducera en sådan nationell vårdgaranti. Med en vårdgaranti stärker vi patientens ställning ytterligare. [...] Vårdgarantin tydliggör vårdens åtagande att erbjuda behandling vid en tidpunkt som passar patienten. Kan patienten inte erbjudas detta vid den aktuella mottagningen får han eller hon välja annan vårdgivare.

Det är intressant att notera att regeringen och landstingsförbundet här framför ett gemensamt budskap. Ännu intressantare är att det även tycks råda consensus mellan regeringen och oppositionen om vikten av att införa en vårdgaranti som kombineras med valfrihet i sjukvården. De ideologiska skillnader som förekommit mellan politiska partier elimineras av det consensusskapande språket med vårdgaranti och valfrihet som honnörsbegrepp. Därmed förstärks tanken på att en nationell vårdgaranti kan förverkligas.

Sättet att skriva ger ett intryck av beslutsamhet och en vilja att handla aktivt. Vårdgarantin är tänkt att precisera Hälso- och Sjukvårdslagens (Sahlin 2000) allmänna målinriktade formuleringar med preciseringen att vård skall erbjudas vid en tidpunkt som passar patienten. Uppfylls inte detta löfte får patienten lov att välja en annan vårdgivare.

Gemensamt för de återgivna ut-sagorna om vårdgarantin är att de producerats under valåret 2002 och har karaktären av politiska löften. De förmedlar en optimistisk bild av vårdgarantin men utesluter kärva ekonomiska realiteter och praktiska förutsättningar för ett genomförande.

Under 2004 har regeringen återkommit¹ med ett förslag om att föreslå en nationell vårdgaranti som skall genomföras från den förste november 2005.

Den särskilda tillgänglighetssatsningen under 2002-2004 har - tillsammans med bl.a. Landstingsförbundets rekommendation om det fria vårdvalet, utvecklingen av Väntetidsdatabasen hos Landstingsförbundet och Socialstyrelsens arbete med riktlinjer för prioriteringar - utgjort en del i en samlad satsning för att komma till rätta med väntetidsproblemen i den planerade hälso- och sjukvården. Dessa samlade åtgärder har också banat väg för införandet av en nationell vårdgaranti. Tillgänglighetssatsningen och vårdgarantin kompletterar varandra och bör därför utgöra en samlad satsning. Regeringen avser att under hösten 2004 teckna en permanent överenskommelse med Landstingsförbundet om tillgänglighet och införandet av en nationell vårdgaranti den 1 november 2005. För ändamålet föreslås anslaget 48:1 *Kommunalekonomisk utjämning* ökas med sammanlagt 1,95 miljarder kronor 2005. Från och med 2006 föreslås anslaget utökas med 1,75 miljarder kronor per år. Genom införandet av en vårdgaranti tas ett viktigt steg för att förbättra kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården.

Enligt förslaget behövs det en samlad satsning för att komma till rätta med väntetiderna. Vi ser därför hur det sker en länkning mellan en särskild tillgänglighetssatsning 2002 - 2004, det fria vårdvalet, väntetidsdatabasen och socialstyrelsens arbete med riktlinjer för

prioriteringar och en nationell vårdgaranti. Dessa tre i texten sammankopplade åtgärder banar väg för införandet av en nationell vårdgaranti. På det sättet framstår dessa åtgärder som viktiga delar av formeringen av vårdgarantin. Genom att införa en vårdgaranti skall tillgängligheten förbättras i sjukvården och väntetider minskas. Det framgår också av texten att särskilda ekonomiska medel skall avsättas för att genomföra vårdgarantin. Den ekonomiska satsningen understryker hur viktiga åtgärderna tycks vara för regering och riksdag.

Jag har nu visat hur först valfriheten och sedan vårdgarantin formerats i den svenska sjukvårdsdiskursen. Det är emellertid inte självklart att dessa reformer av ekonomisk karaktär står i samklang med begrepp som patienträttigheter, med medicinska prioriteringar eller med vårdköer som har sitt ursprung från andra diskurser (vård, medicin och juridik) är den ekonomiska. Det är därför intressant att studera hur förhållandet mellan vårdgaranti respektive prioritering samt mellan vårdgaranti och vårdkö kan beskrivas? Och vilken substans ryms i vårdgarantin ställt i relation till patientens rättigheter? Dessa antydda motsatspar kommer att analyseras med stöd av dekonstruktion i följande avsnitt.

Dekonstruktion av motsatspar i sjukvården

Kommer en nationell vårdgaranti att vinna legitimitet? Finns det inte diskurser som försöker motverka och hindrar en sådan utveckling? Redan i intro-

duktionen talade jag om att under andra hälften av 1990-talet tonades marknadsdiskursen ner något i Sverige (Harrison och Calltorp 2000). I stället började ett styrningstänkande påverka utvecklingen. Landstingen försöker därför styra servicenivåer till de vård sökande och det framträder därmed en form av motdiskurs till marknad, en styrningsdiskurs. I denna diskurs ingår begreppet prioritering. Av regeringens förslag till statsbudget 2005 (se ovan) framgår att introduceringen av en nationell vårdgaranti sammankopplas med valfrihet till vård. Vårdgarantin förbinds även med prioritering. Denna förbindelse intressant därför att vanligen framställs vårdgaranti och prioriteringar som varandras motsatser, det vill säga som ett motsatspar. Det finns därför anledning att genom dekonstruktion analysera förhållandet mellan vårdgaranti och prioritering.

Förhållandet mellan vårdgaranti och väntetider, där väntetider betyder att människor väntar i en vårdkö, kan också beskrivas som ett motsatspar som är intressant att dekonstruera.

Utöver de två nämnda motsatsparen ovan kommer jag inledningsvis även att dekonstruera det grundläggande förhållandet mellan vårdgaranti och patienträttigheter.

Jag har således valt att dekonstruera tre motsatspar. Dessa förekommer i auktoritativa politiska sjukvårdstexter som Hälso- och sjukvårdslagen (Sahlin 2000), Rekommendation om valmöjligheter i sjukvården (Landstingsförbundet 2000) samt *Förslag till statsbudget för 2005 Hälsovård, sjukvård och social omsorg* (Finansdepartementet 2004) och utgörs av:

- vårdgaranti contra juridiska patienträttigheter (1)
- vårdgaranti contra prioritering (2)
- vårdgaranti contra vårdkö (3)

Motsatser har även tidigare beskrivits inom sjukvårdsforskningen, men inte dekonstruerats, som skilda logiker eller världar mellan medicin, politik och administration (Östergren, Sahlin Andersson 1998), som skilda domäner (Aidemark 1998) eller som olika diskurser som marknad och medicin (Nordgren 2003). Ett tydligt motsatspar som ofta nämns i debatten handlar om "patient contra kund", ett motsatspar som jag har analyserat (Nordgren 2003) och då dragit slutsatsen att begreppen patient respektive kund, som vanligen framställs som varandras motpoler, i stället kan komplettera varandra under förutsättning av att de användas nyanserat.

Dekonstruktion av vårdgaranti contra patienträttigheter

Låt mig börja med att klargöra den lexikala betydelsen av ordet garanti som enligt Nationalencyklopedin (2000) definieras som "ett löfte om (att ta ansvar för) att något kommer att fungera plan enligt eller enligt överenskommelse." Det skall finnas ett dokument som styrker ett sådant löfte (ibid.). Exempel på dokument kan vara garantisedel.

För patienten och vårdgivaren är det av vikt att känna till vårdgarantins juridiska status. Utgör den en civil juridisk rättighet för patienten? Nej, den utgör inte det, snarare kan den inrangeras som en svag rättighet i juridisk mening, vil-

ket dock inte hindrar att vårdgivaren kan se den som en skyldighet att genomföra. Inte minst påverkas vårdgivarna av den förankring och politiska legitimering som vårdgarantin i 2005 års tappning har fått. Därtill får läggas den uppmärksamhet och bevakning som garantin utsätts för i massmedia, som också påverkar vårdgivarnas genomförande av garantin.

Politiker och jurister artikulerar patienträttigheter i nya eller ändrade lagar som omfattar ambitioner som syftar till att garantera patienträttigheter för enskilda personer (Nordgren 2003). Lagarna spelar en viktig diskursiv roll då de beskriver egenskaper i patientens position som kan tolkas som en förstärkning av denna. Ett exempel på en ändrad lag är Hälso- och sjukvårdslagen som ingår i den medicinsk-juridiska diskurs som har påverkat sjukvårdens diskurser med begrepp som behov, prioritet, integritet och självbestämmande. Dessa honnörsbegrepp som förekommer i lagen visar att denna speglar olika intressen och viljor som vid en första läsning av lagen kan förefalla som varandras motsatser. Lagens principer om behov respektive självbestämmande kan synas stå i ett uppenbart motsatsförhållande till varandra. Behovsprincipen uttrycker hur vård skall ges till den mest sjuke först medan självbestämmande snarast avser den sjukes position som självbestämmande inom vården. Motsatsförhållandet blir genom denna precisering av vad som avses mindre uppenbart.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen förmedlar i diskursiv mening en förskjutning av synen på patientens posi-

tion från informerat samtycke till informerade beslut, en förskjutning som i sin tur omdefinierar läkarens roll (Ottosson 1999, sidan 24) till att stödja patienten så att denne skall ges möjligheter att fatta egna beslut. Hälso- och sjukvårdslagen, som inte definieras som en rättighetslag utan som en skyldighetslag, ger *inte* patienten juridiska rättigheter som kan utkrävas, men den skärper skyldigheten för läkaren att ge patienten individuellt anpassad information om hälsotillstånd och metoder för undersökning och behandling (ibid. sidan 25).

Patienträttighetsbegreppet kan enligt Fallberg (2001) delas in i tre kategorier. Den första och starkaste avser lagligt reglerade rättigheter som innebär att patienten kan vända sig till domstol om patientens rättigheter åsidosätts. Betoningen på legaliteten innefattar rätten att överklaga (Westerhäll 1994, sidan 87). Rättigheterna kallas för egentliga och skall vara preciserade i lagtext och utkrävbara. De är individuella och skall faktiskt kunna göras gällande för den enskilde patienten. Individuella rättigheter motsvarar bäst vad som i allmänhet menas med en rättighet i svenskt språkbruk. Den andra, och svagare, gäller hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot patienter. Rättigheterna är av servicekaraktär innebärande att den enskilde har rätt att ställa krav under förutsättning av att resurser finns (ibid. sidan 88). Den tredje typen av rättigheter omfattar generella riktlinjer och policy som sjukvårdshuvudmännen själva beslutar om. Detta innebär att huvudmannen skall leva upp till vissa mål utan möjlig-

het till sanktioner om målen inte genomförs (Westerhäll 1994, sidan 89).

Vårdgarantin kan inrangeras under den tredje kategorin som omfattar "Icke juridiska policydokument av karaktären Patients' Charter, policydokument och liknande principiella rättigheter där "rätten" främst är av moralisk karaktär." (Fallberg 2001, sidan 4). Vårdgarantin intar således en formell ställning av karaktären politisk viljeyttring, som ett policydokument som uttrycker ett önskvärt politiskt tillstånd. Det är inte fråga om juridiskt bindande löften och den enskilda människan kan inte ställa rättskrav eller ekonomiska anspråk utifrån denna typ av garanti. Vanligen regleras garantin genom ett avtal mellan vårdgivaren eller dess företrädare (Landstingsförbundet) och staten (ibid. sidan 5). Avtal med patienten upprättas inte.

För patienten är det inte möjligt att överklaga ett beslut som gäller tillämpningen av vårdgarantin i domstol eller annat rättsligt organ. I stället får patienten lita till och hoppas på att vårdgarantin ges en substantiell innebörd och verkligen infrias av landstingen genom att dessa tillgodoser behov av information, bokning av besök eller behandling och även står till tjänst med bokning av en alternativ vårdgivare, om inte det egna landstinget har tillräcklig kapacitet att utföra behandlingen inom viss tid.

Dekonstruktion av vårdgaranti contra prioritering

Jag har inledningsvis nämnt att marknadsdiskursen under 2000-talet har blivit utsatt för en motdiskurs som be-

tonar prioritering, styrning och standardisering av patientens vårdprocess.

Ett sätt att åstadkomma standardisering handlar om att styra de vårdsökande till att initialt alltid kontakta landstingets sjukvårdsupplysning, vars uppgift är att ge råd per telefon till den vårdsökande. De vårdsökande upplyses om "rätt vårdnivå" för dem². Att praktiskt få hjälp med att boka en läkartid ingår inte i sjukvårdsupplysningens uppgift. Sjukvårdsupplysningen kan beskrivas som landstingets styråtgärd som syftar till att hindra den vårdsökande från att nå direkt tillgång till specialistsjukvård. Sjukvårdsupplysningen utgör idag, på liknande sätt som *Leon-principen* på 1980-talet (lanserad av psykiatriprofessorn i Linköping Gerdt Wretmark), där Leon utgör en förkortning av *Lägsta effektiva omhändertagandenivå*, ett försök att styra graden av tillgänglighet i vården. Friheten att välja sätts därmed ur spel och i stället utövas kundservice till de vårdsökande på ett mer standardiserat sätt, en tanke som ligger i linje med Service Management-diskursen.

Ett annat sätt att standardisera och styra verksamheten handlar om att landstingen återinför remisstvänet till specialistvård. Avsikten med remisstekniken är att styra, det vill säga tvinga, den vårdsökande att först vända sig till primärvården, som skriver en remiss, som fungerar som en dörröppnare eller förmånsbiljett till sjukhusets specialistläkare. Även mellan länssjukvård och regionsjukvård är det remissen som banar väg för patienten. Utvecklingen går under 2000-talet mot att alltfler landsting återigen kräver remiss i sam-

band med utnyttjandet av valfrihet.

Ett tredje sätt att styra sjukvård handlar om att prioritera så att de mest sjuka får vård först. Detta görs genom att öppet redovisa och tillämpa prioriteringslistor som anger vilka diagnoser som skall behandlas respektive vilka som inte skall behandlas av landstingen. I praktiken innebär detta förfaringsätt att landstingen öppet sätter gränser för vilken vård som det allmänna åtar sig. Den vård som inte prioriteras av landstinget, som bortväljs, får den vård sökande antingen själv betala för eller avstå ifrån. På akutmottagningar tillämpas prioritering oftast på ett aktivt och synligt sätt medan det kan vara svårare att avgöra om prioriteringar görs i samband med behandlingar och vård. I samband med att vårdgarantin genomfördes i Sverige (Hanning 2005), i England och i Norge (Ringard et al 2005) konstaterades att de nationella prioriteringarna som uttrycktes i och genom vårdgarantin inte sammanföll med lokala prioriteringar på klinisk nivå. Ringard et al (2005, sidan 8) skriver således "doctors reporting that they interfiered with clinical prioritization criteria". Därmed ställs kliniker inför en problematik som handlar om vilka prioriteringar som skall göras.

Från regeringens sida skrivs i budgetpropositionen 2006 (Dagens Medicin 2005-11-30) att prioriteringar "inte får tas som intäkt för att begränsa den offentliga sjukvården" utan att denna "skall behandla alla som är i behov av vård". Denna skrivning av regeringen tolkar jag som att prioriteringar helst bör undvikas eller bör ske med stor varsamhet. Det viktigaste är att alla behov

av vård tillgodoses av den offentliga sjukvården som inte bör begränsas.

Jag konstaterar att landstingen, i början av 2000-talet, återigen börjar tillämpa styrningstekniker i syfte att reglera och ransonera tillgängligheten till specialiserad sjukvård. Konsekvensen blir att diskursen om valfrihet och vårdgaranti möts av strömningar som tillsammans formerar en motdiskurs som inskränker på valmöjligheterna i sjukvården. Syftet är att styra den vård sökandes process för att uppnå ökad effektivitet i sjukvårdssystemet. En reflektion över denna tillämpning av styrning är att den uttrycker en återgång till en tidigare dominerande styrnings- och ransoneringsdiskurs inom hälso- och sjukvård.

Dekonstruktion av vårdgaranti contra vårdkö

Trots införandet av vårdgaranti i den svenska sjukvården kan det inte tas för givet att vårdköerna permanent kommer att minska eller upphöra. Tillfälliga förbättringar kan dock förväntas beroende på att särskilda åtgärder sätts in för att reducera köer. Sett i ett historiskt perspektiv har emellertid vårdköerna inte minskat generellt. Det finns ett antal skäl till detta. Ett är att även sjukvård lyder under ekonomiska lagar med tillgång, efterfrågan och pris. Ett lågt pris för patienten kan således medföra en ökad efterfrågan på vård och även medföra överkonsumtion av vård. Vidare ersätts vanligen inte sjukvård i Sverige, till skillnad från i Danmark och Norge, för utförda prestationer. Ersättning utgår enligt någon form av rambudget-

system, ett ersättningssystem som vanligen inte leder till ett ökat antal prestationer.

Ett annat skäl framställs ofta vara att patienten befinner sig i en asymmetrisk position i förhållande till sjukvården och därför inte kan göra egna val grundade på tillräcklig information och kunskap om bästa alternativ. Det saknas således ett gemensamt system som ger patienten information om de tillgängliga möjligheter som existerar i form av sjukhuskapacitet, behandlingssalternativ och risker, kvalitet och priser. I stället är informationen fragmenterad och förekommer i olika register och i olika organisationer. Vidare ger inte husläkarna i allmänhet patienter regelbunden information om olika alternativ (Winblad Spångberg 2003). Det saknas också undersökningar, av typen kundenkäter, som visar patienters preferenser. En enkel vallogik enligt nationalekonomisk teori liknande den kommersiella kunden är därför knappast tillämplig på patientens valsituation i vården.

Ett ytterligare skäl förefaller vara att parallellt med att införandet av vårdgarantin leder till att fler behandlingar genomförs är det troligt att de medicinska indikationerna för att genomföra behandlingar ändras av andra skäl än av införandet av en vårdgaranti (Hanning och Winblad Spångberg 2000, sidan 29). Ett exempel på en sådan indikationsglidning är att patienter med grå starr numera kan opereras i ett tidigare stadium av sjukdomsförloppet (ibid.). En annan glidning i indikationerna kan vara att båda ögonen opereras vid ett och samma vårdtillfälle (ibid.).

Ett tredje skäl till att vårdkön inte minskar kan vara att den medicinska professionen inte anpassar sig till vårdgarantins krav på att behandla en utvald grupp av patienter, beroende på att medicinska behovsprioriteringar inte sammanfaller med de prioriteringar på nationell nivå som vårdgarantin baseras på. Den medicinska professionen anses därför ha makt att förhindra eller försvåra ett genomförande av vårdgarantin (ibid.)

Även om vårdgarantin förväntas leda till att vårdköer reduceras eller elimineras kan således samtidigt förändringar av medicinska indikationer medföra det motsatta. Förklaringen är att medicinska prioriteringar och kliniskt beslutsfattande knappast är konsistent med politiska och ekonomiska prioriteringar.

Sammanfattningsvis kan det erfarenhetsmässigt (Hanning 2005) inte tas för givet att vårdgarantin leder till en långsiktig minskning eller eliminering av vårdköer eftersom det finns andra förutsättningar, medicinska, än vårdgarantin som påverkar vårdköers längd.

Sammanfattning och slutsatser

Jag har i denna studie visat hur begreppen valfrihet och vårdgaranti formerats i sjukvårdsdiskursen. Därefter har jag dekonstruerat tre motsatspar i sjukvårdsdiskursen, vårdgaranti - juridiska patienträttigheter, vårdgaranti - prioritering samt vårdgaranti - vårdkö, som rymmer begreppet vårdgaranti och tre termer som alla berör patientens ställning.

Genom diskursiv formation av språkbruk tenderar vissa begrepp att bli gemensamma i den politiska sjukvårdsdiskursen. Ett exempel på detta är hur diskursen formerats med ord från marknadsdiskursen som valfrihet och vårdgaranti. Parallellt med intåget av marknadstänkande i sjukvården har det pågått en process som syftar till att stärka patientens självbestämmande och egna rättigheter. Sammantaget skapar dessa reformer en grund för en förskjutning av patientens position i sjukvården (Nordgren 2003). Reformerna har karaktär av politisk löftesretorik, där ett löfte som ges är att patienten skall vara förvissad om att få en behandling eller ett besök inom en viss tid. Löftesretoriken verkar consensusskapande och skillnader mellan politiska ideologier och partier tenderar att reduceras, vilket visar sig i att regering och opposition enas om att genomföra valfrihet och vårdgaranti.

Det som är problematiskt med användningen av begreppen valfrihet och vårdgaranti i sjukvården kan förklaras med att de härstammar från ett ekonomiskt tankesystem, som skiljer sig från den dominerande medicinska diskursen med ord som medicinska behov, diagnos, remiss, prioriteringar och indikationer. Formeringen av det nya språkbruket skapar skillnader, som kan leda till spänningar och kamp mellan diskurserna, som i sin tur kan utgöra en grund för konflikt mellan aktörer inom sjukvården. I kampen mellan diskurser finns det en risk för att den vårdbehövande människan kommer i kläm, eftersom hon utsätts för olika budskap (full valfrihet och vårdgaranti contra

remiss och prioritering) från sjukvårdens sida. Vad är det som gäller, kan patienten fråga sig. Eftersom valfriheten och vårdgarantin syftar till att möjliggöra minskade väntetider för enskilda patienter utifrån nationella riktlinjer och prioriteringar framstår det som uppenbart att den traditionella kliniska och professionella friheten att bestämma över patientens vård hotas. Likaså riskerar patientens självständiga val att bortprioriteras som en följd av de nationella prioriteringarna. Konfliktpunkten ligger i hur prioriteringar görs och hur de påverkar den vård sökandes val. För patienter och vård sökande blir valet inte fritt eftersom det i praktiken hindras av institutionella regler som patienten måste följa. Genom att tydliggöra och ventilera skillnaderna mellan diskurserna genom dekonstruktion, skapas det emellertid möjlighet för ökad förståelse för hur de är tillkomna.

Syftet med reformerna sägs vara att reducera väntetider. Effekten av dem tycks också vara att fler behandlingsåtgärder vidtas och att väntetider därför initialt minskar, för att återigen öka som en följd av att medicinska indikationer för när vård skall ges ändras gradvis. Både språk och indikationer tycks befinna sig i ständig rörelse. Sammantaget finns det därför inte entydiga belegg för att väntetiderna på lång sikt minskar som konsekvens av reformerna.

Ett påtagligt problem vid genomförande av reformerna sägs vara att patienter är otillräckligt informerade om vad valfrihet och vårdgaranti innebär för dem. Om patienter inte informeras

om valfrihetens och vårdgarantins faktiska möjligheter reduceras värdet av reformerna och de fungerar främst som politisk diskurs. I så fall blir även talet om den enskildes möjlighet till individuellt ansvar genom egna val av läkare och behandling (självformering enligt Foucault 1997), i syfte att stärka sin egen hälsa, av reducerat värde.

Valfrihet och vårdgaranti utgör politisk retorik om reformer grundade på marknadstänkande. Reformerna lyfts in i sjukvården av det politiska systemet för att få sjukvården att fungera smidigare och för att stärka patientens ställning.

Med tanke på den korta tid om några år, som båda reformerna formerats och varit i praktiskt bruk, anser jag inte att det är rimligt att dra några slutsatser om de kommer att nå legitimitet bland läkare och medarbetare i sjukvården och bland medborgare och patienter. Reformernas genomslag och effekter bör därför studeras även i ett längre tidsperspektiv.

Referenslista

Blomqvist, Paula, 2002

Ideas and Policy Convergence: Health Care Reforms in the Netherlands and Sweden in the 1990s. New York: Columbia University.

Bergstedt, Bosse, 2004

"Efter bildning: en dekonstruktiv läsning av ett svenskt och ett danskt bildningsbegrepp, i Lärandets skilda vägar: om kunskapsbildning i mångkulturella kontexter." I Bergstedt, Bosse och Hans Lorentz (red) *Pedagogiska rapporter*. Lunds universitet: pedagogiska institutionen, 2004:83.

Chia, Robert, 1996

Organizational Analysis as Deconstructive Practise. Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Chia, Robert, 2000

"Discourse analysis as organizational analysis." *Organization*, 7(3): 513-518.

Dagens Medicin, 2005-11-30

"Nyheter om sjukvård och medicin."

Derrida, Jaques, 1976

Of Grammatology. London: Johns Hopkins University Press.

Derrida, Jaques, 1991

Rösten och fenomenet. Stockholm: Thales.

Edvardsson, Bo och Patrik Larsson, 2004

Tjänstegarantier. Lund: Studentlitteratur.

Fallberg, Lars, 2001

Patienträttigheter i Norden. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

Forssell, Anders och David Jansson, 2000

Idéer som fångslar - recept för en offentlig reformation. Malmö: Liber.

Foucault, Michel, 1993

Diskursens ordning. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings.

Foucault, Michel, 1997

"The Ethics of the Concern of the Self as a Practise of Freedom." I *Ethics. Subjectivity and Truth: Essential works of Michel Foucault, Vol. 1:281-301.* New York: New Press.

Foucault, Michel, 2002

Vetandets Arkeologi. Lund: Arkiv förlag.

Friedman, Milton och Rose Friedman, 1980

Frihet att välja. Malmö: Liber Läromedel.

Grönroos, Christian, 2002

Service Management och marknadsföring – En CRM Ansats. Malmö: Liber.

Gummesson, Evert, 2002

Relationsmarknadsföring Från 4 P till 30 R. Malmö: Liber

Hanning, Marianne och Ulrika Winblad Spångberg, 2000

"Maximum waiting time - a threat to clinical freedom? Implementation of a policy to reduce waiting times." *Health Policy*, 52:15-32.

Hanning, Marianne, 2005

Maximum Waiting-Time Guarantee - A Remedy To Long Waiting Lists? Assessment of the Swedish Waiting-Time Guarantee Policy 1992-1996. Uppsala Universitet: Acta Universitatis Uppsaliensis.

Harrison, Michael och Johan Calltorp, 2000

"The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care." *Health Policy*, 50: 219-240.

Kastberg, Gustaf, 2005

Kundvalsmodeller. En studie av marknadsskapare och skapade marknader i kommuner och landsting. Göteborgs universitet: Förvaltningshögskolan.

Landstingsförbundet, 2000

A00:56. Rekommendation om valmöjligheter i sjukvården.

Landstingsförbundet, 2004

Projekt Väntetider i vården. 1998-2004 - hur går vi vidare?

Levitt, Theodore, 1972

"Production-line approach to service." *Harvard Business Review*, 50: 41-52.

Norén, Lars, 2003

Valfrihet till varje pris. Om design av kundvalsmarknader inom skola och omsorg. Göteborg: BAS.

Nordgren, Lars, 2003

Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position. Lunds Universitet: Lund Business Press.

Nordgren, Lars, 2005

"Konsekvenser av att applicera servicemötets kundbegrepp på hälso- och sjukvården - en kritisk analys." I Corvellec, Hervé och Hans Lindqvist, (red) *Servicemötet - Multidisciplinära öppningar.* Malmö: Liber.

Normann, Richard, 2001

När kartan förändrar affärslandskapet. Malmö: Liber.

Ottosson, Jan-Otto, 1999

Patient - läkarrelationen Läkekonst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur.

Proposition 2004/05:1

"Förslag till statsbudget 2005. Hälsovård, sjukvård och social omsorg."

Renstig, Monica och Karin Westlin, 2004

"Tillgänglighet, Bemötande och Väntetider vid 100 kliniker." Stockholm: Svenskt Näringsliv.

Ringard, Ånen, Ana Rico och Terje Hagen, 2005

"Expanded patient choice in Norway and the UK: Will it succeed?" Paper vid 18. NFF-konferensen i Århus 2005.

Sahlin, Jan, 2000

Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Förf. och Norstedts Juridik AB.

Sahlin - Andersson, Kerstin, 2002

"National, International and Transnational Constructions of New Public Management." I Christensen, T., Laegreid, P. (2002) *New Public Management. The transformation of ideas and practice.* Hampshire: Ashgate.

Socialstyrelsen, 1991

God vård i tid.

Vrangbaek, Karsten och Katarina Östergren, 2004

"The introduction of choice in Scandinavian Hospital Systems - Arguments and Policy Processes in the Danish and Norwegian Case." Working paper 5. Rokkan Center for Social Research.

Westerhäll, Lotta, 1994

Patienträttigheter. Lund: Nerenius & Santérus förlag.

World Health Organization, 2000

The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.

Winblad Spångberg, Ulrika, 2003

Från Beslut till Verklighet. Läkares roll vid implementeringen av valfrihetsreformen i hälso- och sjukvården. Uppsala Universitet: Acta Universitatis Uppsaliensis.

Östergren, Katarina och Kerstin Sahlin-Andersson , 1998

Att hantera skilda världar. Stockholm: Landstingsförbundet.

Noter

¹ Förslag till statsbudget för 2005. Häsovård, sjukvård och social omsorg. Avsnitt 3:4 Mål: Kvaliteten och tillgängligheten ska förbättras, sidan 21.

² Se även förslag till statsbudget för 2005 Häsovård, sjukvård och social omsorg Avsnitt 3:4 Mål: Kvaliteten och tillgängligheten ska förbättras, sidan 21-22, där det skrivs att "En sjukvårdsupplysning per telefon som håller hög kvalitet kan öka patientens trygghet i vardagen, stödja egenvården och vägleda de patienter som behöver ett vårdbesök. Samtidigt kan sjukvårdsupplysningen avlasta hälso- och sjukvården besök som inte är nödvändiga och därigenom leda till bättre resursutnyttjande."