

Handelshögskolan i Stockholm
Företagande och Ledning
Examensuppsats, 20 poäng (30 ECTS)

Valfrihet inom den svenska hälso- och sjukvården

En studie av patienters beslutsfattande

Abstract

Citizens' freedom of choice has been a subject of debate in Sweden for over 30 years. This study focuses on decision making processes among patients within the Swedish healthcare system. The main conclusions are that in contrast to how patients' freedom of choice is described within governmental bills and governmental inquiries and reports, patients are not following the steps included in the rational model of decision making. The patients' decision making processes are more irrational than rational and they typically lead to actions rather than to choices. Still though, there is a possibility to attain the intentions of quality improvements and cost efficiency that lies behind the freedom of choice systems that are now implemented into the Swedish healthcare system. Because even though patients do not make rational decisions, they still tend to change from caretakers who they are not satisfied with. The idea that patients have the ability to make rational decisions, as long as the conditions are right, could also be of great value as a breeding ground for improvements in the system.

Keywords: Freedom of choice, decision making process, Swedish healthcare system, freedom of choice system, patients' decisions

Författare: Maria Karlsson, 19379

Handledare: Karin Svedberg Helgesson

Opponent: Charlotta Halfwordson, 21463

Framläggningsdatum: 25 maj 2010

Tack

Den här uppsatsen hade inte varit vad den är idag utan det stöd jag har fått från ett antal personer i min omgivning. I detta sammanhang vill jag börja med att rikta ett stort tack till min handledare, *Karin Svedberg Helgesson*, för att hon har hållit ut de tre år under vilka innehållet i denna uppsats har vuxit fram. Jag kan tänka mig att du är nästan lika glad som jag för att alla de tankar jag har burit på under dessa år till slut har överförts till skriftlig form.

Jag vill även tacka *Riksföreningen mot ätstörningar – Anorexi/Bulimi-kontakt* för den hjälp jag har fått att komma i kontakt med personer som tidigare har fått behandling för ätstörningar. På samma sätt vill jag tacka *Vidarkliniken i Järna* för hjälpen att komma i kontakt med en av deras patienter.

Jag vill också tacka min *mamma* för hjälpen med att komma i kontakt med patienter inom ramen för primärvården och för det tålamod hon har visat under arbetets gång då jag gång på gång har bett henne läsa mina texter. Jag vill även tacka en av mina bästa vänner *Johanna* som också har tagit sig tid att läsa igenom hela uppsatsen innan den skickades in för bedömning och självklart min sambo *Göran* för att han är den han är.

Slutligen vill jag tacka all underbar personal på *Fribergaskolan i Danderyd* där jag har arbetat de senaste två åren. Även de har, medvetet eller omedvetet, tagit del av processen att färdigställa denna uppsats och jag uppskattar allt stöd jag har fått i min strävan att slutföra mina civilekonomstudier. Jag uppskattar även den inspiration som eleverna på skolan har gett mig. Det är en fröjd att få undervisa dessa elever.

Maria Karlsson

Stockholm, den 25 april 2010

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	4
Syfte	4
Frågeställningar	5
Metod	6
Val av intervjupersoner	6
Metod för insamling av empiri	8
<i>Insamling av empiri inom ramen för val av vårdcentral och husläkare</i>	9
<i>Insamling av empiri inom ramen för val av specialistvård</i>	10
Metod för analys	11
Begreppet valfrihet	13
Begreppet val	13
<i>Steg 1: Formulering av mål och syften</i>	14
<i>Steg 2: Sökning efter samtliga möjliga alternativ</i>	14
<i>Steg 3: Utredning av vilka konsekvenser som följer av varje alternativ</i>	15
<i>Steg 4: Val av det alternativ vars konsekvenser bäst stämmer överens med preferenserna</i>	15
Begreppet frihet	17
Begreppet valfrihet inom den politiska beslutsprocessen	18
En historisk tillbakablick	18
Dagens valfrihetsbegrepp	22
Valfrihet i praktiken	26
Patienters beslutsprocesser inom primärvården	26
<i>Anledningar till varför personer vill byta husläkare eller vårdcentral</i>	27
<i>Hur personer går till väga när de byter husläkare eller vårdcentral</i>	29
Patienters beslutsprocesser inom specialistvården	31
<i>Den första kontakten med vården</i>	31
<i>Hur en person går vidare när det första alternativet inte fungerar</i>	32
Ytterligare steg att ta på vägen till ett tillfrisknande och/eller ett värdigare liv	34
<i>Övergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri</i>	36
<i>Betydelsen av att kunna fatta egna beslut när man är i behov av specialistvård</i>	36
Resultatet av patienternas beslutsprocesser	39
Patienters mål och syften inom ramen för primärvården	39
Patienters mål och syften inom specialistvården	41
Hur patienter söker efter alternativ inom primärvården	42
Hur patienter söker efter alternativ inom specialistvården	43
Hur patienter utreder alternativens konsekvenser inom primärvården	45
Hur patienter utreder alternativens konsekvenser inom specialistvården	46
Vad patienternas beslut leder till inom primärvården	48
Vad patienternas beslut leder till inom specialistvården	50
Valfrihetens möjligheter och begränsningar	54
Referenser	58
Appendix	63

Inledning

Från slutet av 1970-talet och fram till idag har begreppet valfrihet varit ett stående inslag i den politiska debatten i Sverige. Det har talats om valfrihet i samband med exempelvis utbildning, hälso- och sjukvård och omsorgs- och stödverksamhet för äldre och personer med funktionsnedsättning. Elever ska idag ha möjlighet att välja skola, patienter ska ha möjlighet att välja utförare inom primärvården såväl som inom specialistvården och äldre och personer med funktionsnedsättning ska ha möjlighet att välja utförare inom respektive omsorgs- och stödverksamhet.

Intensiteten i debatten, samt i valfrihetsreformsarbetet, har varierat under perioden från 1970-talet och fram till idag men sedan regeringsskiftet 2006 kan det sägas att arbetet med att öka olika brukares valfrihet, inom bland annat hälso- och sjukvården, återigen har kommit att intensifieras. 2008 antogs exempelvis lagen (2008:962) om valfrihetssystem vars syfte är att fungera som ett stöd för de kommuner och landsting som vill införa valfrihetssystem inom ramen för omsorgs- och stödverksamhet för äldre och personer med funktionsnedsättning samt inom ramen för hälso- och sjukvård. 2009 antogs även regeringens proposition 2008/09:74 *Vårdval i primärvården*, i enlighet med vilken ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har genomförts som bland annat innebär att samtliga landsting från och med 1 januari 2010 måste ha infört ett vårdvalssystem inom primärvården.

Samtidigt kan man fråga sig vad som egentligen inbegrips i begreppet valfrihet när det används i samband med reformsarbetet inom hälso- och sjukvården. Är begreppet entydigt eller definieras begreppet på olika sätt i olika sammanhang? Man kan också fråga sig vilka politiska mål valfrihetsreformerna syftar till att uppfylla och vilka möjligheterna är att uppfylla dessa mål. Hur förhåller sig med andra ord den praktiska tillämpningen av införda valfrihetssystem till de politiska intentionerna bakom en utökning av medborgarnas valfrihet?

Syfte

Mitt huvudsakliga syfte med denna uppsats har varit att problematisera kring begreppet valfrihet och kring hur detta begrepp används inom den politiska beslutsprocessen i samband med beslut som i första hand rör hälso- och sjukvård. Jag har samtidigt velat lyfta fram de möjligheter och begränsningar som ryms i inrättandet av valfrihetssystem genom att studera hur patienter i praktiken går till väga när de väljer eller, som jag själv föredrar att benämna

det, fattar beslut angående vårdgivare och/eller behandlingsmetoder.¹ Genom min uppsats hoppas jag därmed kunna bidra med ytterligare aspekter till de diskussioner som i dagsläget förs om hur valfriheten inom kommuner och landsting kan och bör ta sig uttryck, eller till viss del om den bör ta sig några uttryck alls.

Frågeställningar

Med uppsatsens syfte som utgångspunkt har följande frågeställningar varit av intresse att besvara:

1. Hur går patienter inom den svenska hälso- och sjukvården till väga när de ska fatta beslut angående vårdgivare och/eller behandlingsmetoder?
2. Vad leder patienternas beslutsprocesser till?
3. Hur förhåller sig resultatet av patienternas beslutsprocesser till de politiska intentionerna i samband med valfrihetsreformerna inom svensk hälso- och sjukvård?

¹ En utförligare diskussion kring förhållandet mellan val och beslut kommer i avsnittet som behandlar *Begreppet valfrihet*.

Metod

För att ha möjlighet att uppfylla mitt huvudsakliga syfte med uppsatsen, det vill säga att problematisera kring begreppet valfrihet och kring hur detta används inom den politiska beslutsprocessen i samband med beslut som i första hand rör hälso- och sjukvård har jag valt att studera rapporter, propositioner och annan litteratur där begreppet återfinns. Jag har även genomfört 5 längre och 30 kortare intervjuer med personer som har fattat beslut angående vårdgivare och/eller behandlingsmetoder för att därmed få en bild av hur patienters beslutsfattande går till i praktiken. En mer ingående beskrivning av mina avvägningar när det gäller val av intervjupersoner, insamling av empiri och metod för analys följer nedan.

Val av intervjupersoner

Jag har valt att inrikta mina intervjuer mot i första hand två olika former av vård, primärvård och specialiserad ätstörningsvård. Den första formen av vård ryms exempelvis inom ramen för Vårdval Stockholm, en reform som infördes den 1 januari 2008 i Stockholms län. Reformens syfte var att göra det enklare för invånarna i länet att välja husläkare eller mottagning samt att öka tillgängligheten genom fri etablering och ökad mångfald av vårdgivare. Individer som tillhör Stockholms län skulle genom Vårdval Stockholm ha rätt att välja bland vårdgivare som är auktoriserade av landstinget, det vill säga som har ett avtal att på uppdrag av landstinget bedriva primärvård. Vårdgivarna skulle i sin tur få ersättning från landstinget för de patienter som valt mottagningen. (Almroth, 2008).

Anledningen till att jag har valt att titta närmare på valet av primärvård, i detta fall inom ramen för Vårdval Stockholm, är i första hand att detta har varit en aktuell fråga på nationell såväl som på regional nivå. Det kan även ses som ett mindre komplext val som omfattar ett större antal människor än exempelvis valet av specialiserad ätstörningsvård. Valet kan dessutom göras utan att personen ifråga är i akut behov av vård.

Mitt beslut att titta närmare på patienters beslutsfattande inom den specialiserade ätstörningsvården grundas å andra sidan på det faktum att detta är ett mycket speciellt område sett ur ett beslutsfattandeperspektiv. Personer som lider av anorexia nervosa tenderar exempelvis att ha en bristande sjukdomsinsikt och uppfattar sällan sitt beteende eller sin kroppsvikt som ett problem. De tenderar därmed att i låg utsträckning självmant söka vård. (Clinton, 2007a). En person med bulimia nervosa ser däremot ofta sitt beteende med

återkommande hetsätning i högre grad som ett problem. Även denna grupp patienter tenderar dock att dra sig från att söka behandling då problemen är förknippade med en känsla av skam. (Clinton, 2007b). Beslutsfattandet hos patienter med ätstörningar kan därmed ses som ett ytterst komplext fenomen som väcker många frågor kring exempelvis vem som kan och bör fatta besluten i en situation där en person är i akut behov av vård på grund av sin ätstörning. Det finns även, framför allt när det gäller personer med anorexia nervosa, en motsättning mellan personens egna och omgivningens preferenser, vilket bör få konsekvenser för vilka beslut som fattas och hur dessa fattas.

Ytterligare en aspekt av den specialiserade ätstörningsvården som gör det intressant att titta närmare på patienternas beslutsfattande inom ramen för denna är att det inom bland annat Stockholms läns landsting sedan flera år tillbaka har funnits ett egenanmälningssystem. Ett sådant system innebär att den enskilde patienten kan söka vård genom att lämna in en egenanmälan och att hon² därmed inte är beroende av en remiss från en annan läkare när hon söker vård hos någon av de vårdgivare som är specialiserade på ätstörningsvård och som är auktoriserade av landstinget. Detta ger patienten en möjlighet att direkt vända sig till den vårdgivare hon vill söka vård hos utan att gå via exempelvis en husläkare. 2007 var det ungefär hälften av patienterna som sökte vård via remiss och hälften som sökte vård via en egenanmälan. Prioriteringsordningen är densamma oavsett vilken väg patienten väljer när hon söker vård. (Siverstrand, 2007).

Förutom systemet med egenanmälningar, vilket kan ses som en förutsättning för att patienterna ska kunna göra aktiva val, har det inom ramen för den specialiserade ätstörningsvården i Stockholm funnits såväl privata som offentliga alternativ sedan en första upphandling skedde år 1999. De första avtalen gick ut i slutet av 2005 och under detta år pågick förberedelser för en ny upphandling av kontrakt som började gälla år 2006. Dessa kontrakt gick till Capio AB och AB Mando. Förutom dessa båda privata aktörer finns även en tredje vårdgivare, Stockholms Centrum för Ätstörningar, som i dagsläget bedriver specialiserad ätstörningsvård inom ramen för Stockholms läns landsting. Stockholms Centrum för Ätstörningar drivs av landstinget och är den största vårdgivaren inom den specialiserade ätstörningsvården i Stockholm. (Siverstrand, 2007).

² Då en övervägande del av dem som söker vård för någon form av ätstörning är kvinnor kommer jag att använda hon som pronomen när jag talar om patienter inom den specialiserade ätstörningsvården.

Det har genom åren även saknats en enhetlig syn på hur ätstörningar ska diagnostiseras och behandlas (Siverstrand, 2007). I dagsläget finns diagnoskriterier för olika former av ätstörningar, men oenigheten om vilken behandlingsmetod som fungerar bäst kvarstår. Detta har i praktiken inneburit att olika vårdgivare inom den specialiserade ätstörningsvården förespråkar och använder sig av olika behandlingsmetoder. Valet av vårdgivare kan därmed antas få större konsekvenser för den enskilde patienten än om det hade funnits en enhetlighet mellan vårdgivarna.

Då det har varit problematiskt att komma i kontakt med personer som tidigare har sökt sig till den specialiserade ätstörningsvården har jag som komplement intervjuat en person med en kronisk tarmsjukdom som har sökt sig till en vårdgivare som inriktar sig mot alternativmedicin. Denna intervju har gett mig möjlighet att belysa ytterligare en aspekt av patienters beslutsfattande och kan därför ses som värdefull ur ett analytiskt perspektiv. Jag har även intervjuat en förälder till en person som har haft en ätstörning. Detta kan anses vara av värde då det som sagt inte alltid är möjligt för personer med ätstörningar att fatta egna beslut.

Metod för insamling av empiri

Det finns mycket skrivet om valfrihet inom hälso- och sjukvården och jag har under arbetet med denna uppsats därmed varit tvungen att prioritera mellan de skriftliga källor som jag har kommit i kontakt med. För att kunna göra denna prioritering har jag valt att till en början läsa två böcker med koppling till ämnet för att sedan använda mig av referenserna i dessa när jag har sökt efter ytterligare källor. Jag har även läst de tre delbetänkandena och slutbetänkandet inom ramen för *Utredningen om patientens rätt*³, samt SOU 2008:15 *LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem*, regeringens proposition 2008/09:74 *Vårdval i primärvården* och regeringens proposition 2008/09:29 *Lag om valfrihetssystem*. Genom dessa har jag funnit ytterligare ett antal rapporter av intresse, däribland Konkurrensverkets rapport från 2007 *Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg – förslag för konkurrens och ökat företagande*, Socialstyrelsens rapport från 2004 *Att välja hemtjänst* och Statskontorets rapport från 2007 *Vård, skola och omsorg – Vilken information behöver brukaren för att välja*. Dessa utredningar, propositioner och rapporter har legat till grund för de resonemang om valfrihet

³ *Utredningen om patientens rätt* består av SOU 2008:37 *Vårdval i Sverige*, SOU 2008:127 *Patientens rätt - Några förslag för att stärka patientens ställning*, SOU 2009:49 *Bättre samverkan - Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring* och SOU 2009:84 *Regler för etablering av vårdgivare - Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård*.

inom den svenska hälso- och sjukvården som förs inom ramen för avsnittet *Begreppet valfrihet inom den politiska beslutsprocessen*.

För att kunna bidra till en ökad förståelse för hur patienter går till väga när de fattar beslut om vårdgivare och/eller behandlingsmetoder har jag valt att genomföra kvalitativa semistrukturerade intervjuer till förmån för min uppsats. Genom att använda en kvalitativ intervjumetod har jag haft större möjligheter att erhålla mer uttömmande svar från dem jag har intervjuat än om jag hade använt mig av en kvantitativ metod. Detta medför i sin tur att jag har haft större möjligheter att nå den djupare förståelse som min uppsats syftar till att ge.

Enligt Ib Andersen (1998) bör man också skilja mellan en socialt konstruerad och en materiell verklighet, även om dessa båda verkligheter ryms inom ramen för vår observerade verklighet. Jag delar denna uppfattning och inom ramen för denna uppsats kan den materiella verkligheten anses bestå av information i form av till vilken vårdcentral en viss person vänder sig eller vilken husläkare han eller hon har. Det som huvudsakligen studeras, det vill säga patienternas beslutsprocesser, ryms dock inom den socialt konstruerade verkligheten. Jag har med andra ord anledning att anta att patienterna beskriver sina beslutsprocesser utifrån hur de i dagsläget upplever sin situation så som den var när de sökte vård och inte nödvändigtvis utifrån hur situationen verkligen var. Med kvalitativa intervjuer har jag större möjlighet att förstå hur den person jag intervjuar konstruerar sin verklighet, vilket ger mig större möjlighet att ge en mer rättvisande bild av denna verklighet. Detta är ytterligare ett skäl till varför jag har valt att använda mig av en kvalitativ metod vid insamlingen av empirin.⁴

Insamling av empiri inom ramen för val av vårdcentral och husläkare

Inom ramen för Vårdval Stockholm har jag totalt genomfört 30 intervjuer. Jag har valt att inrikta dessa intervjuer mot valet av vårdcentral och husläkare då detta är en form av vård som samtliga personer i Sverige kan antas komma i kontakt med någon gång under sin livstid. Intervjuerna har, med undantag från en enskild testintervju som genomfördes i början av mitt intervjuarbete, genomförts på tre olika apotek i Stockholmsområdet. Testintervjun har jag valt att ta med i det empiriska material som ligger till grund för uppsatsen då denna genomfördes på ett liknande sätt som de andra intervjuerna om än på en annan plats.

⁴ I *Appendix* finns en sammanställning av de intervjuguider som jag har använt mig av. Då jag har genomfört semistrukturerade intervjuer har dessa guider inte följts till punkt och pricka men de har fungerat som ett stöd för mig i intervjusituationerna.

Det finns två huvudsakliga skäl till varför jag genomförde intervjuerna på tre apotek istället för på exempelvis tre vårdcentraler. Jag tog från början kontakt med flera olika vårdcentraler men bland annat på grund av den sekretess som råder inom vården var det svårt att genomföra intervjuerna där. Genom en personlig kontakt hade jag dock möjlighet att komma i kontakt med de tre apotek där jag sedan genomförde mina intervjuer. Jag insåg också med tiden att en stor fördel med att inte genomföra intervjuerna på vårdcentraler var att jag hade möjlighet att även komma i kontakt med personer som inte nödvändigtvis går till en vårdcentral regelbundet och som kanske inte har varit i kontakt med en sådan på flera år. Dessa personer har bidragit med ytterligare perspektiv på vad ett system som bygger på att ett val görs innebär i praktiken.

Jag skulle ha kunnat genomföra mina intervjuer även på andra platser, till exempel i ett köpcenter eller liknande där det rör sig mycket folk. Jag tror dock att fördelen i detta avseende med att genomföra intervjuerna på ett apotek är att jag som intervjuare möts av en lägre grad av skepsis och erhåller en högre grad av legitimitet än om jag hade genomfört intervjuerna i ett köpcenter. Jag har även ibland kunnat utnyttja de väntetider som uppstår när en person väntar på att hans eller hennes mediciner ska bli klara och har under denna väntetid kunnat genomföra en intervju. I snitt har intervjuerna tagit mellan fem och femton minuter och genom att jag har genomfört dessa på tre olika apotek har jag fått en något högre spridning i materialet med avseende på bostadsort och social bakgrund än vad jag med största sannolikhet hade fått om jag endast hade genomfört intervjuerna på ett apotek. Jag har dock inte för avsikt att analysera huruvida bostadsorten har betydelse för hur personer fattar beslut kring vårdgivare och/eller behandlingsmetoder, men en större spridning i materialet ger trots allt en större tilltro till resultatet. Jag har även varit mån om att intervjua både kvinnor och män i olika åldrar även om betydelsen av denna variabel inte heller är något som jag närmare kommer att analysera i uppsatsen.

Insamling av empiri inom ramen för val av specialistvård

När det gäller den specialiserade ätstörningsvården har kontakterna med två personer som har tagit del av denna form av vård skett via Riksföreningen Anorexi/Bulimi-kontakt. Detta är en ideell förening och de som arbetar inom den har antingen själva haft någon form av ätstörning eller känner någon som haft en ätstörning. Föreningens syfte är att sprida information och genomföra aktiviteter för att på så vis stödja personer med ätstörningar och deras anhöriga, förebygga denna form av sjukdom samt påverka så att ätstörningsvården blir bättre

(Riksföreningen Anorexi/Bulimi-kontakts hemsida, 2008-06-25). Jag har genom personliga kontakter även lyckats få med ytterligare två personer som tidigare har varit i kontakt med någon form av ätstörningsvård. En av dessa är som sagt förälder till en flicka med ätstörningar.

För att få en så god spridning som möjligt i mitt urval har jag även försökt få kontakt med intervjupersoner via de tre kliniker som i dagsläget bedriver vård inom ramen för Stockholms läns landsting. Av olika anledningar har det dock inte varit möjligt att få till stånd några intervjuer genom att gå via dessa kliniker och jag har därför fått nöja mig med att använda mig av de personer som jag har fått kontakt med på andra sätt.

Det faktum att jag endast har intervjuat fyra personer med anknytning till den specialiserade ätstörningsvården, samt att kontakterna med dessa har skett via föreningen Anorexi/Bulimi-kontakt och privata kontakter, innebär vissa begränsningar kring vilka slutsatser som kommer att kunna dras utifrån denna del av empirin. Jag är medveten om detta men söker heller inte efter en generell modell för hur personer med ätstörningar fattar beslut. Mitt syfte med uppsatsen är snarare att problematisera kring patienters beslutsfattande och visa hur beslutsfattandet hos bland annat patienter med ätstörningar kan ta sig uttryck. Därmed anser jag att begränsningarna i mitt urval inte kommer att vara av avgörande betydelse för min analys och de slutsatser som jag så småningom kommer att kunna dra.

När det gäller intervjupersonen som lider av en kronisk tarmsjukdom kom jag i kontakt med henne via den vårdgivare, med inriktning mot alternativmedicin, som hon själv valt att söka sig till.

Metod för analys

Andersen (1998) menar att faktorer såsom den insamlade datans beskaffenhet samt den form av kunskap som uppsatsen syftar till att producera bidrar till att styra analysen. Data som har samlats in till förmån för denna uppsats är kvalitativ till sin beskaffenhet och syftet med uppsatsen är bland annat att lyfta fram de möjligheter och begränsningar som ryms i inrättandet av valfrihetssystem. För att uppnå detta syfte, samt för att utnyttja det insamlade materialet på bästa möjliga sätt, har jag valt att använda rådande teorier om beslutsfattande när jag har analyserat hur patienter i praktiken går till väga när de fattar beslut angående vårdgivare och/eller behandlingsmetoder. Dessa teorier presenteras i nästkommande avsnitt.

Jag har för övrigt i analysen kring patienters tillvägagångssätt valt en struktur som utgår från de fyra stegen i den rationella modellen för beslutsfattande samtidigt som jag till dessa steg har knutit teorier som kritiserar denna beslutsmodell. Slutligen har jag använt det som jag har kommit fram till genom att titta på dessa olika steg till att analysera vad patienternas beslut i slutänden leder till. Den senare analysen sker till stor del med hjälp av Brunssons (1998) resonemang om att beslut kan leda till val, handling, legitimitet eller ansvar. Brunssons teorier samt den rationella modellen för beslutsfattande presenteras, liksom övriga teorier om beslutsfattande, i nästkommande avsnitt.

Det ovan beskrivna tillvägagångssättet har gett mig en tydlig ram att arbeta utifrån, vilket i sin tur ger en ökad trovärdighet till de slutsatser jag i slutänden har dragit. Brist på trovärdighet är annars något som undersökningar som bygger på kvalitativa analyser och tolkningar ofta anklagas för (Andersen, 1998).

Det huvudsakliga syftet med uppsatsen har dock varit att problematisera kring valfrihetsbegreppet och kring hur detta begrepp används inom den politiska beslutsprocessen i samband med beslut som i första hand rör hälso- och sjukvård. Jag har därför i ett särskilt avsnitt beskrivit, och till viss del analyserat kring, den historiska bakgrunden till dagens valfrihetsbegrepp samt hur detta begrepp under senare år har använts inom ramen för beslutsfattande kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Analysen har i detta avsnitt delvis skett utifrån begreppen negativ och positiv frihet, vilka också presenteras i nästa del av uppsatsen.

I den avslutande delen har jag sedan genomfört ytterligare en analys där jag har använt mig av resultaten från den del av uppsatsen som behandlar valfrihetsbegreppets innebörd och av resultaten från den del som behandlar patienters beslutsfattande i praktiken. Denna analys syftar framför allt till att på ett djupare plan uppfylla det huvudsakliga syftet med uppsatsen genom att ställa den teoretiska tolkningen av valfrihetsbegreppet mot den praktiska tillämpningen av detsamma. Genom det avslutande avsnittet har jag därmed förhoppningsvis även haft möjlighet att bidra med ytterligare aspekter till de politiska diskussioner om valfrihet som förs i dagsläget.

Begreppet valfrihet

Statskontoret har i sin rapport *Vård, skola och omsorg – Vilken information behöver brukaren för att välja?* definierat begreppet valfrihet som möjligheten ”att kunna välja utan inskränkningar” (Statskontoret 2007, s. 17). Jag kommer i ett senare skede av uppsatsen att återkomma till denna samt andra definitioner och föreställningar om valfrihet som jag har hittat när jag har studerat diverse rapporter och propositioner. I detta avsnitt vill jag dock ta tillfället i akt att dela upp begreppet valfrihet i begreppen val och frihet för att på så sätt skapa en teoretisk referensram som jag sedan avser använda mig av i uppsatsen.

Begreppet val

Att välja anses idag av många innebära samma sak som att fatta beslut. Detta följer av tanken att beslut fattas genom en rationell beslutsprocess. (Brunsson, 1998). Inom ramen för den rationella beslutsprocessen känner en person till sina preferenser och vet vilka av dessa som är förknippade med den rådande situationen. Han eller hon tar även reda på samtliga alternativ och vilka konsekvenser varje alternativ kommer att få i framtiden. Alternativen matchas sedan mot preferenserna och det alternativ vars konsekvenser bäst stämmer överens med preferenserna är det som väljs. (March, 1994, jämför även med Allison & Zelikow, 1999).

Beslutsfattaren antas således leta efter det bästa alternativet bland många. Han/hon anses vara säker på sina preferenser och anses ha klart för sig vilka de möjliga framtida konsekvenserna av olika alternativ är. Den rationella beslutsprocessen leder därmed också till ett val. Det är dock inte självklart att ett beslut fattas via en rationell beslutsprocess. Det är heller inte självklart att ett val föregås av ett beslut. Beslut kan även leda till handling, ansvar eller legitimitet och ett val kan även göras med tillämpning av regler. (Brunsson, 1998).

Över lag finns det många faktorer som bidrar till att det i princip är omöjligt att fullt ut följa en rationell modell för beslutsfattande. Några av dessa faktorer har jag valt att beskriva närmare nedan när de fyra stegen inom ramen för den rationella beslutsprocessen, så som de har beskrivits av Allison och Zelikow (1999), går igenom.⁵

⁵ Trots att det i princip är omöjligt för människor att fatta beslut som leder till val har jag ändå valt att i vissa sammanhang i uppsatsen skriva att människor väljer när jag egentligen borde ha skrivit att de fattar beslut. Anledningen till detta är att begreppet val i vardagen används som synonym till begreppet beslut och i vissa sammanhang har det därför varit lämpligare att skriva att en person väljer istället för att skriva att personen ifråga fattar beslut.

Steg 1: Formulering av mål och syften

I ett första steg i den rationella modellen för beslutsfattande ser beslutsfattaren över sina mål och syften med beslutet (Allison & Zelikow, 1999). Ett annat uttryck för detta är att personen i fråga definierar sina preferenser (March, 1994). Dessa anses inom ramen för modellen vara entydiga, exogena och stabila över tiden (March, 1978).

Forskning har emellertid visat att den förväntade entydigheten, exogeniteten och stabiliteten oftast inte är förenlig med verkligheten. Preferenserna har istället bland annat jämförts med en persons tycke och smak (March, 1978). Enligt denna utgångspunkt påverkas en persons preferenser till exempel av faktorer i omgivningen och de förändras även över tiden. Eftersom det är svårt att förutse vilka preferenser som kommer att vara gällande i framtiden, samtidigt som det är via de framtida preferenserna som en person i efterhand utvärderar sin handling, blir det därmed omöjligt att genomföra en rationell beslutsprocess (Brunsson, 1998). Det finns även en tvetydighet kring en persons nuvarande och framtida preferenser som även den lägger hinder i vägen för den rationella beslutsmodellen (Sjögren, 2005).

En person som ska fatta beslut kommer med anledning av endogeniteten, instabiliteten och tvetydigheten kring preferenserna att försöka finna andra vägar för att fatta sitt beslut. Bland annat kan personen i fråga komma att följa regler eller använda sig av experimentellt lärande där personen prövar sig fram och lär sig av sina misstag. Den rationella beslutsprocessen är dock fortfarande norm inom många delar av vårt samhälle och därför sker ofta en eftertionalisering av beslutet, det vill säga att beslutsfattaren använder den rationella beslutsmodellen för att i efterhand förklara sitt handlande. I en sådan situation matchas preferenserna i efterhand med konsekvenserna av det alternativ som i slutänden valdes. (March, 1978).

Steg 2: Sökning efter samtliga möjliga alternativ

I ett andra steg tar beslutsfattaren reda på vilka alternativ han eller hon har att välja mellan (Allison & Zelikow, 1999). Om alternativen är många kommer det dock att ta lång tid att undersöka alla dessa. Eftersom beslutsfattarens tid oftast är begränsad har personen ifråga inte möjlighet att sätta sig in i alla detaljer kring varje alternativ som presenteras för honom/henne (March, 1994). För många alternativ kan även bidra till en ökad osäkerhet i en beslutssituation vilket begränsar utrymmet för handling. För att minska osäkerheten och öka möjligheten till handling bör därför antalet alternativ begränsas. (Brunsson, 2000).

Ett sätt att begränsa antalet alternativ är via satisfiering, det vill säga genom att olika alternativ undersöks till dess att ett alternativ som är tillräckligt bra hittas (March, 1994). Detta förutsätter dock fortfarande att preferenserna är entydiga, exogena och stabila över tiden. Dessutom förutsätts att det går att få fram obegränsat med information om samtliga alternativ, däribland information om de olika alternativens konsekvenser.

Steg 3: Utredning av vilka konsekvenser som följer av varje alternativ

I ett tredje steg utreds vilka konsekvenser respektive alternativ kan komma att få i framtiden (Allison & Zelikow, 1999). En beslutsfattare har dock en begränsad förmåga att använda tillgänglig information som grund för sina beslut. Det kan även uppstå problem då mer komplex information ska föras vidare till den person som ska fatta ett beslut, eftersom det inte är helt säkert att denne förstår innebörden av informationen. (March, 1994). När information ska utbytas mellan olika personer har den som ska agera sändare av informationen oftast en mer komplex bild av den aktuella frågan än den som ska agera mottagare av informationen. Eftersom mottagarna är beroende av sändarnas information kommer de därmed att hamna i ett läge där de får svårt att bilda sig en egen uppfattning av vad de verkliga konsekvenserna av respektive alternativ är. (Brunsson & Jönsson, 1979).

Steg 4: Val av det alternativ vars konsekvenser bäst stämmer överens med preferenserna

Slutligen jämförs, inom ramen för den rationella modellen för beslutsfattande, de förväntade konsekvenserna med beslutsfattarens preferenser och han eller hon väljer det alternativ vars konsekvenser bäst stämmer överens med preferenserna (Allison & Zelikov, 1999). Liksom tidigare påpekats är det dock sällan som alla alternativ och dess konsekvenser tas i beaktande utan för att snabba på processen väljs ett alternativ som är tillräckligt bra (Brunsson, 2000, March, 1994). Därmed leder en beslutsprocess sällan till ett val utan snarare till handling, legitimitet eller ansvar (Brunsson, 1998).

För att en beslutsprocess ska leda till handling bör den osäkerhet som uppkommer när olika alternativ ska behandlas under beslutsprocessen undvikas. Detta sker med fördel genom användningen av en beslutsprocess som är systematiskt irrationell. I denna process begränsas antalet alternativ och positiva konsekvenser samlas in för det alternativ som ska genomföras medan negativa konsekvenser samlas in för de alternativ som inte ska genomföras.

Preferenserna ligger inte till grund för beslutet utan konstrueras i efterhand som ett svar på de konsekvenser som beslutet antas få. (Brunsson, 1998).

Den som genom ett fritt val har påverkat en viss händelse antas även ha ett ansvar för denna händelse. Det ligger dock ett paradoxalt dilemma i detta sätt att se på beslutsfattande då ett val antas vara en följd av en rationell beslutsprocess, samtidigt som den rationella beslutsprocessen, i högre grad än en irrationell beslutsprocess, i praktiken ger möjlighet att fränsäga sig ansvar. Den som följer en rationell beslutsmodell kommer fram till att det finns ett objektivt alternativ som är det bästa utifrån rådande preferenser och konsekvenser. Därmed kan beslutsfattaren inte anses vara ansvarig för detta val, eftersom det är ett objektivt beslut han eller hon har fattat. (Brunsson, 1998).

I situationer där en person förutsätts ta ansvar för ett beslut bör beslutsprocessen därmed snarare framstå som irrationell på så sätt att beslutet som fattas bör uppfattas som subjektivt och därmed utgå från beslutsfattarens eget tycke och smak. En sådan process medför att det framstår som att personen ifråga personligen har orsakat den handling som följer av beslutet och därmed är han eller hon också ansvarig för beslutet och dess konsekvenser. I vissa sammanhang ses ansvaret dock snarare som en börda än som något positivt utifrån beslutsfattarens synvinkel. Det finns därmed också många sätt för en beslutsfattare att undvika ansvar och bland annat kan han eller hon göra sin egen roll som beslutsfattare mindre synlig eller undvika att fatta beslut genom att istället följa regler. (Brunsson, 1998).

Att någon tar på sig ansvaret för ett visst beslut kan även ge legitimitet till beslutet och till handlingen som följer av detta. Det förekommer dock att ett beslut aldrig leder till handling, samtidigt som beslutet i sig kan ha en legitimerande effekt. Till exempel i fall där det råder stor oenighet mellan olika grupper kring en viss fråga kan diskrepansen mellan beslut och handling fylla ett viktigt syfte. Detta genom att den ena gruppen får sina behov tillgodosedda genom det fattade beslutet medan den andra gruppen får sina behov tillgodosedda genom den uteblivna handlingen. En tredje faktor i detta sammanhang är den kommunikation som beslutsfattare har med sin omgivning. En diskrepans mellan kommunikationen utåt, besluten som fattas och de handlingar som genomförs kan tillgodose ytterligare grupper behov. (Brunsson, 1998).

Begreppet frihet

Även när det gäller begreppet frihet finns det olika sätt att se på detta. Begreppet kan exempelvis delas upp i begreppen positiv och negativ frihet. Positiv frihet förknippas med en socialistisk tradition och innebär att frihet för medborgarna uppkommer genom att någon styr eller ingriper i deras liv. Ofta är denna någon en stark stat som via exempelvis skatter fördelar de ekonomiska resurserna i ett land. Negativ frihet har istället förknippats med liberala värderingar där frihet, eller valfrihet, innebär frånvaron av hinder, det vill säga att staten i så liten utsträckning som möjligt ska vara en del av medborgarnas liv. (Rosén, 1996).

Begreppet valfrihet inom den politiska beslutsprocessen

Som tidigare har beskrivits används begreppet valfrihet idag flitigt inom den politiska retoriken i Sverige. Samtidigt kan man fråga sig var det hela började. Vilken är bakgrunden till de diskussioner som förs i dagsläget? Innan jag går in på hur begreppet valfrihet används inom dagens politiska beslutsprocess har jag därför för avsikt att göra en kort tillbakablick på hur utvecklingen under 1900-talet och 2000-talet, inom svensk offentlig sektor i allmänhet och inom svensk sjukvård i synnerhet, har sett ut. Jag kommer sedan, främst med utgångspunkt i regeringens proposition 2008/09:74 *Vårdval i primärvården* och regeringens proposition 2008/09:29 *Lag om valfrihetssystem*, att presentera hur begreppet valfrihet används idag.

En historisk tillbakablick

Efter andra världskriget skedde i Sverige, liksom i andra europeiska länder, en utbyggnad av offentlig sektor och dagens svenska välfärdsstat började ta form (Blomqvist & Rothstein, 2005). Detta skulle kunna ses som ett led i att öka medborgarnas positiva frihet genom att med statliga ingripanden öka deras valfrihet. Det vill säga, medborgarnas valfrihet skulle komma att öka om alla till exempel fick tillgång till en god sjukvård och en bra utbildning.

Till en början skedde denna utbyggnad under ett relativt brett politiskt samförstånd men under 1970-talet, då de ekonomiska resurserna blev mer begränsade, började detta samförstånd att urholkas. Två huvudsakliga former av kritik kom därmed att riktas mot välfärdsstaten. Dels riktades kritik mot att den statliga verksamheten var ekonomiskt ineffektiv och dels kritiserades den för att vara maktfullkomlig och byråkratisk. (Blomqvist & Rothstein, 2005).

Som en lösning på välfärdsstatens problem började idéer om marknadsliknande reformer att ta form. Verksamheter som skola och sjukvård skulle även i fortsättningen finansieras med offentliga medel, men genom att förändra organiseringen och styrningen av verksamheterna hoppades man åstadkomma förändringar som skulle komma att leda till större effektivitet och mindre maktfullkomlighet. Förändringarna skulle även skapa förutsättningar för en ökad valfrihet för medborgarna. (Blomqvist & Rothstein, 2005).

Med andra ord drev det ekonomiska läget i Sverige fram diskussioner som i större utsträckning kom att luta sig mot de negativa frihetsidealen. Medborgarna skulle få större

möjlighet att påverka den offentliga sektorn och med detta hoppades man att effektiviteten i denna sektor skulle komma att öka eftersom de sämre alternativen skulle komma att väljas bort till förmån för de bättre. Man hoppades även på att stärka medborgarnas inflytande inom offentlig sektor för att på så sätt ge dem mer makt över sin egen vardag. (Blomqvist & Rothstein, 2005).

Liksom inom offentlig sektor i övrigt har det inom svensk sjukvård skett en marknadsanpassning av verksamheten under de senaste decennierna. Marknadsanpassningen kan sägas ha påbörjats under 1970- och 1980-talet då en decentraliseringsprocess genomfördes genom vilken landstingen fick ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor (Blomqvist & Rothstein, 2005). Många av de reformer som senare har kommit att genomföras har därmed också haft sitt ursprung i landstingsbeslut och överenskommelser mellan landsting.

Ett tidigt spår av marknadsanpassning, eller utökad valfrihet, inom sjukvården återfinns annars i 1983 års hälso- och sjukvårdslag i form av patientens fria val av läkare (Saltman, 1992). I slutet av 1980-talet hade många landsting organiserat sin primärvård så att invånarna kunde välja läkare eller mottagning (Prop. 2008/09: 74 & Prop. 2008/09:29) och en rekommendation om valmöjligheter hade antagits av dåvarande Landstingsförbundet (Winblad Spångberg, 2003). Rekommendationen, som reglerade patienternas val av sjukhus och specialistklinik, antogs så småningom av samtliga landstingsfullmäktige (Winblad Spångberg, 2003).

Arbetet med att införa marknadsreformer inom svensk sjukvård fortsatte under 1990-talet. De huvudsakliga reformerna bestod under denna period i att verksamheten separerades i beställar- och utförarfunktioner, budgetansvaret decentraliserades, prestationsbaserade ersättningar infördes, en konkurrens mellan offentliga och privata vårdgivare skapades och patienternas valfrihet utökades (Blomqvist & Rothstein, 2005). 1991 antog dåvarande Landstingsförbundet en principdeklaration som gav svenska patienter formell rätt att välja sjukhus (Saltman, 1992) och den 1 januari 1994 trädde lagen (1993:588) om husläkare ikraft (Prop. 2008/09:29). Även om denna lag upphävdes redan den 1 januari 1996 (Prop. 2008/09:74) kvarstod patientens rätt att välja en fast läkarkontakt i och med att en ny paragraf infördes i hälso- och sjukvårdslagen (Prop. 2008/09:29). 1998 blev landstingen även lagligt

förhindrade att geografiskt begränsa den enskildes val av fast läkarkontakt inom primärvården (Statskontoret 2007:19).

Samtidigt som patientens formella rätt att välja läkare och sjukhus förstärktes pågick ett arbete med att förbättra villkoren för de privata aktörerna inom sjukvården. 1993 fick landstingen exempelvis lagstadgad rätt att sluta avtal med någon annan att utföra de hälso- och sjukvårdsuppgifter som landstingen hade ansvar för (Statskontoret 2007:19, se även Prop. 1992/93:43). I början av årtiondet infördes även en fri etableringsrätt med offentlig finansiering för privata vårdgivare (Prop. 1994/95:195). Denna avskaffas dock 1995 och istället infördes krav på att privata vårdgivare måste träffa vårdavtal eller samverkansavtal med sjukvårdshuvudmannen för att få etablera sig med offentlig finansiering (Statskontoret 2007:19).

Trots att ett antal valfrihetsreformer infördes inom hälso- och sjukvården under 1980-talet och 1990-talet, så visade det sig snart att valfriheten utnyttjades i en förhållandevis låg utsträckning (Winblad Spångberg, 2003). Under 2000-talet har det därför på nytt gjorts försök att genom lagstiftning ge patienter formell rätt att välja vårdgivare. Ett exempel på detta är lagen (2008:926) om valfrihetssystem (LOV), vilken reglerar vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill införa ett valfrihetssystem för brukare och/eller patienter. I enlighet med lagen ska offentliga såväl som privata aktörer ha möjlighet att etablera sig inom ett sådant system, så länge de uppfyller de krav som de enskilda kommunerna eller landstingen har satt upp. Det ska inte finnas någon priskonkurrens mellan aktörerna utan konkurrensen ska ske utifrån kvalitet, det vill säga i vilken mån brukarna och/eller patienterna uppskattar aktörernas tjänster. Brukarna och/eller patienterna ska ha möjlighet att välja bort sämre aktörer till förmån för de bättre och information om de olika aktörerna ska tillhandahållas av respektive kommun eller landsting. (Prop. 2008/09:29). Denna lag trädde för övrigt ikraft 1 januari 2009 (Prop. 2008/09:74).

Ett annat exempel på hur man under 2000-talet på nytt har försökt att genom lagstiftning stärka patienternas rätt att välja vårdgivare är den ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som trädde i kraft den 1 januari 2010. Ändringen innebär att samtliga landsting måste inrätta ett vårdvalssystem inom primärvården där samtliga utförare behandlas lika och där pengarna följer den enskilde patientens val. Vid beslut om att införa ett vårdvalssystem ska LOV tillämpas. (Prop. 2008/09:74).

När det gäller de privata aktörernas villkor begränsades i början av 2000-talet återigen landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till en annan huvudman. Uppgiften att ansvara för driften fick inte överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressenter (Statskontoret 2007:19, se även Lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överföra driften av akutsjukhus till annan). Detta beslut togs mot bakgrund av att borgerliga politiker i Stockholms läns landsting hade genomdrivit en privatisering av S:t Görans sjukhus, något som ogillades av majoriteten av riksdagsledamöterna (se exempelvis artikel i DN, 2002-11-10).

2007, det vill säga efter regeringsskiftet 2006 då Alliansen i form av Moderaterna, Folkpartiet, Kristdemokraterna och Centerpartiet erhöll en majoritet av platserna i riksdagen, återfick landstingen möjligheten att överlämna driften av regionsjukhus, regionkliniker, och övriga sjukhus till en annan aktör. Samtidigt togs kravet på att verksamheten inte fick ha ett vinstdrivande syfte bort. Avtalen behövde inte heller innehålla villkor om att vården skulle bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Vidare fick landstingen möjlighet att överlämna driften av regionsjukhus och regionkliniker till en annan aktör och den då sittande regeringen föreslog samtidigt att kravet på att landstingen i egen regi ska bedriva hälso- och sjukvård vid minst ett sjukhus skulle upphävas. (Statskontoret 2007:19).

Även om de regeringsskiften som har ägt rum under 1990-talet och 2000-talet har haft en viss betydelse för utvecklingen inom svensk sjukvård, kan det ändå konstateras att många av de reformer som har genomförts kan ses som försök att öka patienternas negativa frihet på bekostnad av deras positiva frihet. Samtidigt sker finansieringen och regleringen av den svenska sjukvården fortfarande inom ramen för offentlig sektor och de positiva frihetsidealerna har därmed kvar en stark ställning inom detta område. Det kan även konstateras att strävan efter en utökad negativ frihet sedan 1980-talet har varit gemensam för borgerliga såväl som för socialdemokratiska regeringar medan synen på i hur hög utsträckning den positiva friheten ska få ge efter för den negativa har skiljt sig åt.

Något som också framkommer av den historiska tillbakablicken är att det sedan lång tid tillbaka har funnits överenskommelser mellan landstingen i Sverige med innehåll liknande det som idag återfinns i bland annat regeringens proposition 2008/09:74 *Vårdval i primärvården*. Innehållet i de reformer som har genomförts under senare år är med andra ord inte nytt även

om patienternas valfrihet har fått en starkare ställning i och med den lagstiftande prägeln. Att patienters valfrihet numera regleras via lagstiftning kan kanske i framtiden även öka utnyttjandegraden, vilken sedan tidigare har konstaterats vara låg.

Dagens valfrihetsbegrepp

Även om innehållet i de valfrihetsreformer som sedan regeringsskiftet 2006 har genomförts inom hälso- och sjukvården inte är nytt är det fortfarande av intresse att titta närmare på hur begreppet valfrihet används i samband med dessa. Vad är det som man vill åstadkomma genom att via lagstiftning öka valfriheten för patienterna och vilka skillnader och likheter finns det mellan intentionerna bakom dagens valfrihetsreformer jämfört med dem som infördes under 1980-talet och 1990-talet?

Den bild av patienters valfrihet som framkommer i flera av de utredningar, rapporter och propositioner som under de senaste åren har berört ämnet är en strävan mot att underlätta för den enskilde patienten att fatta rationella beslut. Den rationella beslutsprocessen ses ofta som eftersträvansvärd och målet anses vara att patienter ska ges de förutsättningar som krävs för att kunna göra välgrundade val. Detta uttrycks exempelvis på följande sätt i regeringens proposition 2008/09:74 *Vårdval i primärvården*:

”En förutsättning för att ett vårdvalsystem ska få positiva effekter på kvalitet, brukarinflytande och kostnadseffektivitet är att brukaren ges en reell möjlighet att välja utförare. För att kunna välja utförare krävs att brukaren ges möjlighet att göra rationella val utifrån egna behov och preferenser. Detta kräver tillgänglig och jämförbar information om valalternativen.” (prop. 2008/09:74, s. 32).

Ett liknande stycke återfinns på s. 90 i regeringens proposition 2008/09:29 *Lag om valfrihetssystem*. I denna proposition återfinns även följande stycken:

”För att kunna utnyttja möjligheten att göra ett rationellt val, är det av mycket stor vikt att brukaren får saklig, relevant, jämförbar, lättillgänglig och lättförståelig information.” (prop. 2008/09:29, s. 96).

”För att ett valfrihetssystem ska fungera ändamålsenligt är det viktigt att den enskilde i möjligaste mån kontinuerligt utvärderar sitt val och väljer eller byter leverantör i enlighet med sina preferenser utifrån den information som finns.” (prop. 2008/09:29, s. 100).

Ett mål med att införa valfrihetssystem idag är, liksom i slutet av 1970-talet och början av 1980-talet, således att förbättra kvaliteten inom vården och det är patienternas rationella beslutsfattande som ska göra det möjligt att uppnå detta mål. Därmed ställs det krav på patienterna i detta avseende, men även på systemet som sådant då exempelvis tillgången till relevant information anses vara en förutsättning för att patienten ska kunna fatta rationella beslut. Vikten av relevant information påpekas även i statskontorets rapport 2007:19 *Vård, skola och omsorg – Vilken information behöver brukaren för att välja?*, bland annat i följande stycke:

”Bristen på tillförlitlig och tydlig information kan leda till att medborgarna, trots en ökad formell valfrihet, i praktiken inte har möjlighet att aktivt och utifrån sina preferenser välja utförare.” (Statskontoret 2007, s. 14).

Förutom möjligheten att ta del av tillförlitlig och tydlig information anses även möjligheten för nya aktörer att etablera sig på sjukvårdsmarknaden vara av vikt för att ett valfrihetssystem ska fungera på ett adekvat sätt. Följande utdrag är hämtat från regeringens proposition 2008/09:74 *Vårdval i primärvården*:

”För att det ska uppstå konkurrens som patienterna har nytta av och som leder till att primärvården utvecklas, krävs att det finns ett antal olika aktörer med profilerade tjänsteutbud och att patienterna är informerade om exempelvis den kvalitet som vårdgivarna erbjuder.” (prop. 2008/09:74, s. 35).

Innehållet överensstämmer till stora delar med innehållet i ett stycke som återfinns på s. 39 i regeringens proposition 2008/09:29 *Lag om valfrihetssystem*:

”Regeringen anser att en mångfald av vårdgivare inspirerar bland annat till innovativa lösningar samt förbättrad produktivitet och effektivitet, vilket skapar goda förutsättningar för en positiv kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En mångfald av vårdgivare är dessutom en förutsättning för en ökad valfrihet.” (prop. 2008/09:29, s. 39).

Rationaliteten är i dessa sammanhang med andra ord starkt förknippad med ett utökat utbud av vårdgivare samt en hög grad av transparens och patienterna förutsätts ha möjlighet att fatta rationella beslut bara de ges rätt förutsättningar. Genom att patienter väljer bort de sämre alternativen till förmån för de bättre finns det, enligt regeringen, därför också en möjlighet att konkurrensen mellan olika utförare, privata såväl som offentliga, i slutänden gagnar kvaliteten inom hälso- och sjukvården och på så sätt även patienterna. Det finns visserligen delar i regeringens proposition 2008/09:29 *Lag om valfrihetssystem* där man problematiserar kring val. Detta sker dock utifrån ett beteendekonomiskt perspektiv där man utgår ifrån traditionell nationalekonomisk teori och sedan integrerar kunskap från andra discipliner, så som till exempel psykologi, i analysmodellen. Även inom ramen för Utredningen om patientens rätt återfinns en delvis alternativ bild till bilden av patienten som rationell aktör. Bland annat återfinns följande stycke i det andra delbetänkandet:

”Patienter saknar ofta förmåga att överblicka och hantera den egna vårdens organisation eller förstå den komplexitet som vården inrymmer. Utredningen föreslår därför en starkt skyldighet att vid behov ge patienten en fast vårdkontakt.” (SOU 2008:127, s. 14).

På grund av det svenska sjukvårdssystemets komplexitet kan patienten med andra ord ibland behöva stöd från någon som kan systemet. Komplexiteten i systemet och svårigheterna att överblicka och hantera den egna vårdens organisation torde därmed starkt begränsa patientens möjligheter att fatta rationella beslut. Ett annat stycke som återfinns i det andra delbetänkandet är följande:

”Patientens ställning måste således diskuteras från flera olika perspektiv. Utredningen vill understryka att hänsyn måste tas till att en svag patientställning kan ha flera olika orsaker. För patienter som själva har god förmåga att ”hitta” i hälso- och sjukvårdssystemet kan en svag ställning orsakas av en låg reell tillgänglighet. För patienter som inte har samma förmåga kan en svag ställning orsakas av att de själva förmodas göra val som de inte har information eller stöd nog att göra.” (SOU 2008:127, s. 15-16).

Med andra ord kan patienter ibland behöva stöd för att kunna välja, något som också kan ses som en motsättning till patientens roll som rationell beslutsfattare. På det stora hela skulle jag dock vilja säga att innehållet i de utredningar, rapporter och propositioner som jag har tagit

del av i samband med arbetet med denna uppsats visar att tanken om patienten som en möjlig rationell aktör är påtagligt närvarande i vårt samhälle idag. Ja tanken är inte bara närvarande, den ligger som synes till grund för exempelvis beslutet att införa valfrihetssystem inom samtliga landsting från och med den 1 januari 2010. Frågan kvarstår dock huruvida patienter verkligen kan betraktas som rationella aktörer, det vill säga om de har möjlighet, eller viljan, att fatta rationella beslut bara de rätta förutsättningarna ges. Av den anledningen kommer de närmaste två delarna av uppsatsen att fokusera på patienters beslutsprocesser, hur dessa tar sig uttryck och vad de i slutänden leder till.

Valfrihet i praktiken

I denna del av uppsatsen beskrivs patienternas beslutsprocesser inom primärvården såväl som inom specialistvården. Beskrivningarna grundar sig på de intervjuer som har genomförts till förmån för uppsatsen.

Patienters beslutsprocesser inom primärvården

Under mina intervjuer angående val av husläkare och vårdcentral framkom att den vanligaste orsaken till att intervjupersonerna går till en viss vårdcentral är att denna ligger i närheten av de platser där personerna ifråga bor. Flera personer uppgav även att det föll sig så att de började gå till en viss vårdcentral när de flyttade till sin nuvarande bostad och att de sedan har fortsatt att gå till denna. Många är också nöjda med sin nuvarande vårdcentral och sin nuvarande husläkare och har därför inte funderat på att byta. Vissa sade även under intervjuerna att de så sällan besöker en vårdcentral att det inte har så stor betydelse till vilken de går.

Några av intervjupersonerna uppgav att de har funnit andra lösningar för att tillgodose sina vårdbehov. En person sade till exempel att hon i dagsläget främst går till en akutmottagning eftersom hon hittills endast har haft besvär av akut karaktär. En annan person uppgav att hennes tidigare man är läkare och att hon hittills har vänt sig till honom när hon eller hennes dotter har behövt någon form av läkarvård. En person berättade att han har diabetes och hjärtproblem och att han därför i första hand vänder sig till två olika diabetesläkare och en hjärtläkare som han går på regelbundna besök till. De tillfällen då han går till vårdcentralen är när han ska lämna blodprov och då går han till den som ligger närmast hans bostad.

Det finns dock ett antal intervjupersoner som av olika anledningar har funderat på att byta vårdcentral eller husläkare. Några av dessa har även gjort ett byte medan andra av olika anledningar fortfarande är kvar vid den vårdcentral eller hos den husläkare som de under intervjun uppgav att de vill byta från. Nedan följer en redogörelse för vilka skäl en person kan ha för att vilja byta vårdcentral och/eller husläkare samt hur de personer som under mina intervjuer med dem uppgav att de i praktiken har genomfört ett byte har gått till väga.

Anledningar till varför personer vill byta husläkare eller vårdcentral

En av anledningarna till varför en person vill byta husläkare eller vårdcentral är att han eller hon är missnöjd med den vård eller det bemötande han eller hon får vid den nuvarande vårdcentralen eller av den nuvarande husläkaren. En av intervjupersonerna sade exempelvis under min intervju med henne att hon bytte husläkare för ett tag sedan för att hon inte tyckte att det fungerade med den hon hade innan. Den tidigare husläkaren blev hon tilldelad automatiskt när hon bytte till sin nuvarande vårdcentral. Nu när hon tycker att det fungerar bra med både husläkare och vårdcentral funderar hon inte på att byta ytterligare en gång.

En annan person berättade under intervjun att hon inte ansåg sig ha blivit bra bemött på sin tidigare vårdcentral och hon upplevde det som besvärligt att hon behövde träffa många olika läkare där. Hon bytte därför till sist till en privat vårdcentral.

Ytterligare en person beskriver hur hon har varit missnöjd med sin tidigare vårdcentral. Ett av problemen var enligt henne att hon som patient inte kunde boka ett läkarbesök direkt på plats utan att hon var tvungen att ringa till vårdcentralen. Vid ett tillfälle, då hon redan befann sig vid vårdcentralen, var hon tvungen att gå ut därifrån för att sedan ringa via sin mobil och boka in ett läkarbesök. Hon upplevde även att hon många gånger hade fått sitta och vänta när hon hade haft tid för ett läkarbesök. För ett tag sedan bytte personen ifråga därför till en privat husläkarmottagning.

En annan av intervjupersonerna bytte vårdcentral för fem år sedan. Han var missnöjd med sin tidigare vårdcentral eftersom han upplevde att det var svårt att boka tider hos dem och att de aldrig hade öppet. Han bytte därför till ett privat alternativ.

Det är dock inte alltid säkert att missnöjet kring en viss vårdcentral eller en husläkare leder till att personen som är missnöjd byter. En person sade exempelvis under min intervju med henne att hon inte tycker om sin husläkare på den vårdcentral som hon tillhör och att hon därför har funderat på att byta husläkare. Hon hade dock vid tidpunkten för intervjun inte genomfört något byte. Hon menade bland annat att hon på grund av en ögonsjukdom mest har kontakt med läkare vid två större sjukhus och att detta fungerar bra. Hon har även god kontakt med en familj där kvinnan arbetar som sjuksköterska och mannen som läkare och att hon i vissa

sammanhang kan rådfråga dem. Därmed ansåg hon att hennes behov av att ta kontakt med den husläkare hon inte tycker är bra är så litet att det inte är lönt att byta.

En annan person berättade under intervjun att hon fått träffa olika läkare varje gång hon varit på läkarbesök på sin nuvarande vårdcentral. Hon upplevde detta som ett problem och hade därför funderat på att byta. Samtidigt var hon mån om att ha möjlighet att gå till en vårdcentral som ligger nära där hon bor. Detta kriterium var av stor vikt för henne och stämde väl överens med den vårdcentral som hon vid tidpunkten för intervjun gick till.

En av de personer som jag har intervjuat angav som skäl för att inte ha bytt vårdcentral att hon inte kan byta eftersom systemet inte tillåter ett byte. Hon menade att hennes mamma hade försökt att välja men att det inte hade fungerat. Hon menade även att hon nu har accepterat att hon inte kan byta vårdcentral och att hon därför inte aktivt söker någon information om andra vårdcentraler.

Förutom missnöje kan ett skäl till varför en person vill byta vårdcentral vara att personen ifråga vill gå till en vårdcentral som ligger närmare hans eller hennes hem eller arbete. Så var fallet för en person som bytte vårdcentral nyligen för att kunna gå till en som ligger i närheten av hennes arbete.

Även i detta fall är det dock inte alltid som personen ifråga, i realiteten, genomför ett byte. En av de män som jag har intervjuat uppgav exempelvis under intervjun att han fortfarande går till den vårdcentral som han gick till när han växte upp. Han bor dock inte längre i närheten av denna vårdcentral och när han för en tid sedan behövde komma i kontakt med sin husläkare upplevde han det stora avståndet mellan hans nuvarande hem och vårdcentralen som ett problem. Han började i detta läge fundera på att byta vårdcentral. Vid tidpunkten för intervjun hade han dock inte genomfört något byte ännu. Som skäl för detta angav han att han för tillfället studerar och därför bor i en studentlägenhet. Han kommer att ta sin examen om ett år och vet därför inte om det är någon idé att byta just nu. Han vet heller inte hur han ska gå till väga för att byta vårdcentral och eftersom han inte besöker vårdcentralen så ofta anser han sig inte vara i akut behov av att byta. Samtidigt menar han att han kanske kommer att byta om han behöver söka vård igen.

En annan person uppgav under intervjun att han vill byta vårdcentral för att kunna gå till en som ligger i närheten av där han arbetar. Personen ifråga ansåg att det i hans fall är oflexibelt att gå till en vårdcentral nära hemmet. Dock har han ännu inte genomfört något byte, även om han sedan ett år tillbaka känner till att han har möjlighet att byta vårdcentral och husläkare. Han är i övrigt nöjd med den vårdcentral han går till i dagsläget och tycker att det har fungerat bra de gånger han har varit där.

Ytterligare en person berättade under intervjun att hon hade funderat på att byta vårdcentral för att komma närmare arbetet. Denna person hade dock inte gjort något byte ännu eftersom hon har en husläkare på den vårdcentral som hon idag går till som hon tycker är bra. Denna läkare mötte hon första gången under en akuttid och eftersom han kunde ta hennes barn på ett enligt henne bra sätt valde hon att fortsätta gå till honom. Eftersom hon inte kommer att kunna gå kvar hos honom om hon byter vårdcentral är hon tveksam till ett byte.

Att husläkarens bemötande kan vara av betydelse för en persons vilja att byta vårdcentral tyder även svaren från en annan av de personer som jag har intervjuat på. Denna person uppgav att den enda gången han har funderat på att byta vårdcentral var när en läkare som han hade haft under ett antal år flyttade till en annan vårdcentral. Han tyckte att denna läkare var bra och hade planer på att byta till den vårdcentral dit hon hade flyttat. Anledningen till varför han aldrig bytte var att han inte fick reda på till vilken vårdcentral läkaren flyttade och efter en tid föll det hela enligt honom i glömska.

Hur personer går till väga när de byter husläkare eller vårdcentral

Även om flera av dem som jag har intervjuat har uppgett att de vill, eller att de åtminstone någon gång har funderat på att byta husläkare eller vårdcentral, är det endast sex personer som har tagit steget fullt ut och genomfört ett byte. Som jag tidigare har skrivit bytte två av dem husläkare inom den av dessa sedan tidigare valda vårdcentralen medan tre andra bytte från landstingsdrivna vårdcentraler till privata alternativ. Den sjätte personen bytte från en landstingsdriven vårdcentral som ligger i närheten av hennes hem till en landstingsdriven vårdcentral som ligger i närheten av hennes arbete.

När det gäller en av de personer som bytte husläkare sökte hon ingen egentlig information om olika husläkare innan hon genomförde sitt byte. Hon valde även endast mellan de husläkare som fanns att tillgå på den vårdcentral som hon tillhörde och sökte inte efter alternativ på

andra vårdcentraler. Den andra personen som bytte husläkare träffade, liksom jag beskrivit ovan, sin nuvarande husläkare under en akuttid och eftersom hon ansåg att han hade god hand med hennes barn valde hon att även efter detta tillfälle fortsätta att gå till honom. Inte heller denna kvinna sökte med andra ord någon egentlig information om olika alternativ innan hon gjorde sitt val. Den person som bytte från en vårdcentral i närheten av hennes hem till en vårdcentral i närheten av hennes arbete valde heller inte mellan olika alternativ eftersom det fanns en vårdcentral som uppfyllde det av henne uppsatta kriteriet om närhet till arbetet.

När det gäller en av de personer som bytte från en av landstinget driven vårdcentral till ett privat alternativ hade hon sedan tidigare en hudläkare vid den privata mottagning som hon till slut valde att skaffa sig en husläkare vid. Hon tyckte att hennes hudläkare var bra och frågade därför i receptionen på mottagningen om det fanns en möjlighet för henne att även få en husläkare med anknytning till denna mottagning.

Innan personen ifråga gjorde sin förfrågan hos den privata mottagningen hade hon dock även sökt information om andra alternativ. Hon hade bland annat frågat personalen på den mottagning där hon genomgår sin rehabilitering efter en bilolycka om vilka vårdcentraler som var bra. Hon sökte även information via Internet och där såg hon bland annat att den privata mottagning som hon sedan tidigare gick till en hudläkare hos även hade husläkare. På grund av bilolyckan menar kvinnan ifråga att hon har ett större behov av vård just nu och att det därför är skönt att ha så mycket som möjligt samlat på samma plats. Detta är enligt henne ytterligare ett skäl till varför hon valde just den privata mottagningen.

Den andra personen som bytte från en av landstinget driven vårdcentral till ett privat alternativ fick information om det privata alternativet via ett informationsblad som hon fick på sin tidigare vårdcentral. På framsidan av detta blad fanns telefonnummer till bland annat läkarna på den av landstinget drivna vårdcentralen och på baksidan fanns information om det privata alternativet. När hon samma dag som hon hade fått informationsbladet inte kom fram när hon försökte ringa sin dåvarande vårdcentral ringde hon istället den privata mottagningen. Hon tänkte att det kanske skulle vara ett bättre alternativ för att det inte var en traditionell vårdcentral utan snarare en husläkarmottagning. Eftersom hon blev bra bemött och fick snabb hjälp från början på den privata mottagningen fortsatte hon sedan att gå dit.

Den tredje personen som bytte från en av landstinget driven vårdcentral till en privat vårdcentral gjorde detta efter att via arbetet ha genomfört provtagningar vid den privata vårdcentralen. Anledningen till varför han bytte var att han tyckte att den privata vårdcentralen gjorde ett bra jobb vid provtagningarna. Eftersom det har fortsatt att fungera bra har han fortsatt att gå dit. Han upplever det som positivt att han bland annat kan ringa dit och boka in ett läkarbesök och att han snabbt får en tid.

Patienters beslutsprocesser inom specialistvården

Jag har inom ramen för denna del av uppsatsen genomfört intervjuer med fem olika personer. För att skilja dessa personer åt har jag valt att kalla dem för Intervjuperson 1, Intervjuperson 2, Intervjuperson 3, Intervjuperson 4 och Intervjuperson 5. Intervjuperson 1, Intervjuperson 2 och Intervjuperson 3 har alla haft någon form av ätstörning som de har fått vård för.

Intervjuperson 4 lider sedan flera år tillbaka av en tarmsjukdom som i dagsläget inte är möjlig att bota men däremot finns behandlingar att tillgå som dämpar symtomen. Intervjuperson 5 är mamma till en dotter som bland annat har haft en ätstörning.

Oavsett vilken av dessa fem intervjupersoner det rör sig om är hennes berättelse mer komplex än när det gäller valet av vårdcentral och husläkare. Jag har därför valt att dela upp berättelserna i olika delar där den första handlar om hur den första kontakten med vården skedde. För en av intervjupersonerna var det behandlingsalternativ som hon från början fick så pass bra att hon inte behövde söka ytterligare alternativ. För de andra fortsätter dock berättelsen och därför handlar den andra delen om hur personerna gick vidare när de, eller någon i deras omgivning, uppfattade att det första alternativet inte fungerade. I den tredje delen avslutar jag sedan mina intervjupersoners berättelser genom att beskriva ytterligare steg som de har tagit på sin väg mot ett tillfrisknande och/eller ett värdigare liv. Den fjärde delen handlar om övergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri, vilken ett par av dem som jag har intervjuat har upplevt som problematisk. I den femte och avslutande delen skriver jag slutligen om vilken betydelse det egna beslutsfattandet kan ha för en patient i behov av specialistvård. Jag tar även upp hur de personer jag har intervjuat har uppfattat sina egna situationer och vilka problem som har uppkommit när de har förväntats fatta beslut.

Den första kontakten med vården

När Intervjuperson 1 började utveckla sin ätstörning hade hon redan kontakt med en terapeut via barn- och ungdomspsykiatri. Det var denna terapeut som uppmärksammade att hon hade

gått ner mycket i vikt och som hjälpte henne att söka hjälp hos en ätstörningsklinik. Ätstörningskliniken låg i närheten av hennes pappas bostad vilket hon ansåg vara praktiskt och under intervjun uppger hon detta som ett skäl till varför det blev just denna klinik som hon sökte till.

I Intervjuperson 2:s fall var det hennes skola som tog kontakt med hennes pappa efter att hon hade svimmat i skolan. Hon bodde vid detta tillfälle hos sin mormor som bodde på en annan ort än pappan. Efter denna händelse flyttade hon dock tillbaka till sin pappa och denne tog kontakt med barn- och ungdomspsykiatrien där hon fick börja gå på öppenvårdssamtal två gånger i veckan.

Intervjuperson 3 var på ungdomsmottagningen för att få ett nytt recept på p-piller när barnmorskan som hon träffade där uppmärksammade att hon inte verkade må så bra och föreslog ett samtal med en kurator. Hon började regelbundet gå till en kurator men efter en tid ordnade denne så att hon kom i kontakt med en ätstörningsklinik. Denna ätstörningsklinik remitterade henne på grund av platsbrist vidare till en annan ätstörningsklinik vid vilken hon fick sin behandling.

När det gäller Intervjuperson 4 fick hon problem med magen i samband med en graviditet och sökte sig då på eget initiativ i första hand till sin husläkare. Denne ordnade så att hon via remisser fick komma vidare till olika specialistläkare.

Intervjuperson 5 hade sedan en tid tillbaka uppmärksammat sin dotters ätproblematik när hon blev kontaktad av skolsystemet på dotterns skola. Denne uppmanade henne att ta kontakt med vårdcentralen för att dessa bland annat skulle kunna ta prover på dottern för att se om det var några problem med hennes mage. Intervjuperson 5 valde sedan även att kontakta barn- och ungdomspsykiatrien för dotterns räkning och dottern började därefter gå på regelbundna besök dit. Det var via barn- och ungdomspsykiatrien samt via vårdcentralen som de så småningom fick en remiss till en ätstörningsklinik.

Hur en person går vidare när det första alternativet inte fungerar

Efter ungefär tre veckor på den ätstörningsklinik hon från början hade sökt till, valde Intervjuperson 1 att avbryta sin behandling. Hon uppfattade bland annat att personalen inte bemötte henne på ett bra sätt och dessutom blev hon triggad att gå ner mer i vikt av det

faktum att det, på samma avdelning som hon fick sin behandling, fanns patienter som var ännu smalare än henne. Efter den avbrutna behandlingen gick hon tillbaka till den terapeut som hon hade haft tidigare inom ramen för barn- och ungdomspsykiatri. Tryggheten hon kände tillsammans med denna terapeut uppger hon vara en avgörande faktor till varför hon valde att återvända till henne. Terapeuten blev, trots bristande specialistkunskap, den person som hjälpte Intervjuperson 1 att bli frisk från sin ätstörning.

Efter en tid med öppenvårdsamtal i barn- och ungdomspsykiatriens regi blev Intervjuperson 2 inlagd på en barnpsykiatrisk avdelning vid ett större sjukhus. Anledningen till detta var delvis hennes låga vikt men även det faktum att hon inte ville samarbeta kring behandlingen. Hon fick under denna tid tvångsvård i enlighet med lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Efter nio månader på den barnpsykiatriska avdelningen fattade hennes pappa, på inrådan av det sjukhus där hon var inlagd, beslut om att Intervjuperson 2 skulle skickas till ett behandlingshem i en annan stad. Detta var ett öppet behandlingshem som inte var specialiserat på ätstörningsvård. Hon vårdades under tiden på behandlingshemmet i enlighet med lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga och hade även kontakt med en fosterfamilj som hon bodde hos var fjärde helg.

Intervjuperson 4 genomgick flera undersökningar, opererades och fick pröva olika läkemedel men de läkare hon gick till fann varken vad som var felet eller en behandling som hjälpte. Till slut upplevde hon att ingen trodde på henne när hon berättade hur hon mådde.

Hon började i detta skede söka efter andra alternativ än de som de läkare hon vid den tiden var i kontakt med remitterade henne till och bland annat sökte hon sig till olika privata specialistläkare. Hon bad även om en remiss till en klinik där det fanns specialister inom mag-/tarmsjukdomsområdet. Efter att tillsammans med sin man ha uppsökt en läkare vid det sjukhus som hon tidigare i huvudsak hade haft kontakt med i samband med sin sjukdom, fick hon en sådan remiss. På kliniken som hon remitterades till genomfördes ytterligare undersökningar och slutligen kunde man konstatera att hon led av en mycket ovanlig tarmsjukdom. Sjukdomen går i dagsläget inte att bota men efter att diagnosen fastställts kunde en behandling påbörjas vid det tidigare sjukhuset.

Intervjuperson 5 berättar om hur hennes dotter redan från början motsatte sig behandlingen vid den ätstörningsklinik hon hade blivit remitterad till. Hon såg vid den tidpunkten inte sina egna problem och hon var orolig för att hon skulle missa för mycket i skolan. Trots detta påbörjade hon behandlingen men gjorde allt för att under denna undvika att gå upp i vikt.

När Intervjuperson 5:s dotter hade nått en acceptabel vikt blev hon utskriven från ätstörningskliniken på initiativ av personalen där. De ansåg att de inte kunde hjälpa henne längre. Delvis berodde detta på att de ansåg att någon annan var bättre lämpad att behandla den depression som hon led av och delvis ansågs hon ha en negativ inverkan på andra patienter som vårdades på samma avdelning som henne.

Efter detta fortsatte dottern att ha kontakt med barn- och ungdomspsykiatri och hon pendlade mellan denna och vårdcentralen. Hennes ätstörningsproblematik fortsatte och hon började även använda droger. Samtidigt led hon fortsatt av en depression, vilket medförde att hon vid ett flertal tillfällen försökte ta sitt liv.

Ytterligare steg att ta på vägen till ett tillfrisknande och/eller ett värdigare liv

Intervjuperson 1 förlorade kontakten med den terapeut som hade hjälpt henne att bli fri från sin ätstörning i samband med att hon skulle gå från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri. För några år sedan, när hon hamnade i en depression, fick hon dock kontakt med en ny terapeut vilken hon hade kontakt med även vid tidpunkten för intervjun. Denna terapeut var en väninna till den läkare som höll i sjukskrivningen i samband med depressionen.

I samband med att Intervjuperson 2 snart skulle fylla 18 år fick hon en ny socialsekreterare i den stad där hennes pappa fortfarande bodde. Socialsekreteraren kom till den stad där behandlingshemmet som hon befann sig på låg för att besöka henne. Han hjälpte henne senare att bland annat ordna en lägenhet och förklarade både för henne och hennes pappa att hon efter att ha fyllt 18 själv skulle ha möjlighet att bestämma vilken behandling hon ville ha.

Innan hon precis hade hunnit fylla 18 år placerades Intervjuperson 2 i en jourfamilj under en period. Hon trivdes dock inte där utan ringde en präst som hon tidigare hade haft kontakt med. Hon bodde hos denne präst en månad i väntan på en egen lägenhet och hos honom träffade

hon en väninna till henne själv som hade fått behandling vid en klinik som inte låg alltför långt från den plats där prästen bodde. Väninnan och prästen övertalade henne att åka till denna klinik och när hon väl där fick träffa en av terapeuterna kände hon ett förtroende för honom. Hon ville efter detta komma till denna klinik och det var även där som hon till slut blev fri från sin ätstörning.

Efter att Intervjuperson 4 hade fått sin diagnos började hon söka alternativa behandlingsmetoder för att på så sätt öka sin egen livskvalitet. Hon kom snart fram till att massage och värme fungerade bra och använde sig mycket av detta. Hon läste även om andra alternativa behandlingsmetoder, bland annat antroposofiska sådana. Redan tidigare, när hon hade arbetat som sjuksköterska på ortopedien på ett större sjukhus, hade hon hört talas om denna form av behandlingsmetoder. Hon hade i samband med detta arbete haft en flicka som patient vars föräldrar var antroposofier och hon hade pratat mycket med dem om deras metoder. Nu bad hon sin egen läkare om en remiss till en klinik som använder sig av antroposofisk medicin för att se om detta var något som skulle kunna fungera för henne.

Hennes läkare var mycket skeptisk till detta förslag från början och det tog enligt henne två år att övertala honom att skriva en remiss. Nu är han dock inte lika skeptisk längre då han ser att den behandling hon får vid denna klinik ger henne en högre livskvalitet där hon bland annat inte behöver använda lika mycket smärtstillande som hon behövde göra tidigare. Själv ser hon inte den antroposofiska behandlingen som ett alternativ till den traditionella behandling som hon får även i dagsläget. Däremot ser hon den som ett bra komplement som hjälper henne att må bättre.

Efter ett antal år med missbruk av droger, depressioner och självmordsförsök tog intervjuperson 5:s dotter vid ett tillfälle en överdos som innebar att hon fick åka in till ett sjukhus. Där ingrep polisen och dottern fick ta ställning till om hon antingen ville få behandling eller hamna i fängelse. Eftersom det vid detta tillfälle inte fanns en plats där de hade möjlighet att ta emot henne blev dottern inläst på den vuxenpsykiatriska avdelningen på sjukhuset dit hon hade kommit i samband med överdosen. Intervjuperson 5 beskriver hur detta blev en vändpunkt för hennes dotter. Efter detta åkte dottern så småningom iväg till ett behandlingshem på en annan ort där hon blev fri från drogerna och påbörjade det liv som hon i dagsläget lever, ett liv där hon efter omständigheterna mår förhållandevis bra.

Övergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri

Två av de personer som jag har intervjuat har berättat om problem som de har upplevt i samband med övergången vid 18 års ålder från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri. Intervjuperson 1 var vid detta skede visserligen frisk från sin ätstörning men hade fortfarande en del problematik att arbeta kring. I samband med övergången skulle hon dock inte ha möjlighet att ha kvar den terapeut som hade hjälpt henne att bli frisk från ätstörningen. Då hon inte ville byta till en annan terapeut valde hon att inte fortsätta med någon form av samtal.

Även Intervjuperson 5:s dotter förlorade sin formella kontakt med den terapeut som hon sedan en längre tid hade haft vid barn- och ungdomspsykiatri i samband med att hon skulle gå över till vuxenpsykiatri. Under intervjun berättade Intervjuperson 5 om hur hon hade känt ilska över detta beslut och om hur situationen innebar en osäkerhet för henne och hennes dotter. Det uppstod även ett glapp mellan det att dottern slutade ha kontakt med barn- och ungdomspsykiatri och innan hon fick kontakt med vuxenpsykiatri vilket förstärkte känslan av osäkerhet.

Betydelsen av att kunna fatta egna beslut när man är i behov av specialistvård

Under mina intervjuer med de fem personer vars berättelser har återgetts ovan, har även fördelar och nackdelar med att ha möjlighet att fatta egna beslut när man som person är i behov av specialistvård framkommit. Personerna som jag har intervjuat har även reflekterat över vilken reell möjlighet eller förmåga de egentligen har haft att i olika sammanhang fatta beslut. Några av dem beskriver också hur det egna beslutet kring vårdgivare och behandlingsmetoder i slutänden kom att få stor betydelse för deras tillfrisknande och/eller ökning av deras livskvalitet.

Intervjuperson 3 berättar exempelvis under intervjun om hur hon, när hon befann sig mitt inne i sjukdomen, såg det som mest rationellt att undvika att bli inlagd. I den situation hon då befann sig i var målet snarare att fortsätta med sitt invanda beteende än att söka vård och försöka bli frisk. Samtidigt menar hon att det som hon kallar sitt ”friska jag” ville att sjukdomen skulle upptäckas.

Intervjuperson 2 talar om bristen på sjukdomsinsikt och säger att det tog lång tid innan hon blev medveten om sjukdomen. När hon väl utvecklade denna medvetenhet ville hon dock ha hjälp och hon säger att hon då kunde känna vad som var bra för henne och vad som inte var det. Då hon kommit till den klinik som hon till slut hamnade på var målet för henne att bli frisk och hon berättar att detta var ett mål som delades av de andra patienterna på kliniken.

Intervjuperson 1 säger att hon kunde acceptera att hon hade en ätstörning men att hon inte kunde se sig själv som anorektiker. När hon skulle påbörja sin behandling såg hon sig själv som någon som tog en plats från någon annan som behövde den bättre. När det gäller själva behandlingen trodde hon inte att den skulle fungera även om hon hoppades att den skulle göra det. Hon säger att när hon ser tillbaka på tiden då hon var sjuk i sin ätstörning kan hon se hur skör hon var och att hon hade behövt någon som styrde. När hon var inne i det såg hon sig dock som stark och som någon som kunde klara sig själv.

Intervjuperson 3 beskriver hur hon under sjukdomen blev beroende av att andra människor, bland annat hennes föräldrar, fattade beslut. Att hon var i så pass dåligt fysiskt skick ser hon som en räddning för att hon i slutänden kom att påbörja en behandling. Hade hon inte varit i detta skick och hade inte de läkare som hon träffade och hennes föräldrar i princip fattat besluten åt henne skulle hon antagligen ha väntat med att ta emot vård.

Att någon i slutänden lyssnade på henne och att hon själv fick välja var hon skulle hamna ser Intervjuperson 2 däremot som en viktig del i sitt tillfrisknande. Samtidigt kan hon i efterhand se att det fanns tillfällen då hon inte hade möjlighet att fatta egna beslut och att hon fick tvångsvård i enlighet med lagen om psykiatrisk tvångsvård kan hon nu se som något positivt. Som hon själv uttrycker det så ”är man väldigt sjuk måste man få hjälp”.

Intervjuperson 4 beskriver hur hon i början av sjukdomen litade på de läkare hon gick till och lät dem styra var och till vem hon skulle remitteras. När ingen av de läkare som hon träffade kunde komma fram till en diagnos började hon dock på egen hand söka efter andra alternativ. Efter att hon hade fått en diagnos började hon istället fokusera på att finna alternativa behandlingsformer och hon beskriver själv vilken betydelse det har haft för henne att till slut få komma till den antroposofiska klinik som hon nu delvis går till och som hon själv ville komma till. Hon beskriver även hur mycket stödet från hennes familj har betytt för hennes möjligheter att kämpa för att få den vård hon behövt. På samma sätt menar hon att hennes

envishet och ilska har hjälpt henne i denna process. Samtidigt påpekar hon att det har funnits perioder då hon inte har orkat kämpa lika mycket för att få tag i rätt läkare eller alternativa behandlingsformer som under andra perioder.

I Intervjuperson 5:s fall var det länge svårt för henne och andra att få hennes dotter att inse att hon var sjuk och behövde hjälp. Det var därför framför allt Intervjuperson 5 som fick sköta alla kontakter med de olika institutioner som dottern behövde komma i kontakt med.

Vändpunkten för dottern kom dock efter att hon hade kommit till insikt med att hon behövde förändra sitt beteende och själv var villig att försöka göra detta.

Intervjuperson 5 berättar även att hon under alla de år som hennes dotter mådde dåligt försökte att behålla rollen som förälder istället för att exempelvis ta på sig rollen som behandlare. Därmed har hon överlåtit mycket av ansvaret till institutionerna som dottern har varit i kontakt med, samtidigt som hon har försökt att finnas där för sin dotter för att stötta och lyssna på henne. Hon har försökt att hålla sig kall samtidigt som hon ibland har fått fatta beslut som har gått emot både hennes värderingar och önskningar.

Resultatet av patienternas beslutsprocesser

Som framgår av föregående del är intervjupersonernas beslutsprocesser ibland både långa och komplexa. Det finns även en del skillnader, men också likheter, mellan intervjupersonerna med anknytning till primärvården och de med anknytning till specialistvården. I denna del av uppsatsen kommer jag att bryta ner intervjupersonernas beslutsprocesser i de fyra stegen för den rationella beslutsmodellen vilka har beskrivits i den teoretiska referensramen. På så sätt hoppas jag bidra med ytterligare förståelse kring de beslutsprocesser som tidigare har beskrivits och vad dessa kan anses leda till.

Patienters mål och syften inom ramen för primärvården

För de personer som har intervjuats angående val av vårdcentral och husläkare har de huvudsakliga preferenserna varit att gå till en vårdcentral och/eller en husläkare som ligger i närheten av deras hem eller deras arbete samt att känna att de är nöjda med sin vårdcentral och/eller sin husläkare. Det har dock i vissa fall framkommit att det finns en tvetydighet kring vilken av dessa preferenser som är den primära. Ett sådant exempel är den kvinna som har funderat på att byta vårdcentral för att komma till en som ligger i närheten av där hon för tillfället arbetar. Hon upplever dock att hon har en husläkare på den nuvarande vårdcentralen som hon trivs mycket bra tillsammans med och hon är osäker på huruvida hon vill ge upp möjligheten att gå till honom vilket skulle vara fallet om hon bytte vårdcentral.

Ett annat exempel på denna form av tvetydighet finner vi hos den kvinna som i dagsläget går till en vårdcentral i närheten av där hon bor, men som samtidigt inte är nöjd med denna vårdcentral då hon har fått träffa olika läkare varje gång hon har varit där på läkarbesök. Hon tycker dock att vårdcentralens närhet till hemmet är av stor vikt för henne och är därför osäker på om hon vill byta vårdcentral trots att hon upplever att bemötandet hon får vid sin nuvarande vårdcentral inte är tillfredsställande.

En annan situation där tvetydigheten är tydlig är hos den man som har funderat på att byta till en vårdcentral i närheten av där han bor men som inte är säker på huruvida han vill göra detta byte nu då han förmodas flytta till en ny bostad om något år då han har avslutat sina studier. Mannens tydligaste preferens just nu kan sägas vara att göra en så liten ansträngning som möjligt i denna fråga. Detta innebär att han, om det blir aktuellt med mer regelbundna besök

till vårdcentralen, kan komma att byta vårdcentral medan det i dagsläget inte finns ett behov hos honom att byta.

I detta fall tydliggörs även den instabilitet som ibland kan vara förknippad med en persons preferenser. I dagsläget är mannen inte i behov av vård och ser det därför som besvärligt snarare än funktionellt att byta vårdcentral och husläkare, trots att hans nuvarande vårdcentral och husläkare ligger långt ifrån där han bor. Om mannens vårdbehov ökar medger han dock själv att hans preferenser antagligen kommer att förändras och att han i detta skede kanske kommer att byta vårdcentral. Mannens preferenser kan även komma att förändras om något år då han är klar med sina studier och har flyttat till en annan bostad och börjat arbeta. Han kommer i detta läge kanske till och med att vilja gå till en vårdcentral och en husläkare som ligger i närheten av där han arbetar istället för som nu till en vårdcentral och en husläkare som ligger i närheten av där han bor. I enlighet med Brunssons (1998) resonemang om hur personer värderar sina handlingar utifrån framtida preferenser skulle man kunna säga att ett byte i dagsläget inte med nödvändighet skulle tillfredsställa denna person då hans preferenser i framtiden kan komma att ändras.

Även svaren från den person som var på väg att byta vårdcentral när hans dåvarande husläkare bytte till en annan vårdcentral, tyder på att preferenser kan komma att förändras över tiden. Denna person bytte aldrig vårdcentral eftersom han aldrig fick reda på till vilken vårdcentral hans dåvarande husläkare flyttade. Han säger själv att det hela så småningom föll i glömska och att han sedan dess inte har haft några funderingar på att byta.

I likhet med den person som fortfarande går till den vårdcentral som ligger där han växte upp, menar även andra personer att det i dagsläget inte har någon betydelse till vilken vårdcentral de går eftersom de så sällan besöker en vårdcentral eller för att de har funnit andra alternativ som fungerar bra för dem. Samtidigt tyder svaren från en av de personer som har bytt vårdcentral att det kan bli mer relevant att byta i en situation där man är i större behov av vård än man tidigare har varit. Detta visar ytterligare på en tendens till att en persons preferenser, när det gäller val av vårdcentral och husläkare, kan komma att ändras då den egna situationen förändras och vårdbehovet ökar eller för den delen minskar.

Det ovanstående tyder även på att personers preferenser vid val av husläkare och/eller vårdcentral inte är exogena, det vill säga oberoende. Snarare styrs preferenserna av sådana

faktorer som vårdbehov och förändrade förutsättningar när det gäller till exempel arbete och bostadsort. Som uppgetts tidigare säger även flera av de personer som jag har intervjuat att det föll sig så från början att de började gå till en viss vårdcentral och att de sedan har fortsatt med detta. Även detta tyder på att personers preferenser snarare är endogena än exogena då dessa till viss del kan anpassas till de rådande förutsättningarna och inte är klart formulerade från början.

Patienters mål och syften inom specialistvården

Preferenserna för intervjupersonerna som har sökt någon form av specialistvård, framför allt någon form av ätstörningsvård, framstår på många sätt som mer komplexa än när det gäller personerna som har intervjuats i samband med val av vårdcentral och/eller husläkare. Detta beror bland annat på det faktum att de personer som har sökt någon form av ätstörningsvård inte alltid har gjort detta på eget initiativ och att det inte alltid har varit självklart för dessa personer att den högsta prioritet har varit att bli frisk. Beslutsprocesserna sträcker sig även över längre tidsperioder och vägen fram till ett fungerande alternativ kan många gånger uppfattas som krokig.

Med andra ord är det även i detta fall svårt att beskriva preferenserna som entydiga, exogena och stabila över tiden. Istället vittnar Intervjuperson 1 såväl som Intervjuperson 2 och Intervjuperson 3 om den bristande sjukdomsinsikt som de i efterhand kan se att de hade när de var mitt inne i sjukdomen. Det fanns under denna tid en tvetydighet kring deras preferenser på så sätt att de till viss del ville att sjukdomen skulle upptäckas och behandlas samtidigt som framför allt Intervjuperson 2 och Intervjuperson 3 också beskriver hur de såg det som rationellt att undvika behandling. Även Intervjuperson 5 beskriver hur hennes dotter under många år motsatte sig behandling med undantag från den kontakt som hon hade med en terapeut vid barn- och ungdomspsykiatri. I detta fall blir tvetydigheten dock inte lika tydlig vilket till stor del kan anses bero på att det var Intervjuperson 5 som intervjuades och inte hennes dotter. Det är därmed svårt att få en närmare uppfattning om vilka tankar som rörde sig i dotterns huvud under denna tid samtidigt som det till viss del går att uttröna en tvetydighet hos intervjupersonen själv. Visserligen kan hennes främsta preferens anses ha varit att dottern skulle bli frisk men hon hade under denna period svårt att veta hur hon skulle kunna hjälpa sin dotter och hon ville även vara kvar i rollen som mamma istället för att ta på sig rollen som terapeut. Det är även intressant att observera hur Intervjuperson 5 likväl som Intervjuperson 1 uttrycker tydliga preferenser när det gäller att behålla kontakten med

respektive terapeut vid barn- och ungdomspsykiatri. I detta fall kan deras preferenser till och med anses vara just entydiga.

När det gäller Intervjuperson 4 kan preferenserna i allmänhet anses vara något mer entydiga än för övriga intervjupersoner då hennes främsta mål med beslutsprocessen till en början var att få en diagnos och att sedan hitta ett behandlingsalternativ som skulle kunna hjälpa henne att bli frisk. Man kan samtidigt se hur preferenserna i detta fall kom att ändras över tiden och i slutändan kom det mer att handla om att bemästra sjukdomen och att leva ett så värdigt liv som möjligt. Även Intervjuperson 1, Intervjuperson 2 och Intervjuperson 3 berättar om hur deras preferenser med tiden kom att förändras och hur de mer och mer kom att sträva mot ett tillfrisknande. Detta gäller även såväl Intervjuperson 5 som hennes dotter samtidigt som Intervjuperson 5 hela tiden kan anses ha haft som grundläggande målsättning att hennes dotter skulle bli frisk.

I fallet med exogeniteten kan det konstateras att intervjupersonernas preferenser, när det gäller val av specialistvård, snarare kan anses vara beroende av yttre såväl som inre faktorer än oberoende. När de yttre eller inre förutsättningarna har förändrats har även preferenserna kommit att förändras. Detta hänger till viss del samman med det som har framkommit i ovanstående stycke där preferenserna beskrivits som instabila över tiden.

Hur patienter söker efter alternativ inom primärvården

Som framgår av sammanställningen av intervjuerna kan de intervjupersoner som har fattat beslut om att byta vårdcentral och/eller husläkare inte anses ha sökt efter samtliga alternativ innan de har genomfört sitt byte. Det går i detta fall självklart att diskutera vad ”samtliga alternativ” innebär men oavsett vad man kommer fram till i det avseendet är det uppenbart att intervjupersonerna i denna del av studien många gånger har tittat på ett mycket begränsat antal alternativ. En av de personer som bytte husläkare valde visserligen mellan samtliga alternativ inom ramen för den sedan tidigare valda vårdcentralen och en av de personer som bytte från en av landstinget driven vårdcentral till ett privat alternativ sökte information om olika alternativ innan hon fattade sitt beslut. Informationssökningen kan i båda dessa fall dock anses vara av mycket begränsad karaktär, liksom antalet alternativ som undersöktes närmare.

När det gäller övriga intervjupersoner som har genomfört ett byte har det oftast handlat om ett alternativ och detta alternativ har många gånger uppkommit av något som kan liknas vid en

slump. Exempelvis träffade en av intervjupersonerna den läkare som sedermera kom att bli hennes husläkare under en akuttid och på samma sätt hittade en annan av intervjupersonerna telefonnumret till den privata husläkarmottagningen som hon kom att byta till på baksidan av ett informationsblad från hennes dåvarande vårdcentral. En tredje person gick på provtagningar i samband med sitt arbete till en mottagning som han sedan kom att byta till för att han tyckte att de hade gjort ett bra jobb. Den sista av personerna som bytte vårdcentral bytte till den enda som enligt henne själv stämde överens med hennes dåvarande preferenser, det vill säga att den låg i närheten av där hon för tillfället arbetade.

Intervjuerna ger samtidigt ingen tydlig förklaring till varför personerna i fråga inte har sökt efter samtliga alternativ. Å andra sidan kan intervjupersonernas tid antas vara begränsad vilket i enlighet med March (1994) skulle innebära att de inte har möjlighet att sätta sig in i alla detaljer kring varje alternativ som presenteras för dem. Eftersom preferenserna i den tidigare delen av analysen har beskrivits som tvetydiga, endogena och instabila över tiden kan dock inte någon satisfiering anses förekomma även om patienterna verkar tillämpa principen om att hitta ett alternativ som är tillräckligt bra.

Hur patienter söker efter alternativ inom specialistvården

Som jag tidigare har beskrivit vittnar de intervjupersoner som har behandlats för någon form av ätstörning om en bristande sjukdomsinsikt under perioder av sin sjukdom. Det har därmed varit andra som har tagit initiativet när det har varit aktuellt att söka vård. Detta har i sin tur inneburit att det i samtliga fall har handlat om att titta på ett alternativ i taget och det är endast i fall där det första alternativet inte har fungerat som andra alternativ har blivit aktuella.

Visserligen kan man fundera kring huruvida de personer som har hjälpt Intervjuperson 1, Intervjuperson 2 och Intervjuperson 3 att finna ett behandlingsalternativ i sin tur har tittat på olika alternativ innan de har föreslagit ett slutgiltigt sådant för intervjupersonen ifråga. Det skulle inte vara omöjligt att så är fallet. Samtidigt kan inte heller Intervjuperson 5 till en början anses ha letat upp samtliga alternativ för sin dotter utan istället kom det, liksom i de andra fallen, mer att handla om att pröva ett alternativ i taget.

Intervjuperson 5 vittnar även hon om hur det var personer runt omkring hennes dotter som hade en avgörande betydelse för var dottern kom att få behandling. Från början var dottern själv inte fullt medveten om sin sjukdom och motvillig till att ta emot den vård som erbjöds vid exempelvis den ätstörningsklinik hon fick komma till. Det var därmed inte heller dottern

själv som sökte detta alternativ utan hon fick istället en remiss via barn- och ungdomspsykiatri och via vårdcentralen. I detta fall märks på ett tydligare sätt hur en person som befinner sig i omgivningen av en person med en ätstörning tar på sig ansvaret i beslutsprocessen. Eftersom dottern vid början av sjukdomen var minderårig hade Intervjuperson 5 en hel del att säga till om och det var också hon som kom att sköta kontakterna med alla olika institutioner som dottern behövde komma i kontakt med. Hon var också den som på barn- och ungdomspsykiatri samt vårdcentralens inrådan såg till så att dottern kom till en ätstörningsklinik.

I Intervjuperson 4:s fall fanns sjukdomsinsikten där genom hela beslutsprocessen även om hon från början inte visste vad som var problemet med hennes mage. Hon kan också anses ha undersökt fler alternativ genom åren än någon av de andra intervjupersonerna, till stor del beroende på att hon har velat bli frisk eller åtminstone bättre. Det faktum att hon lider av en sjukdom som inte går att bota har samtidigt inneburit att det har funnits tid att söka efter olika alternativ. Man kan dock även i detta fall konstatera att samtliga alternativ knappast har undersökts från början utan att olika alternativ har undersökts vartefter. Intervjuperson 4 berättar också om hur hon i början av sjukdomen litade på läkarna och lät dem fatta besluten medan hon kom att bli mer aktiv själv ju längre tid som gick utan att hon fick en diagnos.

Det är i samband med beslutsfattande kring specialistvård något tydligare varför patienterna inte söker efter olika alternativ. För de personer som har sökt någon form av ätstörningsvård har det exempelvis från början funnits en tvekan inför eller till och med en motvilja mot att få behandling. Med undantag för Intervjuperson 2 har intervjupersonerna också till en början förlitat sig på läkare, barn- och ungdomspsykiatri, vårdcentraler och ungdomsmottagningar när det gäller var de ska söka specialistvård. Som Winblad Spångberg (2003) visar i sin avhandling *Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementering av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården* har det, åtminstone när det gäller läkare, visat sig att dessa sällan informerar patienter om vilka möjligheter de har när det gäller att välja specialistvård och inte heller vilka olika alternativ de har att välja mellan. Det är därmed inte helt förvånande att endast ett alternativ ifrån början kom att presenteras för Intervjuperson 1, Intervjuperson 3, Intervjuperson 4 och Intervjuperson 5 då de till stor del förlitade sig på olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården. I detta fall märks också en tydlig skillnad gentemot de personer som har intervjuats angående val av vårdcentral och/eller husläkare i och med att dessa inte på ett lika tydligt sätt har varit beroende av personer inom hälso- och sjukvården när de har fattat

sina beslut. Även om inte heller de har sökt efter samtliga alternativ har de i större utsträckning förlitat sig på sitt eget omdöme och bytt till ett alternativ som för stunden har känts bra.

Slutligen kan det konstateras att inte heller personerna som har fattat beslut angående specialistvård kan anses ha tillämpat satisfiering i enlighet med hur denna metod beskrivs av March (1994). Detta beror även i detta fall bland annat på att patienternas preferenser inte kan anses ha varit entydiga, exogena och stabila över tiden.

Hur patienter utreder alternativens konsekvenser inom primärvården

Även om en av intervjupersonerna som har bytt husläkare valde mellan olika alternativ inom ramen för den vårdcentral som hon sedan tidigare hade bytt till, sökte hon ingen egentlig information om de husläkare som hon hade att välja mellan. Hon kan därmed inte heller anses ha utrett alternativens konsekvenser. Inte heller den andra av intervjupersonerna som bytte husläkare kan vid en första anblick anses ha undersökt vilka konsekvenser detta byte skulle komma att få för henne. Samtidigt kan man fundera kring om hon ändå inte till viss del undersökte konsekvenserna eftersom hon träffade läkaren innan hon bytte till honom och på så sätt såg hur han i praktiken arbetade. Även två av intervjupersonerna som bytte vårdcentral kan sägas ha tillämpat denna form av konsekvensundersökning, det vill säga en undersökning baserad på praktisk erfarenhet av vad ett byte skulle kunna komma att innebära för dem. Jag tänker i detta fall på den person som bytte till en privat mottagning vid vilken hon sedan tidigare hade en hudläkare och på den person som bytte till en privat vårdcentral vid vilken han via sitt arbete hade genomgått ett antal provtagningar. Den första av dessa personer sökte även information om andra alternativ innan hon fann att den privata mottagningen hade husläkare. Inget av dessa exempel tyder dock på att samtliga konsekvenser av alternativet har utretts.

I de två övriga fallen med intervjupersoner som har genomfört ett byte av vårdcentral har informationssökningen varit ytterst begränsad. Den ena av dessa personer fann, liksom tidigare beskrivits, informationen om det privata alternativ som hon kom att byta till på baksidan av en informationsbroschyr från hennes tidigare vårdcentral. Det är oklart hur detaljerad information om alternativet som fanns på denna broschyr men beslutet kan, mot bakgrund av att personen ifråga prövade att ringa det privata alternativet först då hon inte kom

fram till den av landstinget drivna vårdcentralen, inte anses var noga övervägt och samtliga konsekvenser kan därmed inte anses ha tagits i beaktande. Hon beskriver också det faktum att det privata alternativet var en husläkarmottagning istället för en vårdcentral och att hon därmed såg det som möjligt att det skulle kunna vara ett bättre alternativ för henne som sitt främsta skäl till att ringa. Med andra ord var hon egentligen inte informerad om exempelvis väntetider eller för den delen kvalitetsskillnader i vården.

Den sista intervjupersonen kan ha ansetts känna till en av de konsekvenser som ett byte av vårdcentral skulle komma att få för henne, nämligen att avståndet till hennes arbete skulle komma att bli kortare. Samtidigt kan inte heller denna person anses ha undersökt samtliga konsekvenser av bytet. Således tyder denna, liksom tidigare delar av analysen kring beslutsfattande inom primärvården, på ett ickerationellt beteende hos personer som utnyttjar valfriheten inom denna form av vård. Detta behöver dock inte i sig betyda att beslutsfattandet är utan betydelse för denna grupp utan beslutsprocessen kan mycket väl istället leda till exempelvis handling, ansvar eller legitimitet. Analysen av vad dessa beslutsprocesser leder till kvarstår med andra ord och den kommer även att utföras något längre fram i uppsatsen.

Hur patienter utreder alternativens konsekvenser inom specialistvården

De personer som har intervjuats angående val av vårdgivare och/eller behandlingsmetoder inom ramen för någon form av specialistvård har många gånger förlitat sig på läkare, barn- och ungdomspsykiatri, vårdcentraler och ungdomsmottagningar när de har sökt specialistvård. Genom detta uppstår ett sändare- och mottagareförhållande mellan den enskilde patienten och personalen inom hälso- och sjukvården. Personalen agerar med andra ord sändare medan patienten agerar mottagare. Patienten får i detta läge, i enlighet med Brunssons och Jönssons (1979) resonemang, svårt att bilda sig en egen uppfattning om vad de verkliga konsekvenserna av respektive alternativ är. Detta beror på att personalen inom hälso- och sjukvården i sin roll som sändare har en mer komplex bild av de olika alternativens konsekvenser än vad patienten i sin roll som mottagare har. Patienten får med andra ord förlita sig på att den information som kommer från personalen är tillförlitlig och att den på ett bra sätt speglar de verkliga konsekvenserna.

Den information som delges patienter inom specialistvården kan även anses vara komplex till sin natur (se exempelvis SOU 2008:127). Med utgångspunkt i det resonemang som förs av

March (1994) kan det därmed uppstå problem då information om olika alternativs konsekvenser ska föras vidare till den beslutsfattande patienten. Problemen består i att patienten kanske inte uppfattar hela innebörden av informationen. Detta, i kombination med det sändare- och mottagareförhållande som råder mellan patienten och personalen inom hälso- och sjukvården, bidrar till att omöjliggöra att en rationell beslutsprocess äger rum.

Bortsett från graden av beroendeförhållande till personalen inom hälso- och sjukvården, finns det många likheter mellan intervjupersonerna med koppling till specialistvården och de med koppling till primärvården när det gäller hur dessa båda grupper utreder alternativens konsekvenser. I båda fallen handlar det snarare om att pröva sig fram än att i förväg utreda samtliga konsekvenser. De synliga konsekvenserna, såsom närhet till hemmet, tas hänsyn till men det är få av dem som jag har intervjuat som har sökt ytterligare information än den som erhållits av personer som verkar inom hälso- och sjukvården och ingen har till synes övervägt alla konsekvenser. Således tyder även detta på en irrationell, snarare än en rationell, beslutsprocess.

Intervjuperson 4 är den av intervjupersonerna inom ramen för specialistvården som genom åren kan anses ha ansträngt sig mest för att ta reda på mer information om olika behandlingsmetoder. Hon har bland annat läst böcker om alternativa behandlingsformer. Detta kan delvis bero på det faktum att hon sedan länge har lidit av en kronisk sjukdom och därför har haft tid att sätta sig in i detaljerna kring denna. Det faktum att hon är utbildad sjuksköterska kan också ha haft betydelse liksom det faktum att hon, till skillnad från Intervjuperson 1, Intervjuperson 2 och Intervjuperson 3, under hela sjukdomsförloppet har velat bli frisk. Man kan också se hur hon, liksom de andra intervjupersonerna som under en längre period har haft tät kontakt med sjukvården, successivt har utvecklat sin kunskap och därmed genom åren nått en högre och högre kunskapsnivå. Hon har med andra ord gått från rollen som mottagare till att mer och mer ikläda sig rollen som sändare i den meningen att hon nu själv besitter merparten av den komplexa information som de aktörer som hon möter inom hälso- och sjukvården har. Inte heller Intervjuperson 4 kan dock ens idag anses utreda samtliga konsekvenser av de behandlingsmetoder som hon väljer att pröva, även om hon genom åren har blivit mer medveten om ett flertal av konsekvenserna.

Vad patienternas beslut leder till inom primärvården

Eftersom det finns en tvetydighet, instabilitet och endogenitet kring intervjupersonernas preferenser är det svårt att utvärdera om dessa stämmer överens med konsekvenserna av bytet av husläkare och/eller vårdcentral. Alla konsekvenser utvärderades inte heller innan de olika besluten fattades även om vissa intervjupersoner verkar ha jämfört de för dem synliga konsekvenserna av ett byte med sina för stunden mest uttalade preferenser. Med tanke på tvetydigheten, instabiliteten och endogeniteten kring preferenserna, i kombination med att samtliga alternativ inte undersöktes innan besluten fattades samtidigt som samtliga konsekvenser av alternativen inte utreddes, kan intervjupersonernas beslutsprocesser inte anses leda till val. Beslutsprocesserna kan med andra ord inte betraktas som rationella i enlighet med Allison och Zelikows (1999) modell.

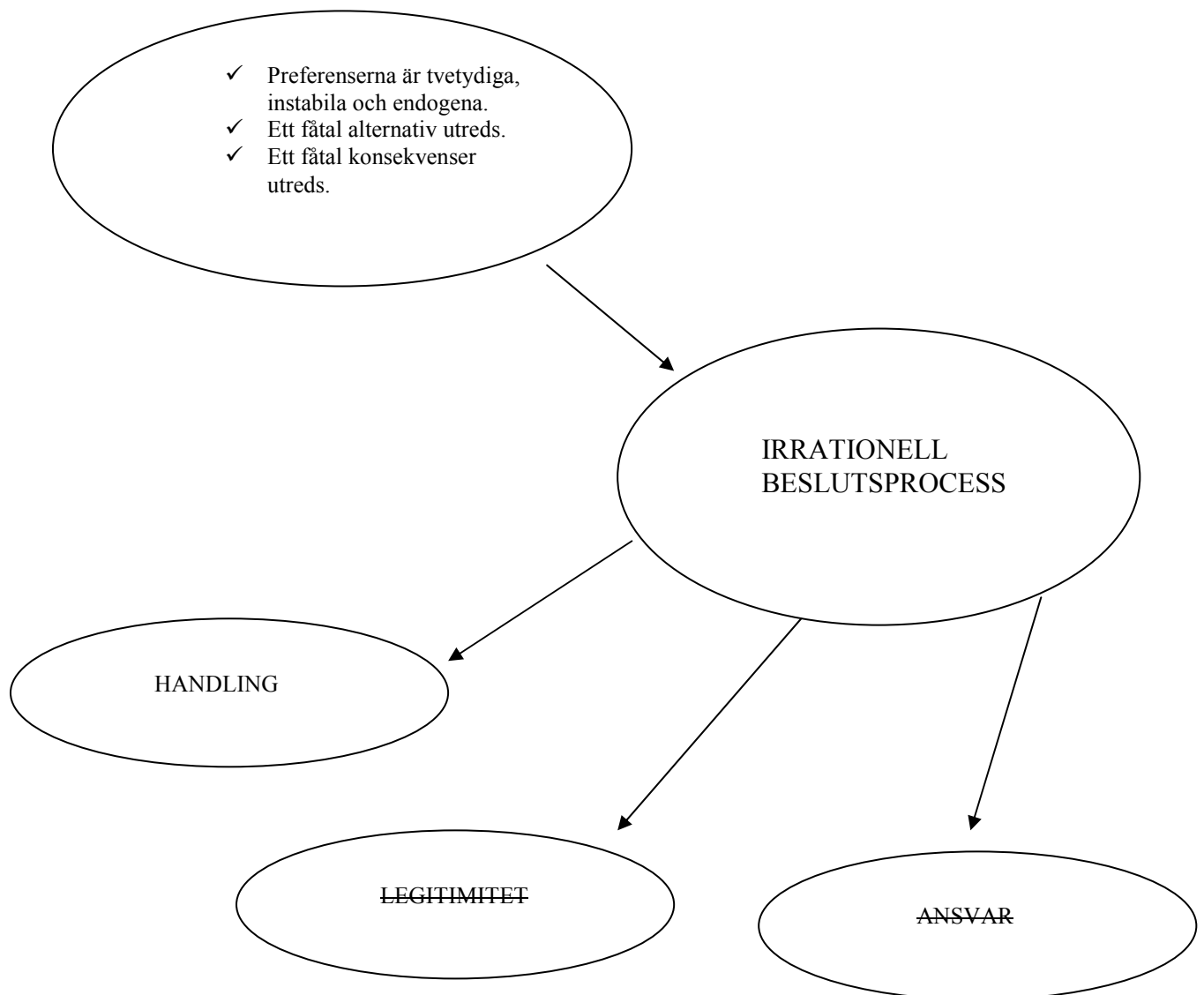
Att samtliga alternativ och konsekvenser inte har undersökts tyder på att patienternas beslutsprocesser inom primärvården snarare leder till handling än till val. Samtidigt skulle jag inte vilja säga att de beslutsprocesser som har studerats inom ramen för primärvården är systematiskt irrationella utan snarare enbart irrationella. I många fall har intervjupersonerna inte aktivt sökt efter ett alternativ men när ett alternativ som de har upplevt som bättre än det tidigare har dykt upp så har de fattat beslut om ett byte. I vissa fall, som exempelvis när det gäller den intervjuperson som bytte till en privat mottagning vid vilken hon sedan tidigare hade en hudläkare, kan processen dock delvis beskrivas som systematiskt irrationell eftersom hon aktivt sökte efter andra alternativ samtidigt som hon begränsade antalet. Jag skulle däremot inte säga att preferenserna i detta, och inte heller i övriga fall, nödvändigtvis har konstruerats i efterhand. Jag skulle snarare säga att det hos samtliga intervjupersoner som har fattat beslut om att byta husläkare och/eller vårdcentral har funnits en vilja att förbättra den dåvarande situationen. De som har varit nöjda har samtidigt inte ansett sig vara tvungna att fatta beslut om ett byte, utan de har istället stannat kvar på sin vårdcentral och hos sin husläkare.

Jag har under intervjuerna även upplevt att intervjupersonerna med anknytning till primärvården inte har känt sig tvungna att efterrationalisera sina beslut. De har visserligen haft en förklaring till varför de bytte husläkare och/eller vårdcentral, men de har samtidigt beskrivit en till stora delar irrationell beslutsprocess där informationssökningen ibland har lyst med sin frånvaro och där det många gånger har låtit som om slumpen har fått avgöra. De

verkar dock inte uppleva att det skulle finnas ett problem med detta eftersom resultatet av beslutet, det vill säga att de har fått möjlighet att komma till en husläkare och/eller en vårdcentral som de är nöjda med, verkar ha varit viktigare än själva processen. Med andra ord verkar det som om den rationella beslutsprocessen inte uppfattas som lika normerande av den beslutsfattande patienten inom primärvården som den gör av beslutsfattare inom andra delar av samhället. Detta tyder i sin tur på att patienter inom primärvården inte uppfattar sig som rationella beslutsfattare, eller ens som beslutsfattare.

Att ge patienter inom primärvården möjlighet att fatta beslut kan även ses som ett sätt att lägga över en del av ansvaret för konsekvenserna av det fattade beslutet på patienterna. I det empiriska materialet har det dock inte framkommit något som tyder på att intervjupersonerna med anknytning till primärvården ser sig själva som ansvariga för konsekvenserna av deras byten. Samtidigt visar innehållet i de utredningar, rapporter och propositioner som lästs till förmån för denna uppsats att införandet av valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården delvis syftar till att höja kvaliteten och förbättra kostnadseffektiviteten. Detta innebär med andra ord att ansvaret för dessa båda variabler till viss del läggs över på patienterna. Jag skulle dock inte vilja gå så långt som att säga att legitimiteten i beslutet, eller i systemet som sådant, ligger i det faktum att den enskilde patienten tar ansvar för sitt beslut. Snarare får patienternas beslut, liksom valfrihetssystemet, sin legitimitet från de beslut som politiker inom riksdagen och inom landstinget har fattat. Politikerna blir därmed ytterst ansvariga för att införda valfrihetssystem får önskvärd effekt.

Figur 1: Resultatet av patienternas beslutsprocesser inom primärvården



Vad patienternas beslut leder till inom specialistvården

Liksom i samband med det tidigare beskrivna beslutsfattandet inom primärvården tenderar tvetydigheten, instabiliteten och endogeniteten kring intervjupersonernas preferenser inom ramen för specialistvården att försvåra möjligheten att utvärdera om preferenserna i slutänden har matchats med alternativens konsekvenser. Intervjupersonernas beslutsprocesser inom specialistvården skiljer sig också något från de beslutsprocesser med anknytning till primärvården som har undersökts då personerna inom specialistvården till en början tenderar att i högre grad vara beroende av den information som erhålls från personal inom hälso- och sjukvården. Detta innebär i sin tur att det snarare framställs som om besluten till en början

fattas av andra aktörer än av den enskilde patienten. Matchningen mellan preferenser och konsekvenser blir därmed än mer otydlig.

De tvetydiga, instabila och endogena preferenserna, liksom det faktum att samtliga alternativ och konsekvenser inte heller i detta fall har undersökts, innebär att patienternas beslutsprocesser inom specialistvården måste anses vara irrationella snarare än rationella. De uppfyller således inte de krav för en rationell beslutsprocess som bland annat har presenterats av Allison och Zelikow (1999) och beslutsprocesserna leder därmed inte till val utan möjligtvis till handling, ansvar och/eller legitimitet.

Eftersom antalet undersökta alternativ och konsekvenser har begränsats ligger det nära till hands att anta att patienternas beslutsprocesser har syftat till att leda till handling. Liksom när det gäller intervjupersonerna inom primärvården skulle jag dock inte heller i detta fall säga att beslutsprocesserna är systematiskt irrationella. Snarare gäller även här att om det har funnits ett behov av en förändring och ett lämpligt alternativ har dykt upp så har detta prövats för att i efterhand utvärderas. Intervjupersonernas preferenser inom specialistvården är dock än mer otydliga än inom primärvården och de flesta verkar snarare veta vad de inte vill än vad de vill. För Intervjuperson 4 kan visserligen ett tillfrisknande anses ha varit den främsta preferensen liksom det för Intervjuperson 5 har varit att hennes dotter ska bli frisk. På grund av komplexiteten kring de båda sjukdomarna har det dock varit svårt för dem båda att få en överblick över alternativen och dess konsekvenser och detta har lett till att ett alternativ i taget har testats även i dessa fall.

Även de personer som jag har intervjuat inom ramen för specialistvården ger sken av att det inte är av någon större vikt för dem att framstå som rationella beslutsfattare. Intervjuperson 1, Intervjuperson 2 och Intervjuperson 3 beskriver till och med hur de i efterhand kan se att deras preferenser under sjukdomstiden inte stämmer överens med vad de uppfattar som rationellt idag. Också i Intervjuperson 4:s och Intervjuperson 5:s fall beskrivs stora delar av beslutsprocessen som irrationell även om dessa personer inte på samma sätt ser på sig själva som irrationella vid tiden för besluten.

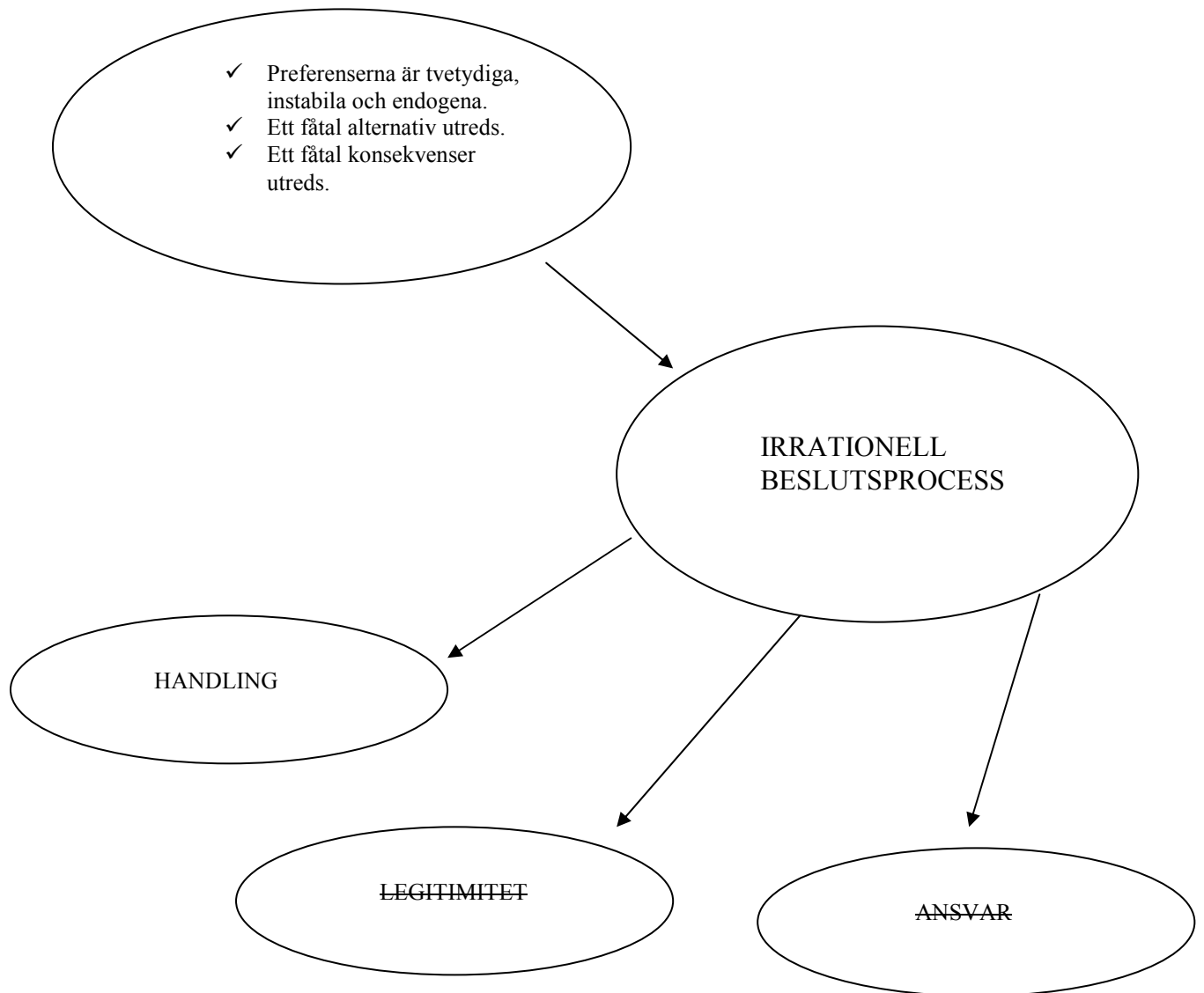
Något som skiljer de personer som har intervjuats angående val av specialistvård från dem som intervjuats angående val av husläkare och/eller vårdcentral är att de flesta av intervjupersonerna inom specialistvården har genomgått en längre beslutsprocess. Under

resans gång har möjligheterna att fatta rationella beslut därmed successivt ökat eftersom de har blivit mer och mer medvetna om sin egen situation och om de alternativ som har stått till buds. De senare delarna av beslutsprocessen kan visserligen fortfarande inte anses vara rationella men det märks ändå att behovet av handling, i alla fall i Intervjuperson 4:s fall, mattas av efter hand och att det finns mer tid för eftertanke.

När det gäller frågan om ansvar och legitimitet anser jag det vara nödvändigt att skilja Intervjuperson 1, Intervjuperson 2, Intervjuperson 3 och Intervjuperson 5 från Intervjuperson 4. Inom ramen för ätstörningsvården har det nämligen som sagt, i alla fall i Stockholms län, under flera år tillbaka funnits en möjlighet att göra en egenanmälan. Detta skulle till viss del kunna jämföras med de valfrihetssystem inom primärvården som inrättats även om utbudet är mer begränsat. Även detta skulle därmed kunna ses som ett försök från politiker att överlämna en del av ansvaret till patienterna och deras anhöriga. Samtidigt är det många som än idag söker ätstörningsvård via remiss och legitimiteten kan även i detta fall snarare anses ligga i de politiska beslut som har fattats på landstingsnivå än i att patienterna själva tar ansvar för sina beslut.

I Intervjuperson 4:s fall har det istället i enlighet med olika landstingsöverenskommelser funnits möjlighet att välja vårdgivare men liksom har beskrivits tidigare har denna valfrihet i allmänhet utnyttjats i väldigt låg utsträckning. Många patienter har inte ens varit medvetna om vilka möjligheter de har haft att fatta egna beslut. Det är därmed svårt att i detta fall tala om att Intervjuperson 4:s beslutsfattande skulle kunna leda till ansvar eller legitimitet utan snarare har det syftat till att uppnå handling, det vill säga att komma till en vårdgivare som kan hjälpa henne att lindra symtomen eller i bästa fall bota sjukdomen.

Figur 2: Resultatet av patienternas beslutsprocesser inom specialistvården



Valfrihetens möjligheter och begränsningar

När jag påbörjade arbetet med denna uppsats uppfattade jag införandet av valfrihetsreformer inom den svenska hälso- och sjukvården som ett fenomen med rötter i 1990-talets borgerliga politik. Under arbetets gång har jag dock blivit medveten om att stödet för att införa valfrihetssystem sedan länge har sträckt sig över partigränserna och att bakgrunden till dagens valfrihetsreformer snarare går att finna i 1970-talets kritik av välfärdsstatens organisation än i 1990-talets reformer.

Intentionerna bakom dagens reformer är på många sätt identiska med dem som har legat till grund för reformerna under 1900-talet. Nu, liksom då, handlar det om att öka kvaliteten och att uppnå en bättre kostnadseffektivitet inom hälso- och sjukvården. Det handlar även om att öka möjligheterna för patienter att fatta egna beslut. Det senare innebär att valfriheten till viss del anses ha ett egenvärde, det vill säga att det finns ett värde i att patienter ska kunna välja vårdgivare och/eller behandlingsmetoder utan att det för den sakens skull leder till högre kvalitet och bättre kostnadseffektivitet.

Bakom dagens valfrihetsreformer finns även en tanke om att patienter som ges de rätta förutsättningarna har möjlighet att fatta rationella beslut. Denna tanke finner dock inget stöd i de teorier om beslutsfattande som har presenterats inom ramen för denna uppsats. Dessa teorier visar snarare på problemen med att genomföra en rationell beslutsprocess, problem som i praktiken gör det omöjligt för oss människor att fatta rationella beslut. Tanken om patienten som rationell beslutsfattare finner heller inget stöd i den undersökning som har genomförts inom ramen för uppsatsen där 30 personer har intervjuats angående beslutsfattande inom primärvården och 5 personer har intervjuats angående beslutsfattande inom specialistvården. Analysen av patienternas beslutsfattande visar snarare att de följer en irrationell än en rationell beslutsmodell och att deras beslutsprocesser snarare leder till handling än till val. De upplever sig till synes inte heller som rationella beslutsfattare, eller ens som beslutsfattare, och ser sig inte som ansvariga för konsekvenserna av deras beslut.

Jag måste i detta sammanhang dock än en gång påpeka att den undersökning som har genomförts till förmån för uppsatsen har ett antal begränsningar som tydligt påverkar vilka slutsatser som kan dras. Till en början är urvalet inte tillräckligt stort och varierat för att dra några generella slutsatser om hur patienter beter sig när de ska fatta beslut om vårdgivare

och/eller behandlingsmetoder. Visserligen har ingen av de personer som jag har intervjuat genomfört en rationell beslutsprocess vilket tyder på att tanken om patienten som en rationell beslutsfattare kan anses vara avlägsen. För detta finns även stöd i teorin, vilket gör resultatet än mer trovärdigt. Patienternas beslutsfattande skulle dock behöva studeras ytterligare för att en teori om hur patienter går till väga när de fattar beslut ska kunna utvecklas. Det är också först efter en grundligare studie som det skulle kunna fastslås om patienters uppfattning om sig själva som beslutsfattare skiljer sig från andra beslutsfattares uppfattningar om sig själva och vilken påverkan detta i så fall skulle kunna få för beslutsprocessen. Det som har framkommit under intervjuerna tyder på att patienter inte känner ett behov av att uppfattas som rationella beslutsfattare och att de därmed inte heller eftertunneliserar sina beslut. Frågan är dock om detta gäller för patienter generellt eller om det är ett fenomen som förekommer inom vissa patientgrupper.

En annan faktor att ta hänsyn till, vilken framför allt försvårar utvärderingen av patienters beslutsfattande i förhållande till intentionerna bakom valfrihetsreformerna, är det faktum att det perfekta valfrihetssystemet inte existerar idag och antagligen inte heller kommer att existera i framtiden. Tanken på patienten som den rationella aktören bygger på att patienter ges de rätta förutsättningarna att välja. När dessa förutsättningar inte infinner sig är det därmed inte rimligt att anta att patienter kommer att fatta rationella beslut. Å andra sidan visar teorier om beslutsfattande att även om de rätta förutsättningarna ges är det ändå omöjligt att fatta rationella beslut. Detta beror bland annat på att människors preferenser inte tenderar att vara entydiga, stabila och exogena samtidigt som det finns faktorer som begränsar människors möjligheter att utvärdera samtliga alternativ och dess konsekvenser.

När det gäller intentionerna bakom införandet av valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården är det framför allt de om ökad kvalitet och bättre kostnadseffektivitet som bygger på antagandet om patienten som den rationelle beslutsfattaren. Patienter antas med andra ord i dessa fall välja bort de sämre vårdgivarna till förmån för dem som är bättre. Med utgångspunkt i det faktum att en rationell beslutsprocess inte kan anses vara möjlig att genomföra skulle man kunna säga att det därmed inte heller finns en möjlighet att tillgodose dessa intentioner inom ramen för ett valfrihetssystem där patienter väljer vårdgivare. Jag skulle dock vilja säga att det trots allt finns en möjlighet att dessa intentioner delvis uppfylls, för även om patienter inte fattar rationella beslut så blir ändå resultatet i många fall att sämre vårdgivare väljs bort till förmån för dem som uppfattas vara bättre. Det är de missnöjda

patienterna som till synes verkar utnyttja sina valmöjligheter och därmed kvarstår möjligheten att kvaliteten kan komma att förbättras och kostnadseffektiviteten kan komma att öka trots att patienterna inte fattar rationella beslut. De finner istället andra vägar för att hitta ett bättre alternativ.

Den tredje intentionen bakom införandet av valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården, det vill säga att öka möjligheten för patienter att fatta egna beslut, kan på många sätt anses lättare att uppnå. Genom intervjupersonernas svar har det blivit tydligt att möjligheten att välja är väldigt viktig i vissa sammanhang. Paradoxalt nog är det dock i situationer där patienten upplever ett missnöje som rätten att välja används. Vad man kan fundera på i detta fall är därför om det inte snarare är möjligheten att få tillgång till god vård som är viktig än möjligheten att välja vårdgivare. Samtidigt kan det exempelvis vara viktigt att få möjlighet att komma till en person inom hälso- och sjukvården med vilken personkemin fungerar. Detta är i alla fall något som svaren från Intervjuperson 1 och Intervjuperson 5 tyder på när de berättar om övergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri. I de fall där det finns olika behandlingsalternativ att välja mellan kan det också vara viktigt för patienter att ha möjlighet att fatta egna beslut. Om inte annat så blir detta tydligt i Intervjuperson 4:s fall, där möjligheten att välja en alternativ vårdform som komplement till den ordinarie behandlingen har visat sig kunna höja livskvaliteten.

Slutligen funderar jag på om inte tanken om patienter som möjliga rationella beslutsfattare också har ett egenvärde. För även om patienter inte fattar rationella beslut så fattar de ibland någon form av beslut och i vissa sammanhang kan möjligheten att välja som synes vara av avgörande betydelse. Att arbeta för att förenkla för patienter att välja kan därmed vara till fördel för den patient som till exempel vill ha möjlighet att byta från en vårdgivare som han/hon är missnöjd med. Inom ett valfrihetssystem som bygger på tanken om patienten som en möjlig rationell aktör finns med andra ord en ständig strävan efter förbättringar som jag tror kan vara av godo för patienten. Denna strävan tror jag samtidigt kan gå förlorad i ett system som bygger på bilden av patienten som den irrationelle beslutsfattaren. För vad finns det för incitament att lägga ner resurser på att förbättra ett system om man redan på förhand vet att väldigt få patienter exempelvis kommer att använda informationen som tas fram om olika vårdalternativ? Samtidigt tror jag att det är bra att vara medveten om de begränsningar som ryms i patienternas beslutsfattande, exempelvis när det gäller hur lite tid många ägnar åt

att söka information. Uppsatsens innehåll kan därmed förhoppningsvis vara till hjälp vid utvecklingen av nuvarande och framtida valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården.

Referenser

Allison, Graham & Philip Zelikow, 1999. *Essence of decision: explaining the Cuban missile crisis*, New York: Longman

Andersen, Ib, 1998. *Den uppenbara verkligheten – Val av samhällsvetenskaplig metod*, Lund: Studentlitteratur

Almroth, Lena, 2008. *Om Vårdval Stockholm*, Tillgänglig online:
<http://www.vardguiden.se/templates/Article.aspx?c=3878> [2008-06-17]

Blomqvist, Paula & Bo Rothstein, 2005. *Välfärdsstatens nya ansikte – demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*, Stockholm: Agora

Brunsson, Nils & Sten Jönsson, 1979. *Beslut och handling*, Stockholm: Liber

Brunsson, Nils, 1998. Beslut som institution, i Barbara Czarniawska (red.):
Organisationsteori på svenska, Malmö: Liber ekonomi, s. 43-60

Brunsson, Nils, 2000. *The Irrational Organization: Irrationality as a Basis for Organizational Action and Change*, 2nd edition, Bergen: Fagbokforlaget

Clinton, David, 2007a. *Vad är anorexia nervosa?*, Kunskapscentrum för ätstörningar:
Information om ätstörningar, Nr 2 oktober 2007, Tillgänglig online:
<http://www.atstorning.se/hem/faktablad/CE3DAE0F59C44C38B7D7B80774E49FCD> [2008-06-18]

Clinton, David, 2007b. *Vad är bulimia nervosa?* Kunskapscentrum för ätstörningar:
Information om ätstörningar, Nr 3 oktober 2007, Tillgänglig online:
<http://www.atstorning.se/hem/faktablad/66FC503287CA4B339F733C1A8E18D8BA> [2008-06-18]

Dagens Nyheter, 2002-11-10. *Mp oense med s om stopplag*, Tillgänglig online:
<http://www.dn.se/nyheter/sverige/mp-oense-med-s-om-stopplag-1.129934> [2010-03-14]

Konkurrensverket, 2007. *Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg – förslag för konkurrens och ökat företagande*, konkurrensverkets rapportserie: 2007:3,
Tillgänglig online: http://www.kkv.se/upload/Filer/Trycksaker/Rapporter/rap_2007-3.pdf
[2009-06-26]

March, James G., 1978. *Bounded rationality, ambiguity, and the engineering of choice*, i Bell Journal of Economics. No. 9, 1978. s. 587-608.

March, James G., 1994. *A primer on decision making: how decisions happen*, New York: Free Press

Regeringens proposition 1992/93:43 *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet*, Tillgänglig online: http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=37&dok_id=GG0343 [2010-04-24]

Regeringens proposition 1994/95:195 *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*, Tillgänglig online: http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=37&dok_id=GI03195 [2010-04-24]

Regeringens proposition 2008/09:29 *Lag om valfrihetssystem*, Tillgänglig online: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/112556> [2010-04-24]

Regeringens proposition 2008/09:74 *Vårdval i primärvården*, Tillgänglig online: <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/117176> [2009-06-16]

Riksföreningen Anorexi/Bulimi-kontakts hemsida: <http://www.abkontakt.se/> [2008-06-25]

Rosén, Per, 1996. Frihet, jämlikhet, kunskap – patientinflytandets villkor, i Anders Anell och Per Rosén (red.): *Valfrihet och jämlikhet i vården*, Stockholm: SNS Förlag, s. 16-49

Saltman, Richard B., 1992. *Patientmakt över vården* Stockholm: SNS Förlag

Sjögren, Ebba, 2005. Från vaga mål till det ”rätta” priset: Tolkning av regler för subvention av läkemedel, ur Svedberg Nilsson, Karin, Roger Henning & Karin Fernler (red) *En illusion av frihet? Företag och organisationer i regelsamhället*, Lund: Studentlitteratur, s. 123-138

Siverstrand, Marie-Louise, 2007. Muntlig delgivning via telefon, 21 juni 2007.

Socialstyrelsen, 2004. *Att välja hemtjänst*, Tillgänglig online:

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/8563/2004-123-39.htm> [2009-06-25]

SOU 2008:15 *LOV att välja – Lag Om Valfrihetsssystem*, Tillgänglig online:

<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/99454> [2010-04-25]

SOU 2008:37 *Vårdval i Sverige*, Tillgänglig online:

<http://www.regeringen.se/sb/d/10057/a/102906> [2009-06-16]

SOU 2008:127 *Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning*, Tillgänglig online: <http://www.regeringen.se/sb/d/10057/a/117565> [2010-04-24]

SOU 2009:49 *Bättre samverkan – Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring*, Tillgänglig online: <http://www.regeringen.se/sb/d/11223/a/127156> [2010-04-24]

SOU 2009:84 *Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård*, Tillgänglig online:

<http://www.regeringen.se/sb/d/11223/a/134565> [2010-04-24]

Statskontoret, 2007. *Vård, skola och omsorg – Vilken information behöver brukaren för att välja*, Publikationsnummer 2007:19, Tillgänglig online:

http://www.statskontoret.se/Statskontoret/Templates/PublicationPage_3602.aspx [2009-06-25]

Winblad Spångberg, Ulrika, 2003. *Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementering av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården*, Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis (akademisk avhandling).

Intervjuer inom ramen för primärvården

Kvinna (född 1977), Stockholm 27 juni 2008

Kvinna (född 1917), Stockholm, 27 juli, 2008

Kvinna (född 1935), Stockholm, 27 juli, 2008

Kvinna (född 1934), Stockholm, 27 juli, 2008

Kvinna (född 1963), Stockholm, 27 juli, 2008

Kvinna (född 1929), Stockholm, 27 juli, 2008

Man (född 1939), Stockholm, 27 juli, 2008

Man (född 1940), Stockholm, 27 juli, 2008

Kvinna (född 1962), Stockholm, 27 juli, 2008

Man (född 1932), Stockholm, 27 juli, 2008

Kvinna (född 1973), Stockholm, 22 september, 2008

Kvinna (född 1921), Stockholm, 22 september, 2008

Kvinna (född 1979), Stockholm, 22 september, 2008

Kvinna (född 1961), Stockholm, 22 september, 2008

Man (född 1949), Stockholm, 22 september, 2008

Kvinna (född 1960), Stockholm, 22 september, 2008

Man (född 1983), Stockholm, 22 september, 2008

Man (född 1953), Stockholm, 22 september, 2008

Man (född 1964), Stockholm, 22 september, 2008

Kvinna (född 1986), Stockholm, 22 september, 2008

Man (född 1961), Stockholm, 22 september, 2008

Kvinna (född 1923), Stockholm, 23 oktober, 2008

Kvinna (född 1929), Stockholm, 23 oktober, 2008

Man (född 1954), Stockholm, 23 oktober, 2008

Man (född 1977), Stockholm, 23 oktober, 2008

Kvinna (född 1966), Stockholm, 23 oktober, 2008

Kvinna (född 1978), Stockholm, 23 oktober, 2008

Kvinna (född 1951), Stockholm, 23 oktober, 2008

Man (född 1931), Stockholm, 23 oktober, 2008

Kvinna (född 1933), Stockholm, 23 oktober, 2008

Man (född 1918), Stockholm, 23 oktober, 2008

Intervjuer inom ramen för specialistvården

Intervjuperson 1, Stockholm, 19 maj, 2008

Intervjuperson 2, Stockholm, 1 juni, 2008

Intervjuperson 3, Stockholm, 17 juni, 2008

Intervjuperson 4, Stockholm, 16 december, 2008

Intervjuperson 5, Stockholm, 22 december, 2008

Appendix

Jag har i detta appendix sammanställt de intervjuguider som jag har använt mig av inom ramen för uppsatsen. Det är dock viktigt att påpeka att frågorna inte alltid har ställts i den ordning som de presenteras i här. Frågorna har dessutom sällan ställts ordagrant utan snarare har samtliga frågor på ett eller annat sätt berörts under intervjuerna. Ibland har även sådant som inte ryms inom ramen för frågorna tagits upp av mig eller av intervjupersonen och detta finns också med i materialet som ligger till grund för uppsatsen.

Intervjuguide för patienter inom primärvården:

- Födelseår?
- Bor?
- Vilken vårdcentral?
- Varför denna vårdcentral?
- Husläkare?
- Varför denna husläkare?
- Funderat på att byta husläkare/vårdcentral? Varför? Varför inte?
- Fått information om husläkare/vårdcentral? Vilken typ av information? I vilket sammanhang?

Intervjuguide för Intervjuperson 1, Intervjuperson 2 och Intervjuperson 3:

- När började ätstörningen?
- Vilken form av ätstörning?
- När började ätstörningen ses som ett problem? Själv/omgivningen.
- Vem tog initiativet till att söka hjälp? När söktes hjälpen?
- Hur gick du/ni/den personen till väga när hjälpen väl söktes?
- Varifrån kom informationen?
- Hur hanterades informationen?
- Fanns det några speciella önskemål från din sida/från din omgivnings sida?
- Vad visste du/ni om de alternativ som fanns?
- Kändes det som om det fanns olika valmöjligheter och hur hanterades dessa i så fall?

- Vilka tankar och känslor fanns hos dig under den period som vården söktes?
- Hur kom det sig till slut att du kom till en viss vårdgivare?
- Vad ville du med behandlingen?

Intervjuguide för Intervjuperson 4:

- När började det?
- Hur började det?
- Hur har processen sett ut?
- Informationssökning?
- Hur kom du i kontakt med Vidarkliniken?
- Vem/vilka har fattat besluten längs vägen?
- Vad visste du om de alternativ som fanns?
- Kändes det som om det fanns olika valmöjligheter och hur hanterades dessa i sådana fall?
- Hur hanterades informationen?

Intervjuguide för Intervjuperson 5:

- Dotterns ålder och typ av ätstörning.
- Hur det började.
- Hur det kom sig att dottern sökte hjälp. Vem sökte hjälp?
- Hur har processen sett ut? Har de varit i kontakt med ett eller flera vårdalternativ? Har de sökt någon form av information? Vilken typ av information? Hur har de fått information om de vårdalternativ de sökt sig till? Har de fått någon hjälp att välja?
- Vilken roll har hon som mamma haft i denna process?
- När började hon se dotterns beteende som ett problem? Vem uppmärksammade sjukdomen?
- Fanns det några speciella önskemål angående vårdalternativ/behandlingsformer?
- Hur hanterades eventuella alternativ? Fanns det olika alternativ?
- Vilka tankar och känslor fanns hos dig under den period som vården söktes?