

Litteraturgranskningar

ULRIKA WINBLAD-SPÅNGBERG: *Från beslut till verklighet. Läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården*. Acta Universitatis Upsalensis, Uppsala Studies in Medicine. Uppsala 2003.

Ulrika Winblad-Spångbergs (UWS) doktorsavhandling lades fram vid medicinsk fakultet, vid enheten för hälso- och sjukvårdsforskning. Den kunde lika väl ha varit en avhandling i statsvetenskap – även om det kanske inte är helt vanligt att en statsvetenskaplig författare uppvisar sådana specialistinsikter inom ett sektorsområde. UWS undersöker den politiskt högaktuella frågan om läkarprofessionens roll vid implementeringen av reformer i sjukvården, och ämnet har därmed också, vill jag hävda, större politisk relevans än många statsvetenskapliga avhandlingar.

Frågeställningen kan ses som ett kritiskt fall av implementering genom professioner. Få förvaltningspolitiska utmaningar torde vara större än att få läkarkåren att verka för ökad valfrihet i vården, och författaren tolkar själv sitt fall som ett implementeringsmisslyckande.

Syfte och uppläggning – läkarkåren och valfriheten

Avhandlingens övergripande fråga är vilken roll *läkarnas inställning till valfriheten* spelat för implementeringen – eller den bristande implementeringen – av de valfrihetsreformer som genomfördes i svensk sjukvård under 1900-talets sista decennier. De flesta patienters val inom specialistvården förutsätter läkarens medverkan, dels därför att det vanligen krävs remiss, dels därför att läkaren är den primära informationskällan både när det gäller själva rätten att välja och i det konkreta valet av vårdgivare. Den reella valfriheten bestäms därför på den kliniska

nivån, i mötet mellan läkare och patient, och i det perspektivet är det läkarkåren som har ansvaret för att de politiska intentionerna uppfylls.

Tidigare studier pekar på att valfriheten i specialistvården inte utnyttjats särskilt mycket efter reformen – trots att andra undersökningar visar att patienterna faktiskt vill ha möjlighet att välja vårdgivare. Avhandlingens syfte är alltså att undersöka vilken roll läkarna spelat i sammanhanget. Detta syfte preciseras i fyra hypoteser (s 35–37).

Hypotes 1: En anledning till att valfrihetens intentioner inte realiserats är att den enskilde läkaren inte verkar valfrihetsbefrämjande i mötet med patienten.

Om hypotes 1 bekräftas – och det gör den enligt författaren – finns det anledning att också testa tre hypoteser om orsakerna.

Hypotes 2a: Läkarna kan inte hjälpa patienterna att välja eftersom de organisatoriska förutsättningarna för detta inte föreligger.

Hypotes 2b: Läkarna förstår inte syftet med reformerna och har bristfällig kunskap om regelverket, vilket gör det svårt att förmedla informationen till patienterna.

Hypotes 2c: Läkarna vill inte hjälpa patienterna att välja eftersom reformerna innebär att läkarnas autonomi hotas och patienterna riskerar att fatta felaktiga beslut.

De senare tre hypoteserna knyter an till Lenart Lundquists välkända aktörsmodell för implementering. Jag återkommer till den modellen i det följande.

UWS ägnar visserligen en del utrymme åt att diskutera utvärdering av offentlig politik. Men avhandlingen bör inte i första hand läsas som en utvärdering av just den aktuella reformen utan mera generellt, som ett empiriskt fall av implementering via professioner. I det perspektivet är det förstås särskilt tacksamt att studera den starka och tydliga profession som läkarkåren utgör.

Material och undersökningslogik – "most likely case"

UWS gör som nämnts en avgränsning till *valfrihet inom specialistsjukvården*, dvs. vid val av sjukhus eller annan specialistmottagning. Där emot behandlas inte val av husläkare. Det som studeras blir alltså läkarnas betydelse för patienternas inflytande vid remittering från vårdgivare A till vårdgivare B. Avgränsningen förefaller klok, den som är intresserad av läkarnas roll bör i första hand analysera de vårdval som verkligen kräver aktiv medverkan från läkarna själva, och detta gäller ju inte vid val av husläkare.

Den konkreta reform som är utgångspunkten är Landstingsförbundets rekommendation från 1989 om valmöjligheter i hälso- och sjukvården, en rekommendation som sedan legat till grund för reglerna om valfrihet i samtliga Sveriges landsting. Rekommendationen uppdaterades 2000 så att medborgarna numera i princip kan välja vård var som helst i Sverige. I de flesta fall behövs dock, åtminstone i praktiken, remiss från en läkare. Tidigare undersökningar, som presenteras i avhandlingen, pekar som nämnts på att de politiska intentionerna bakom valfrihetsreformerna inte har uppfyllts till fullo. Medborgarnas kunskap om valmöjligheterna är begränsad, de så kallade vårdströmmarna är relativt oförändrade trots valfriheten, och antalet klagomål till patientnämnderna om bristande valfrihet inom specialistvården är stort. Problemen tycks inte bero på ointresse från patienterna eller på administrativa hinder, inte heller på otillräcklig information till allmänheten eller på bristande utbud av vårdgivare – även om det finns skillnader mellan olika delar av landet. Däremot finns det rapporter som antyder att läkarna kan vara boven i dramat genom att de bara ger information om alternativ på direkt begäran av patienten. De tidigare studierna är dock inte särskilt omfattande, och de säger inte något om varför läkarna i så fall agerar som de gör.

För att pröva sina hypoteser undersöker UWS dels läkarnas attityder till valfriheten, dels deras faktiska handlande i samband med remittering av patienter. Materialet för detta är i första hand en *större enkätundersökning* utskickad till 960 läkare i Stockholms läns landsting (SLL) – med en effektiv svarsfrekvens på 60 procent. Dess-

utom rekonstruerar hon de politiska intentionerna i valfrihetsfrågan och granskar i en *fallstudie*, som bygger på intervjuer och dokument, hur valfrihetsreformerna genomförts organisatoriskt inom SLL.

Fallet SLL skall enligt författaren ses som ett "most likely case" i Harry Ecksteins anda. Detta innebär att undersökningen fungerar som ett kritiskt test av hur valfriheten skulle fungera under bästa tänkbara omständigheter, dvs. där de politiska och strukturella förutsättningarna är så gynnsamma som möjligt. Om patienterna inte kan utnyttja sin valfrihet i SLL, var skulle de då kunna göra det, är logiken. I ett landsting där de yttre förutsättningarna är goda blir det också lättare att testa vad UWS kallar "den professionella förklaringen" genom att respondenterna inte kan "gömma sig" bakom strukturella hinder (s 40). Jag tolkar det senare som att bakgrunds-förutsättningarna för att testa Hypotes 2c ("vill") är de bästa möjliga i Stockholm. Den professionella förklaringen borde innebära att läkarnas yrkesroll kan få dem att vilja något annat än vad som krävs för att uppfylla de politiska intentionerna bakom en reform.

Det finns ett problem med "most likely"-ansatsen. Om det som är mest troligt verkligen inträffar riskerar man att stå där med ganska ointressanta resultat av "so what"-karaktär. Det blir riktigt spännande först om man *inte* får de resultat som är mest troliga, t.ex. om man hittar oväntade problem. Då möjliggör en generalisering enligt Ecksteins logik både långtgående och spännande slutsatser. Vi skall ha detta i åtanke i det följande.

Undersökningens empiriska resultat

Hypotes 1 ("verkar") testas genom frågor om läkarnas faktiska agerande. Av de tre förklarande delhypoteserna testas *Hypotes 2a* ("kan") med hjälp av frågor om upplevda hinder. Här används också fallstudien för att undersöka om det *objektivt* sett föreligger hinder. *Hypotes 2b* ("förstår") testas genom kunskapsfrågor om gällande regler och politiska motiv bakom reformen och *Hypotes 2c* ("vill") genom frågor om läkarnas attityder till reformen och om hur de anser att den påverkar deras arbete.

Fallstudien av SLL bidrar alltså till att belysa delhypotesen "kan", men dess främsta funktion är att mer djupgående belysa en implementeringsprocess i en bestämd lokal och tidsmässig kontext. Stockholm gick i bräschen för utvecklingen i övriga landet och antog Landstingsförbundets rekommendation redan 1990. De borgerliga drev på, socialdemokraterna var länge avvaktande men har efter hand blivit alltmer positiva.

I dag erbjuder det samlade regelverket patienterna en betydande formell valfrihet, även om denna i praktiken fortfarande begränsas av remisstvånget. Det finns också inom SLL ett stort utbud av både offentliga och privata alternativ inom de flesta specialiteter (s 138). De organisatoriska och ekonomiska styr- och incitamentsystemen tycks inte heller, möjligen något förvånande, verka hindrande eller snedvridande för valfriheten (s 148). Kopplat till hypotes 2a ("kan") skulle detta betyda att det egentligen inte finns några administrativa eller utbudsmässiga hinder för läkarna att verka valfrihetsbefrämjande.

Det enda egentliga problem som framkommer i fallstudien gäller informationen. Trots ett betydande informationsutbud både via reguljära informationskanaler och i form av särskilda kampanjer har det uppfattas som svårt att nå ut just till läkarna (s 151–52). Här kan det vara intressant att koppla på Ecksteins "most likely"-inferens. Om det föreligger problem med informationen till läkarna i SLL borde dessa problem inte vara mindre i andra, politiskt mindre pådrivande landsting.

Den helt centrala empiriska delen i avhandlingen är den som bygger på *enkätstudien*. Här skall först och främst understrykas att författaren gjort ett föredömligt arbete med enkäten. Det gäller då hon utarbetat och testat formuläret, då hon ansträngt sig för att få in så många svar som möjligt, då hon konstruerat och prövat sina index och då hon gjort sina analyser. Därtill ger de reliabilitets- och validitetstest som redovisas i appendix uttryck för en berömvärd ambition att ställa de egna slutsatserna på svårast möjliga prov.

Henrik Tikkanens devis att "man måste planera noga eftersom ingenting går som man plane-

rat" gäller i särskilt hög grad för stora kvantitativa undersökningar, där man aldrig har möjlighet att gå tillbaka och göra om, t.ex. då en fråga visar sig inte fungera. UWS har följt Tikkanens råd genom att både planera noga och vara flexibel då det inte gått som hon planerat. Bland annat har hon skickat ut en kortare version av enkäten samtidigt som hon bett om en motivering av dem som väljer att ändå inte svara. På så sätt har hon lyckats höja svarsfrekvensen på sina mest centrala frågor och på köpet fått underlag för en bortfallsanalys.

Omsorgen och grundligheten gör naturligtvis resultaten extra trovärdiga. Vilken bild ger då enkätundersökningen? Först kan vi notera att majoriteten av läkarna säger att de ser patienternas valfrihet som *viktig*, att den har ett värde både för patienterna själva och för sjukvården. Så långt framstår alltså Stockholmsläkarna inte som några särskilt motsträviga paternalister.

Däremot anser två tredjedelar att valfriheten *fungerar dåligt*, och då de ombeds förklara varför hänvisar de flesta till att patienterna inte känner till sina rättigheter eller har bristfällig kunskap om vårdutbud, vårdinnehåll och vårdkvalitet. Ingen skyller bristerna på sig själv eller den egna kåren – trots att det stora flertalet framhåller att patienterna behöver läkarens hjälp för att kunna utnyttja valmöjligheterna (s 162–67). De hinder som läkarna själva ser tycks alltså ligga i patientens "kan" snarare än läkarens "vill".

Hur utfaller hypotesprövningen? *Hypotes 1* ("verkar") bekräftas. Det stora flertalet läkare informerar bara på direkt förfrågan patienterna om deras rätt att välja, och detsamma gäller för informationen om olika remitteringsalternativ. Samtidigt är det sällan som patienterna efterfrågar sådan information – fortfarande enligt läkarna själva (s 171–72).

Och de tre förklaringshypoteserna? Beror den bristande informationen på att läkarna inte kan, inte förstår eller inte vill? Den frågan undersöks med hjälp av index för "kan", "vill", "förstår" och "verkar", baserade på ett tjugotal av enkätfrågorna. Hypotesprövningen görs med Spearman's r , som är en kusin till Pearson's r , avsedd för ordinalskalor. Resultatet blir att "kan"-hypotesen avvisas, medan signifikant samvariation konstateras både mellan "förstår" och "verkar"

och mellan "vill" och "verkar" (s 197–202). Det finns alltså inget signifikant samband mellan läkarnas uppfattning av administrativa hinder och deras agerande för valfrihet. Däremot föreligger ett signifikant samband mellan läkarnas kännedom om regelverket och deras agerande för valfrihet, liksom mellan deras på olika sätt uttryckta vilja att stödja valfrihet och deras faktiska agerande för valfrihet.

Författaren beskriver själv de samband hon finner som "signifikanta men svaga" (s 203). Med svaga menar hon att korrelationerna mätta som Spearmans r är förhållandevis låga ($r=0,12$ för "förstår" och $r=0,26$ för "vill"). Det kan ligga något i det. De observerade sambanden pekar visserligen på en tydlig tendens, åtminstone då det gäller "vill", men de är inte mycket att hålla i handen om man vill göra förutsägelser om en enskild läkare. Å andra sidan är det inte så ofta som man får särskilt höga r -tal i samhällsvetenskapliga studier. I just det här fallet kan frågan om r -talens storlek emellertid även diskuteras från en annan aspekt, nämligen undersökningens teoretiska utgångspunkter. Jag återkommer till det i det följande.

Generella implikationer

Några olika generella implikationer av resultaten diskuteras i avhandlingen. I sin analys av bortfallet framhåller författaren, något förvånande, att det mest relevanta skulle vara att jämföra gruppen som svarat med den totala populationen av *läkare i hela landet* med samma specialiteter (s 160). Frågan är emellertid hur relevant detta egentligen är, givet den "most likely"-logik som ligger bakom valet av Stockholm som fall. Mer i Ecksteins anda är i så fall en generalisering till *andra landsting*. Om läkarkåren i Stockholm, med allmänt goda förutsättningar för valfrihet, inte "verkar" för reformen ser det inte så lovande ut för andra landsting heller. Detta är då en inferens på *systemnivå*.

Motsvarande inferenslogik kan dock inte utan vidare tillämpas på de tre förklarande delhypoteserna, som ju ligger på *individnivå*. Den eventuella inverkan av "kan", "förstår" och "vill" på "verkar" kan provas oavsett om medelvärdet på den beroende variabeln är högt eller lågt. Valet

av SLL som kontext motiverades ju av att de goda bakgrundsförutsättningarna skulle göra prövningen av den professionella hypotesen 2c ("vill inte") tydlig. Att "kan" inte inverkar signifikant på "verkar" i SLL övertygar oss däremot inte om att det inte skulle göra det i ett annat landsting där de politiska och strukturella förutsättningarna allmänt sett är sämre.

Enligt UWS pekar resultaten också på en *allmän svårighet att implementera reformer inom sjukvården* till följd av oklarheten i det politiska ansvaret. Denna oklarhet leder till bristande styrning av implementeringsprocessen, vilket i sin tur kan leda till ett ojämnt utnyttjande av vården och på sikt hota den demokratiska legitimiteten. Hade landstingen givits bättre förutsättningar och tydligare vägledning hade implementeringen blivit bättre, är tanken. Om vi skall tro författaren har implementeringsteorin inte så mycket att bidra med i detta sammanhang heller, eftersom diskussionen kring implementeringsmisslyckanden sällan behandlar beslutsfasens betydelse för genomförandet (s 213–14). Jag har inte tillräcklig överblick för att avgöra om kritiken är rättvis, men visst har det på senare år ändå förekommit en diskussion kring begreppet "policy design"?

Oavsett detta kvarstår ändå frågan hur långt man i just detta fall kunde ha kommit med tydligare riktlinjer från Landstingsförbundet, det rör sig som sagt om ett osedvanligt "hard case" av implementering genom professioner. Vem känner egentligen till något exempel på att man har lyckats få läkarkåren att verkligen engagera sig i patienternas valfrihet?

Då tror jag mer på de generella implikationer som mera direkt gäller *professionernas roll i implementeringen*, nämligen att den starka läkarprofessionen skulle styras av den biomedicinska kunskapsmodellen även när det handlar om frågor som val av vårdgivare (s 215). I sin intressanta teorigenomgång finner UWS att den statsvetenskapliga implementeringsteorin inte tillräckligt beaktar skillnader mellan olika yrkesgrupper. Detta gäller även för Lipsky och andra författare, som i och för sig betonar mötet mellan professionella tjänstemän och klienter. Den sociologiska professionslitteraturen å andra sidan analyserar visserligen skillnader mellan yrkes-

grupper, men har sällan något policy- eller implementeringsperspektiv. "Professionerna tycks existera inom ett tomrum där politiska direktiv och strukturella förhållanden aldrig synliggörs" (s 216). Det är här som UWS ger sitt bidrag genom att i sin undersökning koppla samman de båda diskurserna. (Ett annat viktigt svenskt bidrag bör också framhållas i sammanhanget, nämligen Bo Rothsteins doktorsavhandling, där han bland annat studerar lärarkårens roll i den bristfälliga implementeringen av enhetsskolereformen. Rothstein diskuterar visserligen inte frågan i termer av implementering genom professioner, men det skulle han säkerligen ha gjort om han skrivit avhandlingen i dag!)

Att utgå från de politiska intentionerna I avhandlingens teorikapitel tar UWS bland annat upp den seglivade distinktionen mellan "top-down" och "bottom-up" i statsvetenskaplig implementeringsteori. Det är dock inte helt klart var hon vill placera sin avhandling längs den dimensionen. Å ena sidan framhåller hon (s 45) att bottom-upperspektivet "betonar olika yrkesgruppers centrala roll", och att man med denna utgångspunkt intresserar sig för den nedersta delen av organisationen (s 58), något som stämmer väl med hennes egen empiriska frågeställning. Å andra sidan betonar hon att top-down "tar sin utgångspunkt i de politiskt fattade besluten i organisationens topp" (s 52), och att enligt detta tänkande "...en implementering är lyckad när de uppsatta målen leder till motsvarande förändring av verksamheten" (s 53–55), samt att sådana misslyckanden ofta förklaras med brister i den bakomliggande programteorin (s 57–58).

I själva verket är dock, som ofta påpekats, distinktionen top-down kontra bottom-up alltför endimensionell – och ofta polemisk. Även den som primärt är intresserad av politisk måluppfyllelse bör rimligen intressera sig för vad som händer på de lägre nivåerna i en organisation. Och även den som är intresserad av spelet mellan olika aktörer inom förvaltningen har goda skäl att fråga sig vilken roll de uttalade politiska målen kan ha i sammanhanget. Den intressanta perspektivfrågan handlar inte om analysnivån och inte heller om hur makten de facto är förde-

lad mellan olika nivåer – det är en empirisk fråga – utan om huruvida en studie är relaterad till politiska mål och intentioner eller inte. Själv föredrar jag därför att tala om *policiperspektiv*, då man på något sätt ställer sina resultat mot politiska intentioner, kontra *spelperspektiv*, då man mer förutsättningslöst studerar samspelet mellan olika aktörer och institutioner.

I så fall har UWS i huvudsak ett *policiperspektiv*. Det är uppenbart att de politiska målen med reformen tilldelas en central roll. Författaren citerar bland annat med gillande Evert Vedungs argumentation om fördelarna med en s.k. måluppfyllelsemodell för utvärdering, som utgår från de politiska mål som fastställts och institutionaliserats i demokratisk ordning.

Jag instämmer i att en sådan utgångspunkt ofta är den mest fruktbara i ett *policiperspektiv*. Frågan är bara vilken som är *normkällan* i det aktuella fallet, där den reform som studeras inte byggs på ett riksdagsbeslut. UWS talar om ett "gradvis uppbyggt pussel" av statlig lagstiftning och överenskommelser och rekommendationer på landstingsnivå. Hon ser dock Landstingsförbundets rekommendation från 1989 som den i sammanhanget viktigaste pusselbiten. Men kan verkligen rekommendationer utfärdade av ett samarbetsorgan mellan landstingen uppfattas som demokratiskt institutionaliserade på samma sätt som ett riksdagsbeslut?

Svaret är enligt min uppfattning ja, förutsatt att man som i detta fall verkligen kan härleda rekommendationen ur riksdagens och landstingens beslutsfattande. Det är då inte rekommendationen i sig som är normkällan utan det faktum att dess innehåll antagits i demokratisk ordning av SLL, som i sin tur fått frågan delegerad till sig från staten. Uppgiften blir då att rekonstruera den så kallade programteorin för det program man undersöker genom att göra vad Evert Vedung beskriver som "en rekonstruktiv tolkning av reformbärarnas föreställningar". I det aktuella fallet gäller det framför allt två frågor: Vilken valfrihet för patienterna har man mer precis tänkt sig att uppnå genom reformen? Och hur har man närmare bestämt tänkt sig att läkarna skall bidra till denna valfrihet?

Problemet är att de normkällor som UWS utgår från inte är särskilt tydliga om intentionerna

i dessa båda avseenden. Vad jag kan se är två olika tolkningar möjliga, en stark och en svag. Den *starka tolkningen* innebär att varje val av specialistvård skall göras så autonomt som möjligt av patienten med beaktande av hela det relevanta utbudet av vårdalternativ och med hänsyn till andra medicinska och administrativa hinder och möjligheter. Om detta skall fungera ställs långtgående krav på att läkarna skall vara behjälpliga i valen. Och då pekar UWS' undersökning på problem. Den *svaga tolkningen* innebär att valfriheten i första hand skall ge den patient som *så önskar* möjlighet att välja bort alternativ som han eller hon är missnöjd med och att undvika alternativ som han eller hon är tveksam till. Med den tolkningen kan det kanske vara tillräckligt att läkarna informerar på begäran, som de flesta trots allt säger sig göra.

Det är uppenbart att författaren utgår från den förra, starkare, tolkningen i sin analys. Målet måste vara att *varje* patient skall känna att den valt sjukhus eller i alla fall erbjudits denna möjlighet", skriver hon t.ex. (s 115). Det räcker inte att patienterna känner till att de får välja och upplever att de har faktiska möjligheter, de måste även faktiskt utnyttja sina valmöjligheter för att man skall kunna tala om inflytande (s 24, 111). Och slutsatsen blir också, tämligen kategoriskt, att läkarna inte ändrat sitt beteende på det sätt som reformernas genomförande kräver (s 207). Om vi kompletterar den slutsatsen med de goda politiska och strukturella förutsättningarna i SLL ser det onekligen mörkt ut för valfriheten i sjukvården. Vi har då ännu ett fall att införliva med förvaltningsforskningens välfyllda samling av implementeringsmisslyckanden.

Frågan är emellertid vilket stöd författaren egentligen har för sin starka tolkning. Det talas i "förarbetena" (mina citationstecken föranleds av att det alltså inte rör sig om lagstiftning) om att klinikerna har skyldighet att informera patienterna, om samråd med läkaren i samband med valen (s 130) och om att landstinget har förväntningar på läkarna (s 140). Men något klart definierat ansvar kan inte utläsas, och UWS framhåller själv att det är otydligt hur reformen egentligen är tänkt att implementeras (s 120, 209). Läkarna är ju inga vanliga förvaltnings-tjänstemän som mer allmänt har att uppfylla de

politiska intentionerna, utan deras främsta ansvar är fortfarande att bota patienterna. Och de styrmedel som riktas mot dem i valfrihetsreformen är enbart informativa.

Om reformbärarna verkligen avsett att läkarna på eget initiativ skulle presentera olika vårdalternativ för patienterna borde det nog ha framgått explicit i förarbetena. Själv är jag därför mer benägen att tolka intentionerna som en valfrihet i den svagare meningen. Och då blir skälet att vara missnöjd med implementeringsprocessen och läkarnas agerande genast svagare.

Åtminstone borde UWS ha diskuterat sina resultat i ljuset av båda de alternativa tolkningarna, särskilt som "most likely"-logiken ger helt olika inferenser beroende på om man väljer den starka eller svaga. Försöket att genomföra en valfrihetsreform med stöd av läkarkåren kan ses som ett "least likely case" av implementering via professioner. Om vi finner att flertalet läkare i SLL inte bara tycker att patienternas valfrihet är viktig utan också faktiskt ger information om olika vårdalternativ – om så bara på patientens begäran – är det kanske inte så illa i ett minst troligt fall. Man skulle rent av kunna tala om en oväntad implementeringsframgång.

Symbolpolitik?

Är inte hela reformen bara en fråga om symbolpolitik? Det är en tanke som ligger nära till hands, men UWS avvisar den och hävdar att den politiska viljan att öka valfriheten verkligen var äkta.

Har hon rätt i det? Det finns onekligen indikationer som pekar mot symbolpolitik. Det bristfälligt preciserade informationskravet, frånvaron av anvisningar från Socialstyrelsen, det faktum att egentligen inga ekonomiska resurser sätts på reformens genomförande (s 104), avsaknaden av formell reglering i överenskommelserna mellan staten och Landstingsförbundet. Och detta trots att tidigare erfarenheter faktiskt visat på att informationen till läkarna om vad som förväntas av dem kunde vara ett problem. Har politikerna inte tänkt igenom problemen – eller handlar det om symbolpolitik trots allt?

Var finner vi svaret på en sådan fråga? I huvudet på politikerna är ett närliggande bud, men

vilken eller vilka politikers huvud i så fall? Den institutionaliserade måluppfyllelsemodellen innebär ju att intentionerna lösgjorts från de enskilda aktörerna och nedlagts i de demokratiska besluten. Såvitt jag kan förstå rymms idén om symbolpolitik inte i tanken om att utgå från de intentioner som institutionaliserats genom demokratiska beslut – åtminstone så länge det inte i förarbetena direkt framgår att en reform bara är symbolisk! (En annan sak är att en tänkbar *förklaring* till oklara eller motsägelsefulla intentioner skulle kunna vara att politikerna egentligen inte själva menat allvar med de intentioner som de institutionaliserat, något som UWS alltså avvisar i detta fall. En *uppfattning* om att det kan röra sig om symbolpolitik skulle också kunna vara en förklaring till att vissa *läkare* inte tar valfriheten på allvar, något som UWS också framhåller, jfr nedan)

Man kan hävda att idén om institutionaliserade programteorier tar politiken och demokratin på allvar. Man kan möjligen också hävda att detta är naivt. Men vad man inte kan hävda är att man med en sådan utgångspunkt borde komma fram till att en viss reform handlar om symbolpolitik. Svaret på frågan om symbolpolitik eller ej kan inte ges med det policyperspektiv som UWS har i sin avhandling. Det är en annan studie som kräver ett perspektiv som inte tar den institutionaliserade programteorin på lika stort allvar.

Valfrihet och konkurrensutsättning

Valfrihetsreformerna har inte bara syftat till ökat patientinflytande utan ibland även till ökad konkurrensutsättning inom vården, t.ex. inom ramen för den så kallade Stockholms-modellen. UWS avgränsar dock bort dessa aspekter från sin undersökning. Eftersom avhandlingen inte utgör någon utvärdering mot mål, utan programteorin bara tjänar syftet att nagla fast intentionerna bakom reformen implementering uppfattar jag den avgränsningen som onödig. Läkarnas roll i implementeringen har direkt betydelse för patienternas valfrihet. Om en eventuellt ökad valfrihet i sin tur leder till ökad konkurrens är detta i så fall en effekt i nästa steg och på makronivå. Läkarnas agerande i remissituationen för-

väntas inte vara annorlunda i en programteori som bara syftar till valfrihet än i en som också i nästa steg syftar till ökad konkurrensutsättning på en marknad.

Den som är intresserad av hur läkarna genom sitt agerande indirekt bidrar till reell konkurrens mellan vårdalternativen kan därför läsa avhandlingen med samma behållning som den som bara intresserar sig för valfriheten direkt. Den avgränsning från konkurrensfrågor som UWS deklarerar får bara studieobjektet att oförtjänt framstå som mindre allmänintressant än vad det egentligen är.

Lundquists modell

UWS framhåller att hon – till skillnad från upphovsmannen själv – prövar användbarheten hos Lundquists modell på ett empiriskt material. Hon hävdar också att det tämligen låga förklaringsvärde hon finner "skall betraktas som en kritik av den ursprungliga modellen" (s 203).

Man kan dock sätta frågetecken för denna kritik. Om en läkares eventuella valfrihetsbefrämjande agerande inte sammanhänger med i vilken utsträckning han eller hon kan, förstår eller vill, vad beror det då på? Om problemet ligger i modellen borde det vara möjligt att peka på någon viktig faktor som Lundquist bortser från, och denna faktor bör då vara möjlig att integrera i modellens allmänna struktur. UWS diskuterar en del alternativa förklaringar: att läkarna av politiska skäl inte vill verka för reformen, att frågan är underordnad akuta resursproblem, att äldre och sjuka patienter inte anses kunna ta ställning, och att läkarna inte tar valfriheten på tillräckligt allvar (s 203). Alla dessa bakomliggande förklaringar kan i och för sig ha sin relevans, men jag kan inte förstå annat än att de i så fall mycket väl skulle rymmas bakom Lundquists "kan", "förstår" och "vill".

Frågan är dock om modellen alls är tänkt att prövas empiriskt. Jag läser den i stället som en abstrakt och förenklad idealtypsmodell som i princip innefattar alla faktorer som på mikronivån påverkar den rationelle aktörens val. Den gör därmed i princip anspråk på att alltid vara sann givet sina rationalistiska förutsättningar. Som jag ser saken är det åtminstone en sådan

idealtypisk tolkning av modellen som gör den mest användbar. (De flesta samhällsvetenskapliga teorier kan användas både som förslag till empiriska generaliseringar och som idealtypisk tolkningsrelief—bara man inte försöker göra bådadera samtidigt. Att jag menar att Lundquists modell lämpar sig bäst för det senare hänger samman med att den är så renodlad och generell. Det är också det som ibland gör det svårt att i en verklig kontext dra gränsen mellan "kan", "förstår" och "vill".)

Det kan tyckas att den idealtypiska tolkningen bara gör saken värre för modellen. Om den gör anspråk på att alltid vara sann borde den väl förklara mycket mer av läkarnas agerande än den tycks göra. Men om den inte uppfattas som ett förslag till empirisk generalisering utan som en teoretisk renodling är det inte ens meningsfullt att försöka verifiera eller falsifiera den empiriskt. "Om verkligheten inte stämmer överens med idealtypen är det verklighetens problem", har Olof Petersson träffande framhållit. Kanske är hans formulering väl tillspetsad—även en renodling bör nog vara relevant för den verklighet som den avser att renodla—men den belyser väl logiken bakom idealtypsanalys.

Att det inte är meningsfullt att testa Lundquists modell i termer av sant eller falskt hindrar inte att den kan användas som utgångspunkt för mer specifikt teoretiserande och för operationalisering på det sätt som UWS gör. Hon gör det också på ett övertygande sätt och väl anpassat till sina egna aktörer, dvs. läkarna. Men den empiriska operationaliseringen kan alltså inte användas för att vederlägga idealtypsmodellen, så länge man inte kan peka på någon dimension som saknas i den, och det gör inte UWS. Som jag ser det bör hennes operationalisering snarare ses som *inspirerad av* Lundquists modell än som ett test av den. I det avseendet—som idealtypisk utgångspunkt—har den uppenbarligen varit fruktbar.

Även om jag således menar att kritiken mot Lundquist utifrån avhandlingens empiriska resultat skjuter över målet, kan jag instämma med UWS då hon skriver att det finns anledning att utveckla hur "kan", "förstår" och "vill" hänger ihop (s 217–18). Och detta gäller både idealtypiskt och i olika empiriska kontexter.

I ett avseende hade avhandlingen mått väl av ett friare förhållningssätt till Lundquists idealtyp, och det är i operationaliseringen av "vill". Redan oavsett frågan om den fria viljan står det klart att begreppet "vill" inrymmer en rad olika dimensioner, något som UWS själv också framhåller. Hon diskuterar dock mest en av dem, nämligen att läkarna inte skulle vilja därför att deras autonomi i så fall skulle gå förlorad. Ofta formuleras avhandlingens slutsatser om "vill" i termer av maktbalans och att läkarna "känner sig hotade" av valfriheten. Mindre utrymme lämnas åt en annan politiskt relevant dimension, nämligen den som har att göra med den biomedicinska kunskapsmodellens dominans och den upplevda risken för att patienten gör medicinskt felaktiga val. En tredje aspekt av "vill" handlar om rena arbetsmiljöfrågor som bristande tid, ökade kostnader och besvär. Alltså ett "vill inte" som i förlängningen kan bli ett "kan inte". I ett politiskt perspektiv skulle det då vara en fråga om otillräckliga resurser. En fjärde aspekt, som redan antytts, skulle vara att läkarna inte vill verka för något som de uppfattar som symbolpolitik.

Med de frågor som ställts och de index som konstruerats blir det svårt att i analysen skilja mellan olika "vill" (eller egentligen mellan olika *bakomliggande förklaringar* till "vill inte"), något som nog borde ha problematiserats mer. Däremot ser jag inga motsvarande problem med "kan" och "förstår", där UWS låter "kan" stå ganska entydigt för upplevda yttre hinder och "förstår" för kunskap om reformens innebörd.

Slutord

UWS behandlar ett ämne som borde vara helt centralt inom implementeringsteorin, men som tidigare inte ägnats särskilt mycket empirisk forskning. Hon har på ett systematiskt och övertygande sätt genomfört en empirisk studie baserad på två egna material, och särskilt är hennes enkätundersökning en imponerande prestation inom ett forskningsfält där kvantitativa ansatser är sällsynta. Hennes operationaliseringar är genomgående rimliga och välmotiverade i relation till de teoretiska diskurserna om implementering och professioner. Framställningen är föredömligt tydlig och väldisponerad med pedago-

giskt inlagda presentationer och sammanfattningar av de olika kapitlen och delavsnitten.

Vad jag skulle ha velat se mer av är framför allt diskussioner och analyser kring de olika "vill". I vilken utsträckning står ovilja för rå maktlystnad, välvillig paternalism, allmän resursbrist eller bristande tilltro till politikernas avsikter? Svaret på den frågan är av stor betydelse för hur man skall se på de politiska implikationerna av studien.

Att implementera valfrihetsreformer genom läkarkåren kan förefalla ungefär lika vådligt som att leta efter en gasläcka med cigarettändare. Åtminstone ställer det den grundläggande spänning som finns vid implementering genom professioner på sin spets. Läkarnas professionella ansvar är betydligt äldre och mer etablerat än välfärdsstaten – och deras legitimitet sannolikt högre. Så här om någonsin kan vi tala om ett kritiskt fall av implementering via professioner. Med den svaga tolkning av reformens intentioner som jag föreslagit behöver vi inte se resultaten som ett entydigt implementeringsmisslyckande. Men genom att UWS håller på sin starka tolkning finner hon ingen anledning att resonera i sådana banor.

Kan man dra några generella slutsatser om olika yrkeskårens roll i implementeringen av politik? Eller är varje profession unik? Om vi ställer Ulrika Winblad-Spångbergs och Bo Rothsteins avhandlingar bredvid varandra ser vi två professioner som inte uppfyller den roll i implementeringen som de tilldelats (med reservation alltså för min svaga tolkning av valfrihetsreformen). I båda fallen ligger problemet i att reformbäramnas förväntningar strider mot kårens egen, vetenskapligt grundade, syn på sin yrkesroll. Om staten skall kunna utnyttja en stark profession för politiska syften bör den åtminstone göra det på ett sätt som inte står i strid mot kårens yrkesetik. Valfrihetsreformer i vården och jämlikhetsreformer i skolan innebär däremot att staten stryker professionen mothårs. Och då finns det tydliga gränser för vad som kan uppnås.

Bo Bengtsson

ALEX CALLINICOS: *Jämlikhet*. Daidalos, 2002. ISBN: 91-7173-159-8.

Vid sidan av frihet och rättvisa är jämlikhet det ämne som debatterats flitigast inom modern politisk filosofi vilket är föga förvånande med tanke på att ojämlikheten i världen ökat dramatiskt på sistone. Inkomstskillnaden mellan den rikaste och den fattigaste femtedelen av världens befolkning har vuxit från 30 mot 1 1960 till 74 mot 1 1997 (s. 7). Ökad ojämlikhet är dock inte enbart ett nord/syd problem. Även väst har drabbats. I Storbritannien har andelen fattiga under de senaste tjugo åren ökat från fyra till fjorton miljoner, vilket motsvarar en dryg fjärdedel av landets befolkning. Samtidigt har landets medelinkomst stigit! Under samma tid har Ginikoefficienten, som mäter graden av jämlikhet i ett samhälle, stigit dramatiskt (s. 10).

Den brittiske statsvetaren Alex Callinicos spårar jämlikhetstankens födelse till sjuttonhundratalets borgerliga revolutioner. Vid denna tidpunkt var kravet på jämlikhet blott ett krav på att den politiska sfären skulle vara öppen för alla "medborgare" och inte längre vara reserverad för en aristokratisk elit. Det är först i och med socialismens framväxt som jämlikhetstanken kopplas till tillgången på materiella resurser och viljan att förbättra villkoren för de sämst ställda. På denna punkt misstar han sig emellertid. Jämlikhetstanken är inte en relativt modern företeelse. Tankar om jämlikhet i ordets moderna betydelse, som rör utjämningen av ekonomiska och sociala villkor, finner vi redan i antikens Grekland. Även i de urkristna församlingarna med sin närmast kommunistiska livsstil fanns ett starkt utvecklat jämlikhetspatos.

När det gäller den moderna debatten kring jämlikhet ligger fokus på det brittiska Labourpartiet. De brittiska socialdemokraternas syn på hur ojämlikheten skall åtgärdas har varierat. Mest påtaglig är den förändrade inställningen till offentligt ägande. Från att ha haft en framträdande plats på dagordningen under trettioalet så ledde efterkrigstidens högkonjunktur till att statligt ägande spelat ut sin roll. En nationellt organiserad kapitalism tillsammans med en ekonomisk politik som garanterar full sysselsättning ansågs vara fullt tillräckligt för att skapa ett jäm-