

Översikter och meddelanden

Medborgarnas makt i sjukvården

Medborgarnas möjligheter att utöva makt över samhällsutvecklingen är ett av de mest centrala statsvetenskapliga spörsmålen. Frågan om makt har under de senaste åren ägnats stort utrymme inom forskningen. Inom den sk maktutredningen har flera undersökningar presenterats bl a en om medborgarnas makt (Petersson, O m fl 1989). Denna artikel uppmärksammar medborgarnas makt inom hälso- och sjukvården.

Makt är ett svårfångat och komplext begrepp. Det finns en stor mängd olika definitioner. I maktutredningens medborgarstudie konstateras att det inte går att finna en enkel teori eller ett enkelt sätt att mäta makt: "Det enda som det tycks föreligga enighet om är att det inte finns någon enighet om vad makt är." (Petersson, O m fl 1989, s 27)

I en uppsats i Statsvetenskaplig tidskrift tar Gunnar Falkemark fasta på två egenskaper som ingår i de flesta definitioner av makt:

(a) Makt är en relation mellan två parter, vilka kan vara individer eller kollektiv. (b) Att en part A har makt över en annan part B "har att göra med" (i) att A och B utför bestämda handlingar och (ii) att B skulle handla annorlunda om A handlade annorlunda. (Falkemark 1978, s 241)

Då vi avser att belysa i vilken utsträckning medborgaren kan påverka hälso- och sjukvården, tex dess omfattning, inriktning, lokalisering eller innehåll, måste analysen utvidgas.

Falkemarks definition innefattar inte frågan om maktutövandet är lyckat eller misslyckat. Att parten B:s (tex politikerns) agerande förändras behöver inte innebära att B agerar i enlighet med A:s (tex medborgarens) intentioner. Politikerna kan på grund av tex en stark opinion tvingas till ett agerande. Detta agerande behöver nödvändigtvis inte ligga i linje med vad opinionen förespråkar utan för politikerna räcker det med att kunna visa handlingskraft.

En viktig aspekt som bör behandlas då medborgarnas förmåga att påverka hälso- och sjukvården studeras är

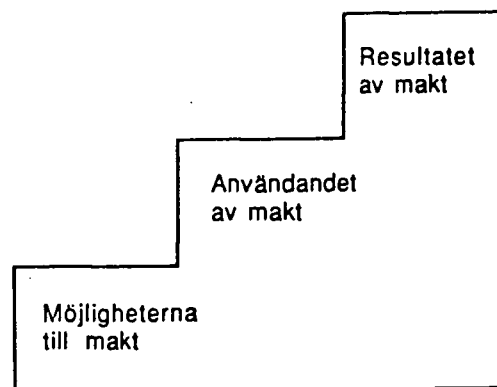
effekterna av makt. Även om aktören B skulle förändra sitt agerande i enlighet med A:s intentioner (lyckad maktutövning) behöver inte detta leda till ett resultat i enlighet med vad A önskade. Aktören B (politikerna) kan vara maktlös i relationen gentemot aktören C (implementeraren tex läkaren).¹

Ett klargörande av i vilken utsträckning medborgaren kan påverka hälso- och sjukvården kräver ett studium av många olika maktrelationer. Här presenteras ingen fullständig analysmodell för detta ändamål. Syftet med artikeln är att utifrån tre olika sk ambitionsnivåer vid studiet av medborgarnas makt presentera och diskutera en del empiriska resultat.

Studiet av medborgarnas makt kan genomföras på olika ambitionsnivåer. Åtminstone tre olika nivåer kan identifieras.

På den första nivån studeras medborgarnas möjligheter till makt. Studier på denna nivå inriktas på att kartlägga vilka olika kanaler medborgaren kan använda sig av för att påverka hälso- och sjukvården.

På den andra nivån analyseras utnyttjandet av dessa kanaler, användandet av makt. Graden av användande beror i sin tur på många olika resursfaktorer. En viktig sådan är kunskap: utan kunskap kan medborgarna inte utnyttja möjligheterna.



Figur 1. Olika ambitionsnivåer vid studiet av medborgarnas makt.

På den tredje nivån är effekterna satta i fokus. Vilket resultat uppnår medborgaren genom sitt maktanvändande? På denna nivå studeras dels om maktutövandet är lyckat eller misslyckat (reliabilitet) dels om effekterna blir de önskade eller inte (rationalitet). Denna sista ambitionsnivå är fundamental för att undersökningen skall kunna belysa i vilken utsträckning medborgarna påverkar hälso- och sjukvården. Liksom beträffande användandet av makt är det här angeläget att studera vilken betydelse olika resursfaktorer har för resultatet av makt.

Ambitionsnivåerna möjligheter, användande och resultat finns samtliga företrädade inom den statsvetenskapliga forskningen. Flertalet undersökningar omfattar endast de båda första ambitionsnivåerna. Det är mera sällan som resultatet av makt studeras. Görs detta är det oftast medborgarnas egna bedömningar av vilket resultat deras handlingar får som studeras, inte de faktiska resultaten.

Empiriska forskningsresultat illustrerar nedan de tre nivåerna. Resultaten hämtas dels från den vetenskapliga litteraturen (i första hand från maktutredningen) dels från en egen utvärderingsstudie genomförd på uppdrag av Stockholms läns landsting.²

Möjligheter till makt

I sina försök att påverka hälso- och sjukvården kan medborgaren agera på olika arenor, mot skilda aktörer och med olika medel. För att bringa ordning i denna uppsjö av påverkansmöjligheter görs här en indelning med avseende på huruvida agerandet riktas mot å ena sidan det politiskt/administrativa systemet och å den andra sidan det sjukvårdande systemet.

Då medborgaren agerar gentemot det politiskt/administrativa systemet riktas agerandet mot politiker och tjänstemän inom olika organisationer och på olika nivåer. Här uppmärksammas främst medborgarnas kontakter med de politiker som är verksamma inom landstinget. Dessa politiker finns företrädade både inom den landstingscentrala och den lokala organisationen. Mindre uppmärksamhet ägnas åt politikerna på riksnivå och kommunal nivå. De tjänstemän som omfattas av diskussionen finns organiserade centralt och lokalt inom landstinget.

Agerandet mot det sjukvårdande systemet avser medborgarnas kontakter med sjukvårdens basorganisation. Inom denna organisation finns många olika personalkategorier företrädade (läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, laboratorieassistenter, ingenjörer m fl). Här riktas intresset främst mot medborgarnas kontakter med läkarna.

Det politiskt/administrativa systemet

Den maktmöjlighet som traditionellt kommer i första rummet för medborgarna att påverka det politiskt/administrativa systemet är *valhandlingen*. Genom att välja ett av flera olika politiska alternativ påverkar medborgaren sammansättningen av de politiskt valda organen. De politiska organens sammansättning förväntas i sin tur ha betydelse för exempelvis hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning. Den påverkan på hälso- och sjukvården som medborgaren kan uppnå med sitt val är synnerligen indirekt. Det är många beslut som skall fattas på olika nivåer och av olika aktörer innan denna indirekta påverkan kan realiseras.

Det är inte enbart valet av landstinget som är av betydelse utan även valet till riksdagen. Landstinget³ är enligt hälso- och sjukvårdslagen närmast ansvarig för hälso- och sjukvården. Riksdagen utövar sitt inflytande över hälso- och sjukvården främst genom lagstiftning och ekonomiska styrmedel. Under den senaste tiden har också den primärkommunala politiska nivån kommit i fokus vad gäller hälso- och sjukvården. Ett förslag från Äldrelegationen innebär bl a att vissa delar, i första hand äldreården, skall tas över av primärkommunerna (Ds 1989:27).

Medborgarens möjligheter att genom *direkta kontakter med de folkvalda förtroendemännen* påverka tex hälso- och sjukvården har under senare tid åter aktualiserats. Flera landsting har förstärkt den lokala politiska organisationen. Antalet politiker på denna nivå har blivit flera samtidigt med att befogenheterna utökats. Ett av motiven bakom denna förändring har varit att direktkontakterna mellan medborgarna och politikerna härigenom skulle underlättas.

Denna *direkta påverkan* kan också riktas *mot olika tjänstemän* inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Medborgarna kan försöka påverka tex klinikchefer, sjukhusdirektörer, vårdcentralchefer m fl.

En fjärde möjlighet för medborgarna är att påverka genom de *organiserade intressena*. Medborgaren kan söka medlemskap i någon av de organisationer (tex Pensionärernas riksorganisation och Svenska psoriasisförbundet) som verkar gentemot hälso- och sjukvården.

Utöver dessa mera etablerade organisationer finns också möjligheten för medborgaren att via mera tillfälliga *aktionsgrupper* försöka påverka de politiska beslutsfattarna. Ett exempel på en sådan aktionsgrupp var aktionen "Rädda innerstadssjukhusen" som verkade för att bevara det numera nedlagda S:t Eriks sjukhus i Stockholms läns landsting.

Som sista maktmöjlighet skall *massmedierna* uppmärksammas. Medborgaren kan utnyttja massmedierna på olika sätt. De kan tex användas som ett led i den allmänna opinionsbildning inför valen. En annan möj-

lighet är att genom insändare och debattartiklar uppmärksamma olika missförhållanden för att skapa opinion för förändringar.

Det sjukvårdande systemet

En i massmedia uppmärksammas möjlighet för medborgaren att påverka hälso- och sjukvården är patientens möjligheter att påverka sin situation i samband med *mötet med hälso- och sjukvårdsservicen*. Att patienten skall ha denna möjlighet manifesteras i Hälso- och sjukvårdslagen av vilken bl a framgår att:

Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall ges upplysningar om sitt hälsotillstånd och behandlingsmetoder som står till buds. (SFS 1982:763, 2 a §)

Att förändringar i relationen mellan bl a läkaren och patienten har betydelse för hälso- och sjukvårdens utformning konstateras av den norske statsvetaren Ole Berg. Berg diskuterar bl a vilken betydelse den miljö inom vilken hälso- och sjukvården bedrivs har för dess utformning (Berg 1982). Klienternas betydelse för hur verksamheten organiseras behandlas också av Michael Lipsky. Han uppmärksammar särskilt vilken betydelse den ständiga strömmen av klienter in i organisationen har för utformandet av rutiner (Lipsky 1980).

Den andra möjligheten medborgaren har för att påverka hälso- och sjukvården avser medborgarens *val mellan olika sjukvårdsalternativ*. Grunden för att kunna tala om påverkan är härvidlag att efterfrågan har effekter på utbudets omfattning och inriktning. Genom att efterfråga en viss typ av sjukvård mer än en annan kan medborgarens handlande verka för en förändring i en viss riktning.

I en rapport av Casten von Otter m fl diskuteras bl a vilka effekter ett fritt val av vårdgivare skulle kunna få. Två olika effektivitetsbefrämjande konsekvenser framhålls, en "anpassningseffekt" och en "styreffekt". Med anpassningseffekt avses att medborgaren kan välja den vård som han/hon anser vara den för honom/henne mer tillfredsställande och bättre. För det andra är det också tänkbart att förändringar i vårdefterfrågan leder till förändringar i vårdutbudet, dvs en styreffekt. (von Otter m fl 1989, s 3)

I von Otters rapport behandlas i första hand vilka effekter fritt val av vårdcentral skulle kunna få. Detta är inte det enda val medborgarna kan göra. Det diskuteras på flera olika håll också om det skall öppnas möjligheter att självständigt välja vilket sjukhus man vill utnyttja. Ytterligare en valmöjlighet står öppen. Medborgaren kan, främst i storstäderna, välja mellan att ut-

nyttja en offentlig eller en privat vårdgivare. I vissa fall kan det dessutom vara möjligt att välja mellan flera olika privata vårdgivare.

Möjligheten att välja privat vård varierar kraftigt mellan olika områden i landet. I Malmö kommun gjordes 1987 ca 38 % (324 163) av samtliga läkarbesök inom den privata vården. Liknande stora utbud av privat sjukvård finns i övriga storstadsregioner. I Stockholms läns landsting uppgick andelen till ca 26 % (1 211 493). I de norra glesbygdslänstingens finns inte alls motsvarande utbud. I Västmanlands läns landsting (18 940) och i Norrbottens läns landsting (15 394) var andelen endast ca 3 %. Riksgenomsnittet uppgick till ca 15 %. (Landsningsförbundet 1989, s 108, 111)

En tredje väg för medborgerligt inflytande som ganska livligt debatterats under de senaste åren avser olika former av *brukarinflytande*. Denna inflytandemöjlighet har också i första hand diskuterats inom de kommunala områdena. Utgångspunkten för detta synsätt är att den representativa demokratin kan förstärkas genom ett direkt deltagande av de som brukar olika typer av service. De politiska beslutsfattarna ger ramarna för verksamheten. Hur verksamheten sedan konkret utformas bör i stor utsträckning kunna avgöras genom ett samråd mellan de anställda och brukarna. Denna möjlighet till påverkan sker i organiserade former, inte i samband med att medborgaren i vård situationen möter hälso- och sjukvårdsservicen. Områden som framhållits särskilt lämpliga för brukarinflytande är t ex barnomsorg, skola och sjukhemsverksamhet (SOU 1985:28).

Utöver dessa tre olika sätt för medborgarna att påverka det sjukvårdande systemet kan även flera av de kanaler presenterade i samband med det demokratiskt/politiska systemet användas.

Här skall endast en gemensam inflytandekanal uppmärksammas. Denna avser medborgarnas möjligheter att via antingen *direkta eller indirekta personliga kontakter med någon anställd* inom hälso- och sjukvården erhålla information eller andra fördelar. Kontaktytorna är stora. Antalet anställda inom landstingen uppgick 1988 till 438 477. Detta motsvarar ca en tiondel av totalantalet anställda i landet (Landsningsförbundet 1989, s 55).

Resonemanget ovan refererar i första hand till mera "positiva" kontakter där olika fördelar (diagnoser, mediciner, tidsbeställningar m m) efterfrågas. Medborgaren kan också ta kontakt med någon vårdföreträdare på grund av olika "negativa" orsaker (dåligt bemötande, felbehandlingar m m).

Användandet av makt

Vi går nu upp till nästa nivå: användandet av makt. Medborgarnas användande av möjligheterna till makt

är bla avhängigt deras kunskaper om dessa möjligheters existens och innehåll. Kunskap betraktas alltså som en nödvändig förutsättning för ett medvetet utnyttjande av möjligheterna. Medborgarnas kunskap om maktmöjligheterna kunde också presenterats under rubriken "möjligheter till makt". Den valda lösningen motiveras av att sambandet mellan kunskap om och användande av dessa möjligheter bättre kan förstås och analyseras om de diskuteras i ett sammanhang. I avsnittet ges några *exempel* på hur vissa av de presenterade maktmöjligheterna används.

Det politiskt/administrativa systemet

Valdeltagandet i Sverige är vid en internationell jämförelse högt. Under de senaste årtiondena har deltagandet i riksdagsvalet legat runt 90 procent. Deltagandebilden i de primär- och landstingskommunala valen är någon procentenhet lägre. (Holmberg/Gilljam 1987, s 69 ff) Utnyttjandet av denna maktmöjlighet synes således hög.

Ett högt valdeltagande behöver inte likställas med en hög grad av medborgerligt inflytande. En central fråga om *valhandlingen* är i vilken grad väljaren röstar utifrån sakligt relevanta uppgifter om de olika partiernas ståndpunkter. Denna frågeställning innehåller två steg. Först krävs ett studium av vilka kunskaper väljarna har om det demokratiskt/politiska systemets uppbyggnad och partiernas ställningstaganden. Dessutom behövs en analys av i vilken utsträckning denna kunskap påverkar valhandlingen. Här presenteras enbart några indikationer beträffande det första steget.

En grundläggande slutsats som Holmberg och Gilljam kom fram till vid sin analys av riksdagsvalet 1985 var att: "Svenska väljare har långsamt förändrats från trogna klassväljare till rörliga åsiktsröstare." (Holmberg/Gilljam 1987, s 321):

I en studie av landstingsvalet i Stockholms län sammanfattar författarna Österman och Bernow landstingsväljarens valbeteende på följande sätt:

Om väljaren skall vara i stånd att göra ett rationellt val utifrån sina preferenser i sakfrågor och utifrån en rimlig bedömning av hur makten utövas under mandatperioden så tycks förutsättningarna för ett sådant beteende i landstingsvalet vara tämligen bräckliga. (Österman/Bernow 1986, s 35)

Holmbergs och Gilljams bild av riksdagsväljaren skiljer sig ganska mycket åt från Östermans och Bernows bild av landstingsväljaren. Riksdagsväljaren beskrivs som åsiktsröstare dvs partivalet bestäms av väljarens inställning till partiernas ställningstaganden i enskilda politiska sakfrågor. Denna åsiktsröstning är, p g a väljarnas ringa kunskaper om partiernas ståndpunkter i de landstingspolitiska frågorna, inte alls lika framträdande hos landstingsväljaren.

En grundförutsättning för att medborgarna skall kunna utöva ett medvetet inflytande över hälso- och sjukvården genom landstingsorganisationen är att medborgarna vet vilka områden de olika politiska systemen ansvarar för. Utan denna kunskap vet inte medborgaren vilket system han/hon skall agera gentemot. I medborgarenkäten ställdes bla frågan: "Vilka av nedanstående områden har landstinget huvudansvaret för?"

Att det är landstinget som har ansvaret för hälso- och sjukvården vet i stort sett alla röstberättigade i Stockholms läns landsting. Endast 1 av 20 individer känner inte till detta. Att en röst i landstingsvalet berör hälso- och sjukvårdsfrågor tycks således nästan alla medborgare vara medvetna om.

Kunskapen är emellertid inte lika god beträffande de övriga landstingskommunala områdena (folktandvård, kollektivtrafik, omsorg om handikappade barn). Rätt svar anger nu liksom efter valet 1985 (Österman/Bernow 1986, s 27) endast, förutom beträffande folktandvården, ca 60 procent av de tillfrågade.

För att medborgarna skall kunna göra ett medvetet val mellan partierna i hälso- och sjukvårdspolitiska frågor räcker det inte att ha kunskap om vem som handhar dessa frågor utan det fordras också kunskap om de oli-

Tabell 1. Medborgarnas kunskap om huvudmannaskap för olika områden. Procent.

	Landstinget har huvudansvaret	Tveksam	Landstinget har inte huvudansvaret	Vet ej	Summa
Sjukvården	95	1	1	3	100
Skolväsendet	13	10	61	16	100
Folktandvården	77	7	6	10	100
Daghem och fritidshem	14	8	62	17	100
Kollektivtrafik	65	7	14	14	100
Vägar- och trafikunderhåll	13	10	57	19	100
Omsorg om handikappade barn	60	14	11	15	100

ka partiernas ställningstaganden. Vid en jämförelse mellan riksdagsvalet, kommunvalet och landstingsvalet 1988 framkommer att medborgarnas kunskaper om partiernas ställningstaganden är sämst beträffande de kommunala frågorna, i synnerhet de landstingspolitiska. Andelen individer, som i medborgarenkäten angav att de kände till flera meningsskiljaktigheter mellan partierna, var i riksdagsvalet 65 procent, i kommunvalet 39 procent och i landstingsvalet 32 procent. Denna bild återkommer i svaren på samtliga de frågor som ställdes kring problematiken. Den stora skillnaden mellan medborgarnas kunskaper om riksdagsvalet och de båda kommunala valen kan bli bero på valrörelsens och massmedias fokusering på de rikspolitiska frågorna. Att kunskapen om meningsskiljaktigheter är lägre för landstingsvalet än för kommunvalet kan sannolikt till ganska stor del förklaras av att det inom hälso- och sjukvårdspolitikerna inte finns särskilt stora skillnader mellan partierna. Det är egentligen endast i diskussionerna om relationen mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård som mera påtagliga skillnader mellan partierna kan märkas.

I enkäten fanns en fråga rörande medborgarnas kunskap om den lokala organisationen.⁴ Av samtliga 1 574 tillfrågade var det endast 30 procent som kände till vilket sjukvårdsområde de tillhörde. Hela 37,5 procent svarade "Vet ej" på frågan. Inte mindre än 26 procent av svaren var felaktiga. De resterande 6,5 procenten utgörs av antingen oläsliga eller obefintliga svar.

Medborgarnas försök att utöva inflytande över hälso- och sjukvården via det politiskt/administrativa systemet kan också ske genom *direkta kontakter med de förtrodda* och ansvariga politikerna.

Kontakterna med de lokala sjukvårdspolitikerna är inte omfattande. Endast 3,6 procent av samtliga tillfrågade angav att de under året före valet varit i direkt kontakt med någon lokal sjukvårdspolitiker. Dessa siffror är dock inte unika för landstinget. I en motsvarande undersökning av primärkommunerna uppgick andelen medborgare som angav att de under en ettårsperiod haft kontakter med någon kommunpolitiker till 5 procent (Westerståhl/Johansson 1981, s 40). För den enskilda förtroendemannen är emellertid kontaktfrekvensen relativt hög.

Medborgarnas kunskap om de landstingspolitiska förhållanden får anses vara begränsad. Då kunskapen avser grundläggande och övergripande frågeställningar som tex vilka områden landstinget ansvarar för är dock kunskapen ganska god. Kunskapsgraden minskar drastiskt då frågeställningarna blir mera detaljerade. Endast en knapp tredjedel av de tillfrågade kände till vilket sjukvårdsområde de tillhörde. Direkta kontakter med de lokala sjukvårdspolitikerna under året före va-

let 1988 hade endast 3,6 procent av medborgarna haft.

Att utöka kontakterna mellan medborgarna och politikerna är mot bakgrund av dessa ganska nedslående siffror av central betydelse om landstinget skall behålla sin legitimitet. Röster höjs allt oftare för ett avskaffande av landstingen och ett överförande av uppgifterna till primärkommunerna. LO:s ordförande Stig Malm, medlem av socialdemokratiska partiets sk Framtidsgrupp, argumenterar för ett överförande av landstingens uppgifter till primärkommunerna. Han anser bl a att medborgarnas kunskaper om hälso- och sjukvårdspolitiska frågor skulle förbättras om dessa sköttes av primärkommunerna (Kommunalarbetaren 1989, s 4). Motsvarande resonemang återfinnes i utredningen om den framtida äldreomsorgen. Ett motiv, för ett överförande av den landstingskommunala åldringsvården till den primärkommunala sektorn, som där anges är att detta skulle förbättra kontakterna mellan medborgare och politiker (Ds 1989:27, s 14).

Vad gäller användandet av inflytandekanalen *organiserade intressen* (detta inflytandemedel kan givetvis också utnyttjas gentemot den sjukvårdande organisationen) kan märkas ett ökat intresse från medborgarnas sida beträffande handikapporganisationerna. Antalet organisationer har ökat kraftigt. Likaså har antalet medlemmar stigit. Under en treårsperiod (1986-1988) har de hos Läns-handikapprådet i Stockholms läns landsting registrerade handikapporganisationerna medlemstal ökat från ca 57 000 till ca 62 000 dvs en ökning på 2 år med 9%. Av maktutredningens medborgarstudie framgår att 4 procent av landets befolkning är medlem i någon handikapp- eller patientorganisation (Pettersson, O m fl 1989, s 108).

Det sjukvårdande systemet

Vi övergår nu till att presentera en del resultat kring medborgarnas användande av makt vid *mötet med hälso- och sjukvårdsservicen*. Ett aktivt medverkande från patientens sida i vårdssituationen kan få effekter på hur den individuella vården kommer att utformas.

I en studie av den norska hälso- och sjukvården hävdas att patientens möjligheter att i vårdssituationen utöva ett inflytande över innehållet i hälso- och sjukvården har minskat. Tidigare levde och bedrev läkaren sin verksamhet i nära kontakt med sina patienter, vilket medförde att läkaren tog intryck av och påverkades av både patienterna själva och deras miljö. Numera verkar läkaren i en miljö som är främmande för patienten. Läkaren behöver inte lika mycket anpassa sig till patientens villkor utan styrs mera av den egna organisationens och professionens mål och kultur. (Berg 1982, s 195 ff)

Medborgarnas möjligheter att utöva inflytande har nyligen studerats av den sk maktutredningen. I boken

"Medborgarnas makt" (Petersson, O m fl 1989) redovisas en stor mängd data om hur medborgarna själva upplever sig kunna påverka både sin egen situation inom olika verksamhetsområden och samhället i stort. Här skall i första hand uppmärksammas de resultat som avser hur medborgaren upplever sig kunna påverka sin egen situation.

I utredningen studeras sex medborgarroller: boende, konsument, patient, småbarnsförälder, skolbarnsförälder och förvärvsarbetande. För vart och ett av dessa områden ombads medborgaren ange om han/hon försökt åstadkomma förbättringar eller motarbetat försämringar.

Tabell 2. Andel medborgare som försökt utöva inflytande. Procent. (Petersson, O m fl 1989, s 45)

Arbete	60
Skola	35
Boende	28
Barntillsyn	27
Sjukvård	18
Kapitalvaruinköp	13

Försöken att utöva inflytande från medborgarnas sida är störst inom arbete. Minst är andelen för kapitalvaruinköpen och näst minst för sjukvården där 18 % angett att de försökt påverka. Det bör här noteras att ingen hänsyn tagits till medborgarnas erfarenhet av de olika rollerna. Hade t ex de 24 % medborgare som inte varit i kontakt med sjukvården under det senaste året exkluderats från analysen hade sannolikt andelen som försökt påverka ökat. Författarna konstaterar vidare att den "tysta vanmakten", dvs den andel medborgare som samtidigt är missnöjda och som inte försöker påverka, är störst inom sjukvården (34 %). Efter sjukvården är det inom skolan (24 %) och boendet (24 %) som den "tysta vanmakten" är störst. Minst andelar finns inom områdena: inköp (18 %), arbete (19 %) och barntillsyn (14 %). (Petersson, O m fl 1989, s 42,50-51)

Metoden är problematisk vid denna typ av undersökningar. Av stor betydelse är härvidlag hur frågorna är konstruerade (Hagström, B 1986). I ovan refererade undersökning har man på grund av jämförelse- och generaliseringsmotiv i vissa fall valt att använda relativt allmänt hållna frågor (Petersson, O m fl 1989, s 45). Med påverkan avses här om medborgaren: "gjort något för att söka åstadkomma förbättringar eller motarbeta försämringar rörande" (Petersson, O m fl 1989, s 45).

Ett problem med denna ganska abstrakta typ av fråga är att medborgarna kan tolka frågans innebörd olika. En viss påverkansaktivitet kan av en del individer uppfattas som försök att åstadkomma förbättring eller att motarbeta försämring medan andra individer inte gör

samma bedömning. Det går inte heller på grund av frågans konstruktion att utläsa huruvida en av medborgaren angiven påverkan har skett genom direkt eller indirekt påverkan av det politiska systemet eller genom direkta kontakter med olika företrädare för det sjukvårdande systemet.

För att belysa patientens möte med sjukvården utifrån ett påverkansperspektiv ställdes i enkätundersökningen två olika frågor. Den första belyser i vilken grad patienten har frågor till läkaren. Den andra frågan gällde i vad mån patienten framför synpunkter till läkaren.

Tabell 3. Omfattningen av synpunkter och frågor från patienten till läkaren i samband med vård och behandling. Procent.

	Frågor	Synpunkter
Brukar	51	28
Ibland	30	43
Aldrig	3	12
Ej åsikt	16	17
Summa	100	100

Så många som 81 procent uppger att de haft frågor och 71 procent att de haft synpunkter. I Maktutredningen uppger däremot endast 18 procent att de försökt påverka (Petersson, O m fl 1989, s 45). De intervjupersoner som i maktutredningens undersökning angett att de inte försökt påverka har med stor sannolikhet både ställt frågor och haft synpunkter i samband med vård och behandling. Att ställa frågor och ha synpunkter har av intervjupersonen dock inte uppfattats som försök till påverkan. Vilka aktiviteter som döljer sig bakom ett ja på frågan "gjort något för att söka åstadkomma..." framgår tyvärr inte av utredningen.

Vilken kunskap har medborgaren om olika sjukvårdsalternativ och i vilken grad utnyttjar han möjligheten att välja mellan olika sjukvårdsalternativ? Att medborgaren medvetet väljer sjukvårdsalternativ för att påverka hälso- och sjukvårdens inriktning synes ganska osannolikt. De medborgare som har detta som huvudmotiv vid sitt val av sjukvårdsalternativ är troligen synnerligen fåtaliga. Att det kan vara ett av flera motiv kan dock inte uteslutas. Några empiriska resultat illustrerande detta finns tyvärr inte att tillgå. Den data som här finns tillgänglig kan endast beskriva medborgarnas kunskap om de olika sjukvårdsalternativen inte deras faktiska utnyttjande eller den eventuella medvetenheten i valet av alternativ.

Medborgarna fick i medborgarenkäten ange vilket/vilka av fyra sjukvårdsalternativ (sjukhus, vårdcentral, privatläkare och företagsläkare) de vid lindrigare sjukdomstillstånd har möjlighet att utnyttja.

Tabell 4. Tillgång till olika sjukvårdsalternativ. Procent.

Ett alternativ	27
Två alternativ	31
Tre alternativ	28
Fyra alternativ	14
Summa	100

Siffrorna visar att nära nog 75 procent av medborgarna anger att de har mer än ett sjukvårdsalternativ att tillgå vid lindrigare sjukdomstillstånd. Detta innebär givetvis inte att alla de 75 procenten av medborgarna medvetet väljer mellan olika alternativ för att påverka. För att ta reda på detta krävs uppgifter om hur stor andel medborgare som faktiskt utnyttjar olika alternativ och som ser detta som ett sätt att påverka.

Problematiken kring vad som är en medveten eller omedveten påverkan från medborgarnas sida är central. Här har utgångspunkten för att kunna tala om ett maktutövande från medborgarens sida varit att aktiviteterna görs medvetet i syfte att påverka. Medborgarnas påverkan på hälso- och sjukvården sker sannolikt i första hand genom olika omedvetna aktiviteter. Vi har ovan antytt några. Ytterligare exempel på aktiviteter som har stor betydelse för hälso- och sjukvården är bilkörning, rökning, matvanor m.m. Dessa aktiviteter påverkar i stor utsträckning det vårdbehov och den vårdefterfrågan som uppstår vilket i sin tur har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning.

En annan central aspekt angående medborgarnas maktutövande som bör uppmärksammas avser åsiktsbildningens karaktär. Här har förutsatts att medborgaren agerar utifrån en åsikt som ligger i medborgarens eget intresse. Denna förutsättning är inte självklar utan åsikten kan i själva verket vara resultatet av en påverkan från de aktörer medborgaren försöker påverka. (Gaventa 1987)

Resultatet av makt

Vi har nu kommit till den sista nivån i ambitionsstegen: resultatet av makt. Detta trappsteg innehåller en mycket stor mängd olika aspekter. Här ges endast några enkla exempel.

Det politiskt/administrativa systemet

Medborgarnas bedömningar av vilket resultat ett agerande från deras sida genom valet av de politiskt ansvariga kan få framgår av data för Stockholms län. Ett urval av befolkningen i länet har vid flera tillfällen fått svara på frågor rörande detta. Den fråga som här presenteras avser inte specifikt det landstingspolitiska systemet utan politiker i allmänhet.

Tabell 5. Medborgarnas instämmande till frågan: "Våra politiker anstränger sig verkligen så mycket man kan begära för att ta hänsyn till vanliga medborgares åsikter och önskemål." (Österman/Bernow 1986, s 43)

	1973-74	1980	1981	1985
Instämmer ej	38	59	53	59
Tveksam	30	23	34	24
Instämmer	32	18	14	17

Endast ca 15 procent av medborgarna i Stockholms län anser vid undersökningstillfällena under 1980-talet att politikerna anstränger sig så mycket man kan begära för att ta hänsyn till medborgarnas åsikter och önskemål. Medborgarnas bedömning av vilka resultat som kan uppnås via det politiska systemet synes inte vara särskilt positiva.

Hur mera tillfälliga aktionsgrupper kunnat påverka hälso- och sjukvården har bl.a. belysts av forskningsprojektet, "Omstrukturering av sjukvårdsutbudet inom ett sjukvårdsområde",⁵ i vilket konstateras att agerandet från aktionsgruppen "Rädda innerstadssjukhusen" inte kunnat påverka händelseförloppet. Detta är endast ett exempel. Det finns sannolikt också exempel på aktionsgrupper där resultat uppnåtts.

Det sjukvårdande systemet

Vilka bedömningar gör då medborgarna av resultatet av påverkan i samband med mötet med hälso- och sjukvårdsservicen? Av de 18 % medborgare som i maktutredningens undersökning angav att de försökt påverka ansåg 47 % att de fått sina önskemål tillgodosedda, 14 % att det ännu är ovisst om önskemålen kommer att tillgodoses och 39 % att de inte fått önskemålen tillgodosedda (Petersson, O m fl 1989, s 45).⁶ I utvärderingen inom Stockholms läns landsting ställdes två frågor för att belysa denna problematik. Den ena frågan gällde i vad mån medborgaren ansåg att läkaren tog sig tid att lyssna. Den andra frågan gällde i vilken utsträckning läkaren tog hänsyn till de synpunkter som eventuellt framfördes.

Av de tillfrågade anser 70 % att läkaren antingen alltid eller vid flertalet tillfällen tar sig tid att lyssna på de synpunkter som medborgaren framför i samband med vård och behandling. Att läkaren lyssnar behöver givetvis inte betyda att någon påverkan skett. Den andra frågan visar däremot medborgarens bedömning av i vad mån läkaren tar hänsyn till de synpunkter som framförs. Att läkaren helt och hållet tar hänsyn eller i ganska stor utsträckning anser 60 procent av de tillfrågade. Att hänsyn tas i ganska liten utsträckning eller inte alls anser endast 8 procent.

Tabell 6. Medborgarnas syn på i vilken grad läkaren tar sig tid att lyssna och tar hänsyn till vad som framförs i samband med vård och behandling. Procent.

Läkaren tar sig tid att lyssna		Läkaren tar hänsyn till synpunkter	
Alltid	22	Helt och hållet	15
Oftast	48	I ganska stor utstr.	45
Sällan	16	Tveksam	18
Aldrig	1	I ganska liten utstr.	7
Ej åsikt	13	Inte alls	1
Summa	100	Ej åsikt	13
		Summa	100

Resultaten från maktutredningen och utvärderingsundersökningen skiljer sig ganska mycket åt. Av maktutredningen framgår att 39 % av medborgarna anser att de inte fått sina önskemål tillgodosedda och 14 % anger att utgången ännu är oviss (Petersson, O m fl 1989, s 45). Resultaten från utvärderingen visar att då synpunkterna framförs till läkaren är andelen medborgare som inte fått gehör betydligt mindre (tveksamma 18 %, i ganska liten utsträckning 7 % och inte alls 1 %). En viktig förklaring till skillnaderna mellan undersökningarna är att i utvärderingen studeras, i frågan om resultatet av makt, enbart medborgarnas relation till läkarna medan maktutredningen studerar medborgarens relation till sjukvården i allmänhet. Andelen önskemål som blir tillgodosedda kan skilja sig åt om de riktas mot t ex politiker, tjänstemän eller läkare.

I utvärderingsundersökningen ställdes inga frågor avseende resultatet av makt rörande *medborgarens val av alternativ*. Denna problematik behandlas däremot av maktutredningen. Två frågor ställdes (tiogradig skala användes): (1) "Välja den läkare man vill ha" (2) "Byta till en annan mottagning eller vårdklinik om man skulle vilja". Val av läkare erhöll det genomsnittliga värdet 3,7 och byta till annan mottagning eller vårdklinik 3,6. Om denna eller en liknande fråga ställts inom utvärderingens ram hade sannolikt värdena blivit högre. Inom Stockholms läns landsting liksom inom andra storstadsområden finns ett betydligt större utbud av läkare, mottagningar och vårdkliniker. Utbudet är dels större inom den offentliga vården dels finns ett betydligt mera omfattande privat alternativ.

Avslutande synpunkter

I artikeln har olika aspekter på medborgarnas makt inom hälso- och sjukvården uppmärksammats. Syftet har varit att utifrån tre olika ambitionsnivåer vid studiet av medborgarnas makt presentera och diskutera resultat

från några olika empiriska undersökningar. De tre olika ambitionsnivåerna avsåg: (1) möjligheter till makt (2) användande av makt (3) resultat av makt.

De undersökningar som här i första hand använts för att ge empiriska exempel på de olika ambitionsnivåerna har båda en kvantitativ inriktning. Materialet för studien i Stockholms läns landsting består av en enkät riktad till ett urval av landstingets befolkning. Maktutredningens undersökningsmaterial utgörs av en intervjuundersökning omfattande ett riksrepresentativt befolkningsurval. Intervjuerna tycks liksom enkäterna vara både starkt strukturerade och standardiserade i sin utformning. Dvs frågorna har till varje respondent formulerats likalydande och i samma ordningsföljd samt svarsalternativen har på förhand varit givna.

Undersökningarnas uppläggning skiljer sig således inte särskilt mycket åt. Däremot finns ganska stora skillnader mellan de ställda frågornas innehåll. Det är dessa skillnader som i stor utsträckning kan förklara varför bilderna av medborgarnas makt inte helt överensstämmer. En bidragande källa till olikheterna är att urvalens målpopulationer skiljer sig åt. I maktutredningen eftersträvas representativitet för hela svenska befolkningen medan utvärderingsundersökningen avgränsats till Stockholms läns landsting.

I samband med presentationen av resultat om i vilken utsträckning medborgarna försöker påverka hälso- och sjukvården uppmärksammades ett metodologiskt problem. Problemet avsåg svårigheterna i att formulera frågor som av alla respondenter uppfattas lika. Då det finns utrymme för olika tolkningar blir det också svårt att dra några säkra slutsatser. För att mera ingående belysa denna problematik skall ytterligare ett exempel ges.

Statistiska centralbyrån genomför på uppdrag av Landstingsförbundet återkommande undersökningar om svenska folkets åsikter om hälso- och sjukvården.⁷ I undersökningarna studeras bl a medborgarnas åsikter

om den privata vården. Tre aspekter undersöks: rättvisa, effektivitet samt effekter för den egna sjukvårdsservicen vid en privatisering.

Medborgarnas åsikter har under perioden tydligt förändrats. År 1981 var andelen medborgare som ansåg att den egna sjukvårdsservicen blir bättre om den privata sjukvårdens omfattning ökar 17%. Denna andel har 1988 ökat till 27%. Under samma period har andelen medborgare som ansåg att sjukvårdsservicen blir sämre minskat från 32% till 18%. Resultaten beträffande de båda övriga aspekterna, jämlikhet och effektivitet, går i samma riktning (Landstingsförbundet 1989, s 13).

På grund av att begreppet privat sjukvård innehåller flera olika dimensioner måste man vara försiktig med att dra några definitiva slutsatser utifrån de redovisade resultaten. Privat vård kan för en del medborgare i första hand referera till verksamhetens finansiering. Med privat sjukvård avses då endast den sjukvård som helt och hållet finansieras av den enskilde. Andra utgår kanske ifrån vem det är som äger produktionsmedlen eller producerar sjukvården. Ytterligare andra refererar kanske främst till hur verksamheten styrs eller till verksamhetens innehåll.⁹

I den av Landstingsförbundet använda frågan framgår inte vilken av dessa dimensioner som avses. Där anges endast "den privata vårdens omfattning" (se not 8). Det går således inte att avgöra vilket av ovan angivna alternativ som medborgarna refererar till då de i ökad utsträckning anger att den egna sjukvårdsservicen blir bättre om den privata vårdens omfattning ökar.

Jag har i en kvalitativt utformad intervjuundersökning¹⁰ försökt studera vilka olika dimensioner av begreppet privat vård som medborgarna refererar till då de uttrycker sina åsikter om en ökning eller minskning.

Då de intervjuade svarade på frågor rörande den privata vårdens omfattning berördes flera av dimensionerna. De framförda synpunkterna gällde i första hand vårdens finansiering, produktion och innehåll. Medborgarnas kunskap och åsikter om de olika dimensionerna var framträdande.

Flera av de intervjuade förespråkade, liksom i de kvantitativa undersökningarna, en utökning av den privata vården. Med privat vård avsågs vård som pro-

duceras privat och till största delen finansieras via offentliga medel. Vård som både produceras och finansieras privat var man däremot negativ till. Intervjuerna gav inget stöd för en utveckling som innebär att all sjukvård produceras i privat regi. Den privata vården kan, enligt de intervjuade, gärna öka i omfattning men bör även framöver i första hand ses som ett komplement till den offentliga vården.

Det främsta motivet till medborgarnas önskan om en utökning av den privata vården hämtades från dimensionen: innehåll. Vad gäller innehållet framhölls i första hand det positiva med att vid varje besök få träffa samma läkare. Men även andra förhållanden såsom mera personligt bemötande, lättare att få beställa den tid som passar, konkurrera mera med den offentliga vården så att den blir bättre, m m nämndes.

Den ökade positiva inställningen till den privata vården som återfinnes i Landstingsförbundets undersökningar gäller, sett utifrån intervjuundersökningens resultat, sannolikt enbart den privata vård som finansieras av offentliga medel.

Det här angivna exemplet visar på ett sätt att använda kvalitativt utformade undersökningar: att fördjupa tolkningen av resultat erhållna från en kvantitativt utformad undersökning. Ett annat sätt att använda kvalitativt inriktade undersökningar är att utnyttja dessa som en förberedelse inför en stor kvantitativ studie. Denna förberedelse kan tex innebära att nya och viktiga aspekter på det studerade problemet uppmärksammas och att frågorna som ställs i enkäten eller intervjun bättre utformas. En kvalitativt utformad undersökning behöver givetvis inte kopplas till en kvantitativ undersökning utan kan självständigt fungera som undersökningss metod.¹¹

Ronny Andersson

Noter

¹ En ny maktrelation blir härmed aktuell. Denna aspekt måste därför lämnas utanför maktdefinitionen.

² Den egna utvärderingsstudien har pågått sedan den 1 januari 1989. En preliminär rapport har publice-

Tabell 7. Medborgarnas åsikter om hur den egna sjukvårdsservicen blir om den offentliga vårdens resurser minskar och den privata sjukvårdens resurser ökar. Procent. (Landstingsförbundet 1988, s 14)^a

	Bättre	Oförändrad	Sämre	Vet ej
1981	17	38	32	13
1983	19	41	27	13
1985	21	46	19	14
1988	27	40	18	15

- rats (Petersson, H m fl 1989). För att kunna undersöka vilken inställning den enskilde medborgaren har till hälso- och sjukvården riktades en enkät till ett urval av medborgare i Stockholms läns landsting. Undersökningen administrerades av Forskningsgruppen för samhälls- och informationsstudier (FSI). Enkäten sändes ut till medborgarna under hösten 1988. Två olika urval gjordes. Ett representerande Stockholms län (urvalet omfattade 1940 individer) och ett representerande dåvarande Västra sjukvårdsområdet (1 000 individer). De här redovisade resultaten avser länsurvalet. Svarefrekvensen uppgick till 74,5 %.
- ³ Detta med tre undantag. Kommunerna Malmö, Göteborg och Gotland är självständiga sjukvårdshuvudmän.
 - ⁴ Sedan den 1 januari 1989 finns det en ny politisk ledningsorganisation inom Stockholms läns landsting. Den förändring som företogs avsåg i första hand den lokala nivån inom organisationen. De tidigare 5 sjukvårdsområdena blev 10. Enkäten besvarades under senhösten och vintern 1988, dvs före omorganisationen.
 - ⁵ Våren 1986 inleddes vid Statsvetenskapliga institutionen i Lund av Harry Petersson och Matts Hansson ett forskningsprojekt kallat – Omstruktureringen av sjukvårdsutbudet inom ett sjukvårdsområde. En delrapport har publicerats: Petersson, H, Hansson, M: Planera för förändring. Genomförandet av en sjukhusnedläggning. S:t Erik. Ormbergstryck, Stockholm 1989.
 - ⁶ Har återigen valt att behandla denna fråga här och inte i samband med makt via det politiskt/administrativa systemet.
 - ⁷ Undersökningarna har genomförts vid fyra olika tillfällen: 1981, 1983, 1985 och 1988. Ett slumpmässigt urval (1 200 individer) får besvara olika frågor om hälso- och sjukvården.
 - ⁸ Frågan som ställdes till medborgarna var formulerad på följande sätt:
 Tror Ni att sjukvårdsservicen för Er egen del skulle bli bättre, oförändrad eller sämre om den offentliga sjukvårdens resurser minskade och den privata sjukvårdens omfattning ökade?
 Bättre sjukvårdsservice för egen del
 Oförändrad
 Sämre sjukvårdsservice för egen del
 Vet ej
 - ⁹ Relationen mellan privat och offentlig verksamhet har behandlats bl a av Bergström 1988, Beckman 1987, Bozeman 1987 och Rothstein 1988. Inom hälso- och sjukvårdsområdet har relationen behandlats av bl a Borgenhammar 1986, Jönsson/Rehnberg 1987 och Norrving 1988.
 - ¹⁰ Undersökningen genomfördes 1987 och omfattade 58 djupintervjuer. I motsats till de kvantitativt utlagda intervjuundersökningarna fick medborgarna möjlighet att i djupintervjuerna utförligt besvara de ställda frågorna. Detta ganska ovanliga förfarings-
- sätt vid studier av medborgarnas åsikter har i första hand utvecklats av Robert E Lane (Lane 1962, 1973).
- ¹¹ Se tex Enderud 1984 och Yin 1989.

Referenser

- Beckman, B: *Att bilda FoU-organ m m*. ERU-rapport 51. Regeringskansliets offsetcentral, Stockholm 1987.
- Berg, O: *Helsetjenestens Logikk. Seks studier av norsk helsetjeneste*. Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo 1982.
- Bergström, T: *Konkurrerande eller kompletterande demokrati?* Studentlitteratur, Lund 1988.
- Borgenhammar, E: *Vård på lika villkor – realism eller utopi?* Stencil, Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg 1986.
- Bozeman, B: *All Organizations Are Public*. Jossey-Bass, San Francisco 1987.
- Ds 1989:27. *Departementsserien*. Ansvar för äldreomsorgen. Rapport från äldredelegationen. Stockholm 1989.
- Enderud, H: Kvalitative metoder i teoriutviklings- og praksisfaserne. Ansatser till kvalitative metodelaere. I Enderud, H (red): *Hvad er organisations-sociologisk metode? Den 3die Bølge i metodelaeren*. Bind 2 (2:a uppl). Samfundslitteratur, Köpenhamn 1984.
- Falkemark, G: "Maktstudium och värdering". *Statsvetenskaplig Tidskrift* 1978:4.
- Gaventa, J: *Makt och deltagande*. I Petersson, O (red): *Maktbegreppet*. Carlssons Bokförlag, Stockholm 1987.
- Hagström, B: *Frågeteknik i utredningsarbete*. Dialog, Lund 1979.
- Holmberg, S, Gilljam, M: *Väljare och val i Sverige*. Bonniers, Stockholm 1987.
- Jönsson, B, Rehnberg, C: *Effektivare sjukvård*. Norstedts Förlag, Stockholm 1987.
- Landstingsförbundet. *Nyfiken? Hälso- och sjukvården får ros och ris av allmänheten*. Stencil. Landstingsförbundet, Stockholm 1988.
- Landstingsförbundet. *Statistisk årsbok för landsting*. Landstingsförbundet, Stockholm 1989.
- Lane, R E: *Political Ideology*. Free Press, New York 1962.
- Lane, R E: *Patterns of Political Belief*. In Knutson, J N (Ed): *Handbook of Political Psychology*. Jossey-Bass, San Francisco 1973.
- Lipsky, M: *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual Public Services*. Russel Sage Foundation, New York 1980.
- Norrving, B: *Offentligt och privat i samverkan och konflikt. Möten mellan offentliga och privata aktörer inom plan- och byggsektorn*. Stencil. Lund 1988.
- Otter, C von, Saltman, R, Joelsson, L: *Valmöjligheter, konkurrens, entreprenader m m inom landstingens sjukvård. Enkätresultat*. Arbetslivscentrum, Stockholm 1989.

- Petersson, O, Westholm, W, Blomberg, G: *Medborgarnas makt*. Carlssons, Stockholm 1989.
- Petersson, H, Andersson, R, Hansson, M: *Politikern, medborgaren och demokratin. En redovisning av två delstudier i ett utvärderingsarbete*. Stencil. Lund 1989.
- Petersson, H, Hansson, M: *Planera för förändring. Genomförandet av en sjukhusnedläggning. S:t Erik*. Ormbergstryck, Stockholm 1989.
- Rothstein, B: "Socialdemokratin och välfärdens intentioner". *Tiden* 1988:8.
- SFS 1982:763. *Svensk Författningssamling*. Hälso- och sjukvårdslag.
- SOU 1985:28. *Statens offentliga utredningar*. Aktivt folkstyre i kommuner och landsting. Stockholm.
- Westerståhl, J, Johansson, F: *Medborgarna och kommunen. Studier av medborgerlig aktivitet och representativ folkstyrelse*. Kommunaldemokratiska kommittén. DsKn 1981:12. Liber, Stockholm 1981.
- Yin, R.K: *Case Study Research. Design and Methods*. Sage, London 1989.
- Österman, T, Bernow, R: *Valet som glömdes bort. Sammanfattning av resultat från en studie av väljare och landstingsvalet i Stockholms län*. Stockholms läns landsting, Regionplanekontoret, Stockholm 1986.

Ramlagar – en översikt ur ett kommunalt perspektiv

1 Inledning

Den under 1980-talet intensiva debatten om den offentliga sektorn och dess förvaltande har bla uppmärksammat relationen mellan stat och kommuner (såväl primära som sekundära). En ofta förekommande analys härvidlag har varit att den statliga styrningen av kommunerna genom sin höga detaljeringsgrad bli försvårat lokal anpassning av nationella policys, sällan lett till önskvärd måluppfyllelse samt motverkat effektivitet och flexibilitet. Från skilda håll har därför nya och, som det antages, mer ändamålsenliga styrformer efterlysts, vilka i högre grad karakteriseras av bla målstyrning, decentralisering och uppföljning/feedback. En sådan styrform på den administrativa styrningens område kan ramlagen sägas vara.

Den kritik som följde 1970- och 1980-talets många nya ramlagar aktualiserade bla frågor om denna styrforms konsekvenser för myndigheternas makt och ställning, för tillgången till likvärdig och jämlik service och för de politiska organens styrförmåga. Frågor som alla har ett intresse och en aktualitet ur statsvetenskapligt perspektiv. I denna framställning, som i huvudsak har formen av en översikt, försöker jag fånga in och närmare precisera ramlagsfenomenet. Jag har primärt fått söka mig till rättsvetenskaplig och rättsvetenskaplig littera-

tur, då den statsvetenskapliga litteraturen behandlar det aktuella fenomenet förhållandevis översiktligt och utan konceptuell klarhet. I den avslutande analysen, vilken fokuserar den styrning som riktas mot i huvudsak kommuner, urskiljs tre principiellt skilda typer av ramlagsstyrning. Framställning inleds med att jag kort tecknar en analysram.

2 Analysram

I syfte att skapa möjligheter till funktionella och samhälleliga analyser av rättsregler gör Hydén en indelning av rättsreglerna efter dessa uppgifter.¹ Indelningen utgår från följande frågeställningar:

- vem skall enligt reglerna agera?
- hur skall det formellt gå till?
- vad som skall göras (mål och materiellt innehåll)?

Mot dessa frågeställningar i rätten svarar enligt följande:

- konstituerande regler – vem?
- handläggningsregler – hur?
- handlingsregler – vad?

Konstituerande regler etablerar tex en förvaltningsstruktur eller konfliktlösningens arena. Denna typ av regler definierar faktorer som kompetens, organisation, personal och resurser. Handläggningsregler tar sikte på processen och det formella förfarandet. Rör det sig om ärendehandläggning kan faser som anhängiggörande, beslut, verkställighet och besvär behandlas. Med en annan indelningsgrund av rättsreglerna som utgångspunkt motsvaras dessa i stort av den allmänna förvaltningsrättens regler. Handlingsregler innehåller anvisningar om vad som skall göras i sak (substansieellt). Det kan gälla att den enskilde skall vidta eller underlåta vissa åtgärder eller hur en myndighet skall bedöma en viss fråga. Vad gäller dessa handlingsregler särskiljer Hydén tre olika typer:²

- pliktnormer
- avvagningsnormer
- mål-medelnormer

Pliktnormerna följer ett rättsfakta-rättsföljdsmonster. Denna regeltyp föreskriver att när vissa fakta föreligger skall en viss rättsföljd inträda. Härigenom är också regeln självtillräcklig när det gäller att bestämma beslutets innehåll. Ett exempel på denna typ av handlingsnorm kan hämtas från lagen om allmänna barnbidrag:³

(f)ör barn, som är svensk medborgare och bosatt i riket, skall av allmänna medel såsom bidrag till barnets uppehälle och uppfostran utgå allmänt barnbidrag med 5 820 kronor om året i enlighet med vad nedan närmare stadgas (1 §).