

Anders Forssell och Lars Norén*

Anders Forssell
Företagsekonomiska institutionen,
Uppsala universitet

Lars Norén
Centrum för konsumtionsvetenskap,
Handelshögskolan vid
Göteborgs Universitet

Keywords: Patient choice, Patient empowerment, Primary health care, Quasi-market, McDonaldization

Nyckelord: Primärvård, vårdval, kundvalsmodell, politisk styrning, McDonaldisering

The construction of a customer of primary health care

A new quasi-market model commonly referred to as a “choice of care” model is introduced in Swedish primary health care. In such models citizens are expected to choose primary healthcare centres they want to be treated by. The care centres are expected to compete based on differences in the quality of the services they provide in the market. In this paper the accreditation document (AD) and the way it specifies the regulated choice of the patient is explored. Two case studies of primary care markets in Sweden is the empirical point of departure. The conclusion is that the ADs define the conditions for the choice of care. The ADs define an almost unconditional right for the patient to choose between care centres of a specified minimum level of quality based on political requirements. The ADs also specify a procedure for payment – a voucher – that follows the patient to the chosen care centre. Finally, the ADs specify procedures of quality evaluation that create differences between care centres. The AD in itself contributes actively to the market because it specifies the requirements of a McPatient. Primary healthcare centres respond to the AD even if patients do not make any choices.

Kunden i kundvalsmodellen. Om konstitueringen av en kund i primärvården

Den svenska primärvården genomgår för närvarande en reformering där en vårdvalsmodell införs över hela landet. Modellen innebär att pengarna följer patienten till den vårdcentral hon/han väljer. I artikeln ställs frågan om hur dokumenten för ackreditering av vårdcentraler bidrar till att konstituera en kund på en marknad för primärvård. Studien är koncentrerad på de två regionerna Halland och Västra Götaland. Slutsatsen är att dokumenten specificerar villkoren för medborgarens val samt de politiska mål som reglerar valen. De definierar vad en vårdcentral är, hur vårdcentraler ska konkurrera, patientens mer eller mindre obetingade val och att patienten görs delaktig i vården. Dokumenten bidrar därmed till att konstituera en kund – en McPatient som bidrar till att rationalisera hälso- och sjukvården och att realisera de allmänna politiska målen om en bättre service till lägre kostnader. Den konstituerade kunden fungerar oberoende av om den enskilda patienten gör egna val eller ej.

Offentlig förvaltning
Scandinavian Journal of Public
Administration
16(2): 25-43

© Anders Forssell, Lars Norén
och Förvaltningshögskolan,
2013.
ISSN: 1402-8700
e-ISSN: 2001-3310

***Anders Forssell** forskar om organisatoriska förändringar av offentligt finansierad verksamhet. Framförallt är det två problematiker som intresserar honom: dels tendensen till ökad administration och dokumentation, dels problemet med att styra utkontrakterad verksamhet, främst inom hälso- och sjukvård. I det första fallet brottas AF med frågeställningar som: hur operationalisera och mäta administration, och vilka blir de organisatoriska och ekonomiska effekterna av en ökad administrativ börda? I det andra fallet handlar det om hur en alltmer fragmentiserad produktion av offentliga tjänster styrs, och i synnerhet om hur kvalitetsaspekterna hanteras..

Lars Norén är docent i företagsekonomi och verksam i Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet. Den forskning han bedriver handlar bl a om hur den offentliga servicen kan anpassas bättre till medborgarnas önskemål.

Inledning

Under 1989 presenterades den svenska maktutredningen (Petersson, 1991) som konstaterade att demokratin i Sverige hade sina brister. En sådan var att medborgarna hade mycket begränsade möjligheter att påverka sin situation i relation till samhällets serviceproduktion. Sjukvården nämndes som ett av de områden där medborgarnas känsla av vanmakt var störst. Maktutredningen blev en del av en omfattande diskussion om medborgarens ställning i förhållande till den offentliga kärnservicen. Inom sjukvården kom diskussionen att handla om hur patientens ställning på olika sätt skulle kunna stärkas (Saltman, 1994). Från 1990-talet och framåt har också en rad åtgärder vidtagits för att stärka patienten. En är att etablera medborgaren i en position som kund i vården (Nordgren, 2003). Ett konkret exempel på en etablering av en sådan kund kom 2007 då Halland som första landsting införde en kundvalsmodell inom primärvården - en modell som sedan kom att bli vägledande för många landsting och regioner i Sverige (Anell, 2011). I modellen förväntas medborgaren i egenskap av kund välja vårdcentral vilket i sin tur genererar en ersättning till den valda enheten. Modellen bygger också på en etableringsfrihet för vårdcentraler efter ackreditering.

Kundval ingår också som en del i en debatt om medborgarens ställning i vården. En ståndpunkt är att medborgaren varken kan, vill eller bör välja och att rollen som kund därför är olämplig (Needham, 2003; Clark, 2007; Fotaki m fl, 2008; Nordgren, 2010; Mol, 2011). En annan är att medborgaren visst kan agera som en väljande kund men att det bland annat krävs information (Friedman & Friedman, 1980; Potter, 1988; Le Grand, 2007; Ranerup, 2008). I båda dessa perspektiv betraktas medborgaren som en människa - en homo economicus - som förmår eller inte förmår välja mellan olika alternativ. Vi ser det som alltför begränsat att betrakta medborgaren på detta sätt. Medborgaren ingår som en del i en bredare kundvalsmodell och måste förstås i det sammanhanget.

För att förstå hur konstitueringen av en kund går till kan begreppet företagisering (Brunsson, 1991; Forssell & Jansson, 2000) eller diskursen om företaget (du Gay & Salaman, 1992) vara till hjälp. En grundläggande tanke är att idén om företaget är en viktig inspirationskälla till rationaliseringen av offentlig sektor. Ett sätt att förstå vad företagisering kan bidra till är att använda Ritzers (1996) tes om en pågående process av McDonaldisering i samhället. Han menade att McDonalдреstaurangen (McD) alltmer har kommit att tjäna som en förebild för företaget och som ett koncept för rationalisering. En viktig faktor i McD är att kunden lyfts fram och konstitueras som en produktiv del av rationaliseringen. I McD står kunden i kö för att hämta sin mat för att därefter bära den till ett ledigt bord och efter måltiden städa undan efter sig. På ett liknande sätt kan man tänka sig att medborgaren i egenskap av kund i primärvården blir en del av rationaliseringen av densamma. En konstituering av medborgaren som kund kan exempelvis innebära att medborgaren förväntas ägna sig åt övervakning av kvalitet (Ahgren, 2010) och åt egenvård som kan handla om att ta över arbetsuppgifter som tidigare sköttes av vårdpersonal (Greener, 2007). Inom ramen för kundvalsmodellen kan politikerna därmed förväntas använda en skapad kund för att uppnå politiska mål om att effektivisera vården och göra den bättre anpassad till medborgarnas behov. De båda målen valfrihet och effektivisering blir i praktiken

samma sak eftersom kunden används för att rationalisera. Avgörande i McD är dock hur kunden konstitueras genom olika organisatoriska arrangemang och detsamma torde gälla inom vårdvalet i primärvården där exempelvis vårdpengens utformning brukar vara föremål för en omfattande debatt (Robinson, 2001; Anell, 2009). Den fråga som vi ställer i det här papperet är därför hur kunden konstitueras inom den kundvalsmodell som har införts inom primärvården. Vi avser att pröva om McD konceptet kan hjälpa oss att förstå hur konstitueringen av kunden går till.

I nästa avsnitt gör vi en teoretisk genomgång och därefter följer en metodbeskrivning. I avsnittet därefter presenteras vårdvalet i de två regionerna Halland och Västra Götaland. Detta följs av ett analysavsnitt där konstitueringen av en kund kan följas i en presentation av de dokument för ackreditering som styr arbetet med vårdval. Därefter dras studiens slutsatser och avgränsningar presenteras tillsammans med förslag på fortsatta studier.

Teori

McD och kundvalsmodellen

Ritzer (1996; 1998) ger alltså kunden en viktig roll i sitt McD koncept. Kunden ses som en utgångspunkt för och en deltagare i arbetet med rationalisering vilket har beskrivits exempelvis av Du Gay & Salaman (1992) och inom service management (Normann, 1983). Den teoretiska genomgången tar fasta på de delar av Ritzers beskrivning som är relevanta för konstitueringen av en kund. Ett genomgående exempel hos Ritzer är hur McD konceptet används för att rationalisera sjukvården i USA. Ritzer är speciellt intresserad av det vi i Sverige kallar primärvården. Han skrev: "For a minor emergency, such as slight laceration, walking through a "McDoctors" is more efficient than working your way through the labyrinth of a large hospital's emergency room. Hospitals are set up to handle serious problems for which efficiency is not (yet) the norm, although some hospitals already employ specialized emergency-room physicians and teams of medical personnel. From the organization's point of view, a "McDoctors" can be run more efficiently than a hospital emergency room." (Ritzer, 1996:44). Citatet indikerar att vi kan förvänta oss att det hårdaste trycket på rationalisering finns inom primärvården snarare än i den specialiserade sjukhusvården och det gör primärvården till ett intressant studieobjekt. Introduktionen av kundvalsmodellen i primärvården kan ses som ett led i denna rationalisering med kunden i centrum enligt McD.

I kundvalsmodellen betonas följaktligen kundens val (Norén, 2003; Kastberg, 2005). Modellen kan också kopplas till Rose (1993) som intresserade sig för kundens reglerade val. Han pekade på att det finns en politisk reglering av kundens valfrihet. Medborgaren som väljande kund placeras därmed i ett större sammanhang av politisk styrning. Caldwell m. fl., (2005) pekade på att marknader i offentlig sektor är starkt politiserade. De politiska mål som uttrycks i anslutning till kundvalsmodellen är en vård anpassad till medborgarnas behov till en lägre kostnad. Det innebär att kunden och valet blir viktiga delar i den politiska styrningen och därmed arbetet med rationalisering.

Franchising och patientens ställning

En för Ritzer viktig del i McD konceptet är franchising. Den innebär att en central aktör utvecklar ett koncept och sedan träffar avtal med utförare om att använda konceptet mot en viss ersättning. Sådana koncept är i allmänhet hårt styrda till sitt innehåll. Enligt Ritzer kan franchising ses som en process som dels handlar om att förtydliga, dels effektivisera utbudet av service. Kunden möts av en iögonfallande skylt och en tydlig ingång. Väl inne i restaurangen ser kunden en enkel standardmeny som lätt kan kommuniceras och den underlättar för kunden att göra ett val. Menyn är också till stora delar gemensam för de restauranger som utnyttjar franchising. Det finns ofta tydliga och klara förväntningar hos kunden vid ett besök på McD.

Franchising handlar också om att rationalisera processen i vilken servicen produceras. Här är kvantifiering och mätbarhet viktiga delar och det löpande bandet är en förebild för arbetet med rationalisering. Rationaliseringen kan också innefatta distributionen av mat som exempelvis drive in luckan där kunden kan hämta sin meny direkt från bilen. Ett exempel som Ritzer hämtade från sjukvården var Diagnosrelaterade grupper (DRG) där betalning är kopplad till olika standardiserade insatser.

Idén om franchising kan relateras till diskussionen om rationaliseringen av offentlig förvaltning. Hood (2000) använde just begreppet franchising för att beskriva politikernas användning av marknader i den offentliga sektorns rationalisering. Tanken kan exemplifieras med den ackreditering som vanligtvis sker inom ramen för kundvalsmodellen. För att släppas in på marknaden måste en utförare som en skola eller en vårdcentral genomgå en ackreditering. En sådan kan ses som att politikerna lämnar ett visst uppdrag till en utförare och väljer att specificera en viss kvalitetsnivå (Challis m. fl., 1994). Ett exempel är att föreskriva att det ska finnas olika specialiteter representerade bland doktorer och sköterskor.

Konkurrens mellan utförare

Ritzer poängterade också att det finns ett utrymme för entreprenörskap inom McD konceptet. Han menade exempelvis att en del av de rätter som hade introducerats på McD var ett resultat av ett sådant entreprenörskap hos enskilda restauranger. Bejakandet av ett entreprenörskap skapar också en konkurrens mellan restauranger. Med utgångspunkt från offentlig sektor hävdade Donahue (1989) att det är viktigt att få en balans mellan reglering och frihet när fristående utförare används. Detta för att få ut potentialen ur konkurrens och entreprenörskap. Vi ser ett exempel på att utförare förväntas delta i att utveckla koncept och på att en av kundens uppgifter är att vara rörlig och att välja mellan olika alternativ.

Entreprenörskapet hos producenterna bejaktas också i kundvalsmodellen där en viktig del av konceptet är att släppa in konkurrerande utförare (Le Grand, 2007). För att konkurrensen ska fungera måste det finnas fristående brukare som har möjlighet att lämna en icke fungerande utförare och gå till den producent

som ger bättre villkor. Le Grand menade att det förutsätter att pengarna kan följa brukarna och att det finns information om valmöjligheterna.

Positionering av kunden som en produktiv del i konceptet.

Ritzer argumenterade alltså för att kunden ska göras produktiv och det handlar om att försöka få kunden att utföra så mycket som möjligt av det som betalda anställda annars gör. Ritzer pekade på att det inom sjukvården finns exempel på att kunden väger sig själv och tar temperaturen innan hon/han går in till doktorn. Ritzer menade vidare att teknologi används för att ersätta och styra kundens aktiviteter. När kunden anländer till McD inordnas denna i ett löpande band. Kunden vet att denna måste ställa sig i kön, förflytta sig till disken, göra sin beställning, betala, bära maten till bordet, äta, samla upp avfallet, bära det till soptunorna och återvända till bilen.

Även inom sjukvården finns det en strävan mot att göra patienten produktiv och satsa på egenvård. Det har sedan länge funnits en strävan mot förebyggande vård vilket innebär hälsovård istället för sjukvård. Teknologier har blivit en viktig del i denna satsning. Mol (2011) beskrev exempelvis hur blodtrycksmätaren blev en viktig del i egenvården för patienter med diabetes.

Slutligen är frågan om det verkligen är rimligt att jämföra en vårdcentral med en McDonaIdrestaurang? Ritzer (1996) anser uppenbarligen att McD är relevant eftersom han använder sjukvården som ett genomgående exempel i sin bok. Ritzer (1998) menade också att McD kan ses som en pågående process som inte behöver implementeras i sin helhet.

Metod

Metoden bygger på studier av dokument för ackreditering från de två regionerna Halland (2009) och Västra Götaland (2009). Halland var först ut i Sverige med en vårdvalsreform inom primärvården 2007 och har därmed varit vägledande. Halland representerar också en region som till stora delar består av landsbygd med mindre och medelstora tätorter. Västra Götaland kom in senare i vårdvalet under hösten 2009 och får representera storstaden eftersom Göteborg ingår. De dokument för ackreditering som de båda regionerna använder har granskats ingående. Dokument från andra landsting och regioner har granskats mer översiktligt. Dokumenten uppdateras årligen men vi har valt att utgå från dokumenten 2009 vilket var det första för Västra Götaland. Vi har därmed kunnat göra en jämförelse mellan regionerna i tid där vi kunde följa det initiala arbetet i Västra Götaland och det mer utvecklade arbetet i Halland. Modellen som används i Västra Götaland har stora likheter med den i Halland.

Ett antal personer har intervjuats avseende dokumentens betydelse som styrinstrument för vårdvalet. Under intervjuerna har dokumenten för ackreditering gått igenom. Intervjuerna i Västra Götaland gjordes huvudsakligen under 2009-2010 för att fånga upp förväntningarna inför uppstarten. Intervjuerna i Halland gjordes 2010-2011 för att få med så lång erfarenhet av vårdvalet som möjligt. Dessa innefattar två politiker – en från Halland och en från Västra Götaland. Totalt har också åtta centrala tjänstemän liksom sex chefer för både offentliga

och privata vårdcentraler intervjuats i de båda regionerna. Slutligen har också tre representanter för patientföreningar för diabetes och astma/kol intervjuats. Totalt rör det sig om 19 intervjuer. Intervjuerna varade mellan en och en och en halv timme och har bandats och skrivits ut.

Vårdvalet inom primärvården

Reformeringen av primärvården med hjälp av en kundvalsmodell

Lagen om valfrihetssystem (LOV) (SFS 2008:962) trädde i kraft 2009 och därmed fick kundvalsmodellen sin lagliga reglering. Därefter beslutade riksdagen om en obligatorisk användning av LOV inom primärvården i alla landsting och regioner i Sverige (Regeringens proposition 2008/09:74) från och med 2010 genom en förändring i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Detta gjorde det möjligt för privat och ideell sektor att etablera vårdcentraler var de önskade efter ackreditering. I och med LOV ändrades politikernas roll till att specificera vårdpengen, ställa minimikrav på vårdcentralernas kvalitet och utforma systemen för utvärdering av servicens kvalitet. Allt detta beskrivs i ett dokument för ackreditering som publiceras på valfrihetswebben. (valfrihetswebben.se)

4.2 Vårdvalet i regionerna Halland och Västra Götaland

En av författarna till artikeln höll ett seminarium om vårdval för en grupp chefer från en av de berörda regionerna och hade med sig dokumentet för ackreditering. När en av deltagarna som var chef för en vårdcentral gick förbi katedern och såg dokumentet utbrast hon – ”det där är ju vår bibel”.

Innan en vårdcentral släpps in på marknaden måste den alltså ackrediteras av tjänstemän från aktuell region eller aktuellt landsting och ett kontrakt skrivas. I Halland heter dokumentet för ackreditering ”Modellbeskrivning” (Halland, 2009) och i Västra Götaland ”Krav och kvalitetsbok” (Västra Götaland, 2009). Dokumenten innehåller i huvudsak fyra sektioner:

- A. Specificering av vårdcentralens erbjudande.
- B. Specificering av patientens valmöjligheter
- C. Specificering av principerna för betalning
- D. Specificering av system för kvalitetsutvärdering

A. Specificering av vårdcentralens erbjudande

I en första sektion görs specifikationer av vårdcentralens åtagande eller uppdrag. Gemensamt för de båda regionerna är att vårdcentralerna förutsätts följa hälso- och sjukvårdslagen och gällande styrdokument som exempelvis Socialstyrelsens rekommendationer för kvalitet och patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2005). Gemensamt är också att avsnitten föreskriver hur vårdcentralerna ska samverka med den övriga hälso- och sjukvården och samhället i stort. Sedan följer ett antal preciseringar av grundläggande krav som är mer omfattande i Västra Götaland än i Halland. I beskrivningen av bredden på vårdcentralens åtagande i Halland lyfts enbart vissa medicinska specialiteter fram som att barnhälsovård och rehabilitering ska ingå medan det i övrigt är upp till vårdcentralen att bestämma

verksamhetens innehåll. I Västra Götaland beskrivs vårdcentralens uppdrag mer i detalj både vad gäller patientgrupper och vilka medicinska specialiteter som ska finnas tillgängliga. En annan skillnad är att personalens specialisering beskrivs mer ingående i Västra Götaland än i Halland. I Västra Götaland finns exempelvis krav på specialistsjuksköterskor inom diabetes, astma/kol och hypertoni medan det i Halland krävs att det finns en specialist i allmänmedicin och en distriktssköterska vilka är klassiska krav på en vårdcentral.

Frågan är dock hur långt som politikerna avser att gå i att ställa upp detaljerade krav för ackreditering av vårdcentralerna. En politiker i Halland beskrev det så här:

”Man ska inte förvänta sig när man går in på första bästa vårdcentral att man får allt när man sitter i rummet där nere utan de förmedlar en kontakt förutom distriktssköterskorna – det är en ingång – det är där man ska börja. Säkert 20-30% av de som hamnar på den stora akuten [sjukhusets – vår anmärkning] skulle kunna börja på vårdcentralen och skulle aldrig behöva komma och många om de ringde 1177 skulle aldrig behöva komma till vårdcentralen. Sen är det ju så att detta prövas – vi har en ackreditering där man får visa att man har de här basresurserna – du ska ha BVC du ska ha distriktssköterska – sådana saker.” (Politiker Halland)

Den ackreditering som finns har alltså syftet att försäkra sig om att en vårdcentral har vissa basresurser för att få kalla sig vårdcentral. Har man inte det så blir inte vårdcentralen ackrediterad alternativt riskerar att förlora sin ackreditering. Vårdcentralen har också möjlighet att kontraktera in de resurser som behövs för att kunna tjäna som en ”ingång” till ett större vårdutbud.

I Halland har politikerna valt att gå ut med information till patienterna om vilka specialiteter som finns tillgängliga i en viss vårdcentral (Vårdval Halland, 2011). Kompetensen beskrivs med utgångspunkt från olika grupper av personal som sjuksköterskor, läkare och andra (t ex fotvårdare och dietist). Exempelvis är beskrivningen av läkarnas kompetens enligt följande: Specialist i: Allmänmedicin, barnmedicin, gynekologi, handkirurgi, hjärtsjukdomar, hudsjukdomar, idrottsmedicin, invärtes sjukdomar, ortopedi, psykiatri, reumatologi, åldrandets sjukdomar och öron-näsa-hals. I den jämförelse som finns mellan vårdcentraler i portalen sätts ett kryss för om det finns tillgång till en viss specialitet på en viss central.

Tanken är alltså inte att alla vårdcentraler ska ha alla dessa specialistläkare anställda. Däremot är vårdcentralen ansvarig för att dessa görs tillgängliga genom vårdcentralen. På det viset skapas och tydliggörs en ingång till den vård som är knuten till primärvården och som bestäms och tydliggörs i den typen av tabell.

B. Specificering av medborgarens valmöjligheter

I dokumentet för ackreditering specificeras också medborgarens ovillkorliga rätt till val. Det kan handla om en rätt att välja och byta vårdcentral hur många gånger som helst eller att det finns vissa restriktioner som att medborgaren har

rätt att byta ett visst antal gånger per år. Vårdcentralen har heller inte rätt att säga nej till en medborgare. En central tjänsteman på region Halland beskriver det så här:

”Intervjuaren: Eller också säger man till patienten att gå till någon annan vårdcentral – är det acceptabelt?

Tjänstemannen: Ja – det vet vi ju att det sker men när vi hör det så ringer vi dem – de får inte lov att neka patienter.

Intervjuaren: Det är inte acceptabelt?

Tjänstemannen: Nej – inte av någon anledning – de måste ta emot de patienter som väljer – de får inte säga att det är fullt heller. Vi har inte den begränsningen.” (Tjänsteman Halland)

Det innebär att vårdcentralen blir tvungen att tillhandahålla den vård som den aktuella patientstocken kräver.

Alla medborgare måste inte göra en aktiv listning. Om de inte väljer att lista sig placeras de på den vårdcentral som ligger närmast. Politikerna ser dock gärna att medborgaren gör ett aktivt val. En politiker i Västra Götaland argumenterade så här:

”Jag ser gärna att man gör ett aktivt val – eller bekräftar att jag blir erbjuden vårdcentralen i Partille – jag kommer att om möjlighet ges att bekräfta det för det ger ju någon form av kontrakt också från min sida och inte bara den här passiva listningen – så jag vill gärna uppmuntra det där att bekräfta gärna för då lägger jag mitt förtroende hos er här när jag behöver er – det tycker jag är bra att få det kontraktet eller vad man ska säga att det är.” (Politiker Västra Götaland)

Frågan är då hur viktigt medborgarens val egentligen är. En politiker i Västra Götaland argumenterade så här:

”Den faktor som jag tror kommer att avgöra för de flesta patienter är närhetsfaktorn – att jag har en vårdcentral nära där jag bor.” (Politiker Västra Götaland).

Politikern förväntar sig alltså att närhet blir den viktigaste faktorn och då blir sannolikt de aktiva valen begränsade. De medborgare som inte gör något aktivt val blir automatiskt placerade på den närmsta vårdcentralen i båda regionerna. En chef för en vårdcentral i region Halland har dock en annan syn på den här frågan:

”Intervjuaren: Vårdcentral x har en stabil verksamhet?

Chefen: Det är livsfarligt att se det så. Människor är väldigt rörliga idag. Du kan se hur långt människor är beredda att åka för att handla t ex. Det är ingen som drar sig för att köra 2-3 mil för att åka till stormarknaden.” (Chef för vårdcentral Halland)

Citatet antyder att chefen är väl medveten om att medborgare snabbt kan lämna en vårdcentral.

C. Specificering av principerna för betalning

Dokumentet för ackreditering innehåller också en specificering av principerna för betalning. Den grundläggande principen är att betalningen följer medborgaren och båda regionerna använder kapitering. I Halland följer ett fast åldersviktat belopp med medborgaren till den listade vårdcentralen. Västra Götaland har en liknande modell men med en socioekonomisk viktning som ett tillägg. Till dessa modeller finns också begränsade målrelaterade ersättningar. Västra Götaland ger t ex ersättning efter vissa kvalitetsmål som bemötande av patient och detta motsvarar 3-5% av den totala budgeten för primärvård. Halland gör ett avdrag om vissa kvalitetsmål inte uppnås.

D. Specificering av system för kvalitetsutvärdering

I dokumentet för ackreditering beskrivs ett antal kvalitetsindikatorer som är avsedda för utvärdering av vårdcentralerna. Dessa kvalitetsmål är utformade med utgångspunkt från Socialstyrelsens föreskrifter för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (Socialstyrelsen, 2005). De varierar mellan regioner och landsting och kan förändras i nya utgåvor av dokumenten för ackreditering.

En politiker från Västra Götaland beskrev de politiska målen bakom indikatorerna på följande sätt:

“I den offentliga sektorn är det politiker utifrån rollen som medborgarföreträdare som ska sätta målen – vara kravställare på verksamheten oavsett om den är privat eller offentlig – för mig är det ganska självklart att det ska ställas kvalitetsmål och det är ju också ett politiskt ställningstagande att jobba utifrån kvalitetsparametrar som är – ja vi har börjat tassa i de markerna men jag är alldeles övertygad om att det är den enda möjliga vägen – det är den vägen vi måste gå mot att jobba mycket mer med kvalitetsfrågorna” (Politiker Västra Götaland)

I dokumenten finns en omfattande uppsättning av indikatorer och de kan indelas i de tre grupperna: medicinska, organisatoriska och patientorienterade. Avseende de medicinska indikatorerna vill vi speciellt nämna kraven som finns på hur arbetsprocesserna internt ska styras, t ex ackreditering av vårdcentralernas laboratorier i Västra Götaland. I Halland finns t ex krav på vårdcentralernas deltagande i nationella diabetesregistret. Organisatoriska indikatorer kan handla om hur väl vårdcentralen samarbetar med andra sjukvårdsenheter i regionen. Patientorienterade indikatorer handlar främst om bemötande och delaktighet. Resultaten från mätningarna används vid utvärdering av vårdcentralernas arbete som kan ske via besök av förvaltningens tjänstemän med åtföljande diskussioner om utfall. Vad gäller resultaten från patientorienterade indikatorer förväntas också medborgarna bli delaktiga i utvärderingen genom att de använder informationen för val.

Det är framförallt två källor som används vid konstruktionen av patientorienterade indikatorer. Båda regionerna använder statistik som finns insamlad inom ramen för vårdgarantin hos Sveriges kommuner och landsting (SKL) (Hanning, 2005). I dess nuvarande form kan den beskrivas enligt formeln 0-7-

90-90 som föreskriver att patienten ska få kontakt med vårdcentralen samma dag, få ett besök inom 7 dagar, få ett besök inom specialistvården inom 90 dagar samt att få en behandling inom ytterligare 90 dagar. I Västra Götaland följdes tillgänglighet upp som telefontillgänglighet – i hur hög utsträckning en patient får kontakt med sin vårdcentral samma dag. I Halland följdes tillgänglighet upp som i vilken utsträckning som patienterna kunde besöka vårdcentralen inom 7 dagar. Den andra är statistik från den nationella patientenkäten (Institutet för kvalitetsindikatorer, 2009) som bl a visar hur väl vårdcentralen svarar upp mot kraven på ett gott bemötande och att patienten är delaktig i sin behandling. Resultaten från de senare mätningarna publiceras också på regionernas och landstingens portaler som är möjliga att nå för medborgarna och på riksnivå via portalen 1177.se som drivs av SKL. Västra Götaland avsåg att använda resultat från patientenkäten för att mäta bemötandet medan Halland inte avsåg att göra det.

De krav som politikerna sätter upp i dokumentet gör att vårdcentralerna skiljer sig från varandra avseende mätresultat men utesluter inte att vårdcentralerna själva profilerar sig. En politiker i Halland beskriver en sådan profilering på följande sätt:

”Inte minst konkurrensen har gjort att man måste tänka nytt på den offentliga sidan men det har även kommit privata centraler som har kommit med lite innovativa saker. Alltså söndagsöppet – vi har centraler som lägger sig i ett område där folk åker sju på morgonen och kommer hem sju på kvällen – vad gör de? Ja de öppnar tidsbeställning på söndagar och helt plötsligt så får de lista på sig en massa patienter.” (Politiker Halland)

Det finns också en potentiellt problematisk sida av vårdcentralernas möjlighet att profilera sig. En politiker i Västra Götaland beskriver det så här:

”Vad gör vi om – hur hanterar vi en ansökan om att få starta en muslimsk vårdcentral – ja då går alla fördomar igång i huvudet på en. Är den tillgänglig för alla – ja de har ju skyldighet att ta patienter som söker sig dit.” (Politiker Västra Götaland)

Analys

Ackreditering – en parallell till franchising.

Den fråga vi utgår från är hur kunden konstitueras inom ramen för den kundvalsmodell som har införts inom primärvården. Processen av ackreditering som den beskrivs i dokumenten har legat till grund för beskrivningen av hur en kund konstitueras i vårdvalet i två regioner. Vi menar att det finns paralleller mellan ackreditering och den modell av franchising som Ritzer beskrev med utgångspunkt från McD. Nedan analyserar vi hur olika delar av kundvalsmodellen som den framträder i dokumenten bidrar till att konstituera en kund.

Etableringen av en McVårdcentral

Ritzer pekade på att rationaliseringen av den primära sjukvården i USA tenderade att skapa McDoctors med ett standardiserat utbud av service och en motsvarighet i Sverige skulle kunna vara McVårdcentraler. En fråga är om ackrediteringen kan bidra till att vi får McVårdcentraler med ett relativt standardiserat utbud av service även i Sverige.

Inom den svenska hälso- och sjukvården finns paralleller till den idé om franchising som förs fram av Ritzer. Saltman (1992) pekade på att det redan under 1960-talet fanns målsättningar om att primärvården skulle bestå av enhetliga vårdcentraler spridda över hela landet. Den ambitionen kan ses som förenlig med hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) vars portalparagraf säger att alla medborgare har rätt till en likvärdig vård. Lagen är också en viktig utgångspunkt för de uppdrag och åtaganden som politikerna i Västra Götaland respektive Halland specificerar i dokumenten.

Ett förenklat och förtydligt utbud

Lagar och regler är dock inte så entydiga så att de på en nationell nivå specificerar vilket utbud en vårdcentral ska ha. Ackreditering ger därmed politiker i regioner och landsting en möjlighet att tydliggöra vad som menas med en vårdcentral – alltså att mer i detalj specificera innehållet i den service som ska erbjudas. Ett sätt är att utveckla minimikrav för ackreditering som specificeras i dokumenten. Ett område där sådana krav utformas rör vilka specialiteter som ska finnas tillgängliga på en vårdcentral. En skillnad mellan regionerna är att Halland använder sig av få krav medan Västra Götaland använder sig av fler regler om vilka specialiteter som ska finnas tillgängliga.

En specificering av ett visst utbud av specialiteter i dokumenten för ackreditering innebär inte nödvändigtvis att vårdcentralen blir tydligare för kunden. Region Halland har istället valt att som ett valstöd publicera på sin portal vilka specialiteter som olika vårdcentraler faktiskt kan erbjuda medborgaren. Hallands tabell liknar på sätt och vis de menyer som möter den kund som kliver in i en McD restaurang. Tabellen blir också en signal till alla vårdcentraler om vilka specialiteter som politikerna vill se tillgängliga för medborgaren. Konkurrensen kan därmed förväntas bidra till ett mer enhetligt utbud av service. När det gäller Västra Götaland är det svårt för medborgaren att ta del av vilka specialiteter som en vårdcentral förväntas ha.

Det finns också andra problem med att tydliggöra utbudet. En fråga som är aktuell i båda regionerna är hur primärvården tydliggörs i förhållande till den akutsjukvård som drivs av sjukhus. En avgränsning som görs är att akut sjukvård som inte fordrar sjukhusvård i båda regionerna ska skötas av primärvårdsakuter. Det verkar dock vara svårt att tydliggöra detta för medborgarna. Halland verkar bygga principen om en dörr som ingång till all vård utom den akuta vård och den specialistvård som anses behöva ske på sjukhus och den vård som har kommunerna som huvudman. Frågan är hur den dörren kan göras tydligare.

En rationalisering av vårdprocessen

För Ritzer innebär franchising att rationalisera den process i vilken servicen levereras. Nya rationellare arbetssätt kan inordnas i konceptet och kan därmed spridas via exempelvis en ackreditering. Ett exempel är Socialstyrelsens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som föreskrivs vid ackrediteringen men som regioner och landsting kan utforma på eget vis. Syftet är att göra vårdens processer effektivare men också mer förutsägbara och säkra vilket är i enlighet med konceptet McD. Ackreditering av vårdcentralernas laboratorier i Västra Götaland och att Hallands diabetiker ska anmälas till det nationella diabetesregistret kan relateras till denna strävan.

Ritzer pekade också på att kvantifiering och mekanisering är viktiga delar av denna process av rationalisering och det handlar inte minst om att styra kunden. Ett exempel är vårdgarantin som kan tolkas som att man från politiskt håll egentligen inte accepterar några köer i primärvården och endast begränsade sådana i specialistvården. Formeln är intressant på flera sätt. Ett är att den bygger på en kvantifiering av en kvalitet som bemötande och gör den lätt att följa upp och jämföra. Den leder också indirekt tankarna till ett löpande band särskilt när den kopplas till en telefontjänst av typen återuppringning. Efter att ha ringt sin vårdcentral inordnas patienten i en kö till vårdcentralen och till en behandling där enligt formeln 0-7-90-90. Här finns likheter med kön till McD restaurangen.

Ett ytterligare exempel är socialstyrelsens nationella riktlinjer för behandling av vissa för primärvården viktiga diagnoser som diabetes, astma/kol och depression (Socialstyrelsen, 2010). Här finns det utarbetade riktlinjer för hur den detaljerade behandlingen av patienter ska gå till. Dessa riktlinjer kan på olika sätt inordnas i processen av ackreditering och bidra till att standardisera den process i vilken patienten tas om hand. Ett viktigt syfte för Socialstyrelsen bakom att utveckla nationella riktlinjer var också att få en likformig hantering av en viss diagnos över landet (Borgenhammar & Fallberg, 1997).

Utformningen av McVårdcentraler sker som sagt dock inom regioner och landsting och inte på nationell nivå. Det antyder att man skulle kunna få en likriktning inom men med mer eller mindre stora variationer mellan landsting och regioner. Det finns dock argument för att det sker en utjämning nationellt. Ett skäl är att det är nationella aktörer som Socialstyrelsen och SKL som bistår med anvisningar, regler och indikatorer som plockas in av enskilda regioner och landsting. Det krävs också ofta stora investeringar i utvecklingen av t ex kvalitetsindikatorer vilket motiverar att detta sker på nationell nivå. Nationella jämförelser mellan vårdcentraler i fältet bidrar också till likformighet på sikt. De nationella aktörer som driver utvecklingen av vårdcentraler (t ex Carema och Praktikertjänst) kan också arbeta fram likartade regler för de vårdcentraler som drivs i deras namn. En nationell aktör som Praktikertjänst har ett centralt kansli som arbetar med en standardisering av egna vårdcentraler men de ger samtidigt också ett utrymme för entreprenörskap.

Det sammanfattande intrycket är att det finns en lång tradition som handlar om att göra vårdcentralerna tydliga. McD är ett redskap för politiker att förtydliga vårdcentralen. Samtidigt finns det mycket kvar att göra för att skapa tydlighet i utbudet och att rationalisera processerna. Det sker mycket arbete med att

tydliggöra utbudet och göra det säkert och förutsägbart för medborgaren och det är möjligt att se konturerna av en McVårdcentral. Samtidigt lär primärvården hantera mer än 600 diagnoser. Ackrediteringen bidrar alltså till att tydliggöra enheter i sjukvården som benämns vårdcentraler. Det är dock inte helt klarlagt vad som kommer att vara centralt standardiserat och vilket utrymme som lämnas åt det som är unikt för varje vårdcentral.

Specifisering av konkurrens – om att göra jämförelser av McVårdcentraler möjliga

Franchising bygger alltså på en förenkling och tydliggörande av en service som är i stort sett gemensam för alla enheter. I det koncept för franchising som Ritzer beskriver ges dock entreprenörskap, olikhet och konkurrens också en viktig funktion och dessa är också centrala inom kundvalsmodellen. Utgångspunkten är dock att de grundläggande kraven på utbud och process är låsta som vi beskrev i föregående avsnitt och att det därmed rör sig om en konkurrens på marginalen (Berlin, 2006).

I Ritzers beskrivning av McD finns det ett val mellan restauranger och då kan McD vara ett alternativ som det gäller att göra tydligt. Det finns också ibland ett val att göra mellan olika McD restauranger på samma ort och det gäller främst geografiskt läge och öppettider. Motsvarande val är relevanta för McVårdcentralen i kundvalsmodellen. Det finns från politikernas sida en vilja att just geografisk placering och öppettider ska vara faktorer som differentierar och som därmed medger kundval. I LOV och dess tillämpning i vårdvalet är just etableringsfriheten en av hörnstenarna vilket onekligen antyder att konkurrens baserad på geografisk placering och öppettider är viktiga för vårdcentralerna.

Det finns dock också andra sätt som ackreditering bidrar till att skapa skillnader mellan McVårdcentraler. Dokumenten för ackreditering innehåller regler för utvärdering i form av kvalitetsindikatorer om t ex bemötande, tillgänglighet och delaktighet som mäter och skapar skillnader mellan olika McVårdcentraler. Det är alltså politikerna som skapar valsituationer och styr upp kriterierna för valet efter politiska mål. De skapade skillnaderna leder till en konkurrens mellan vårdcentraler och det rör det sig om en kvantifiering av det som kallas kvalitet. Resultaten från mätningar av kvalitetskriterier publiceras på portaler nationellt och hos landsting och regioner. De blir på så sätt tillgängliga för allmänheten.

I Ritzers beskrivning av McD finns det också ett val mellan standardiserade maträtter att göra inom själva restaurangen. Motsvarande valfrihet finns inte i de två regionerna utan valet gäller vårdcentralen i sig. Det utesluter inte att en enskild vårdcentral ordnar val t ex mellan de olika läkare och sköterskor som finns tillgängliga. Vårdcentralerna kan också hitta på egna sätt att konkurrera t ex att ha en muslimsk inriktning eller vara speciellt riktad mot äldre eller yngre för att generera kunder. Dessa sätt ligger dock utanför den process av rationalisering som ackrediteringen kan tänkas bidra med. Politikerna uttrycker också en viss tveksamhet mot en sådan profilering.

En viktig aspekt av ackrediteringen är sammanfattningsvis att de bidrar till att skapa av politiker genererade skillnader mellan McVårdcentraler samtidigt som

det skapar ett utrymme för medborgarens val. Sådana skillnader bidrar till valfrihet och är basala vid konstitueringen av medborgaren som en kund som är användbar vid rationalisering.

Att frigöra medborgaren och göra den flyttbar

Ritzer har inte så mycket att säga om kunden i sig – en sådan tas för given. Kunden är fristående och det handlar om att knyta denna till konceptet och göra den produktiv. Medborgarens fristående position är dock inte självklar inom sjukvården, bl a beroende på att en tredje part står för finansieringen. Inom sjukvården var begreppet kund före 1990 ovanligt (Nordgren, 2003). Patienten har traditionellt snarast setts som en integrerad del av sjukvården (Borgenhammar & Fallberg, 1997). För att en kundvalsmodell ska kunna realiserats måste medborgaren frigöras från förvaltningens grepp och inordnas i det nya konceptet. Betalningsförmåga (att pengarna följer medborgaren) är ett verktyg för att frigöra medborgaren. De två regioner som ingår i den här studien använder kapitering för detta ändamål. Kapitering blir ett viktigt styrmedel eftersom det är ett fast belopp som följer den medborgare som listar sig. För en McVårdcentral blir medborgaren någon som kommer med en påse pengar.

Frigörandet av medborgaren kan också specificeras på andra sätt än via betalningsströmmar. I dokumenten för ackreditering för de två regionerna finns ett avsnitt som specificerar medborgarens valmöjligheter på marknadsplatsen. I Halland får maximalt fyra val per år göras medan Västra Götaland inte har några begränsningar i antalet val. En vårdcentral får inte tacka nej utan måste alltid ta emot en medborgare som söker. Enligt en av de intervjuade är detta också en princip som man arbetar hårt med att upprätthålla. Dokumentet bidrar på så vis till att medborgaren frigörs och blir flyttbar i fysisk mening mellan vårdcentraler inom ramen för konceptet. Ett frigörande av medborgaren betyder att en vårdcentral riskerar att tappa medborgare vilket snabbt kan bli ekonomiskt kännbart och leda till en ond cirkel. Det innebär att frigörandet i sig är ett viktigt styrmedel eftersom vårdcentralerna blir lyhörda för de skillnader i kvalitet som påvisas av indikatorerna och som är tillgängliga för medborgarna.

5.5 Att göra medborgaren produktiv

Ritzer för fram idén om att McD använder sig av patientens arbetskraft och frågan är hur denna ska tas tillvara. En grundläggande egenskap hos kundvalsmodellen är att politikerna förväntas lämna över en del av ansvaret för kvalitetsvärdering av vårdcentralerna till medborgarna. Medborgarna görs till en produktiv enhet inom modellen då den förutsätts välja en vårdcentral med bra kvalitet framför en med dålig kvalitet. En förutsättning är att kvalitet definieras utifrån politiska mål som i våra fall mäts med hjälp av kvalitetsindikatorer vars resultat publiceras. Medborgarens potentiella rörlighet i kombination med de kvalitetskillnader som indikatorerna genererar gör att vårdcentralerna tycks reagera med att vidta kvalitetshöjande åtgärder för att inte riskera att förlora sina listade medborgare.

Arbetet med att göra medborgaren produktiv tar sig också andra uttryck. Ett sätt är att definiera målsättningen om ett hälsofrämjande förhållningssätt vilket Västra Götaland (2009) gör i sitt dokument. En styrning mot ett sådant förhållningssätt förstärks med finansieringen via kapitering i kombination med att vårdcentralen inte får neka en medborgare tillträde. Eftersom varje medborgare genererar ett i förväg fastställt belopp skapar det incitament för vårdcentralen att försöka lista medborgare men undvika besök. Det gäller också att få patienten att ta ett större ansvar för sin egen vård. Det är däremot inte möjligt för vårdcentralerna att skapa köer eftersom dessa mäts och avslöjas via kvalitetsindikatorerna och genom att resultaten publiceras.

En variant på detta tema uttrycktes av en politiker som menade att medborgarens aktiva val kunde likställas med ett kontrakt mellan medborgaren och den valda vårdcentralen. Ett kontrakt leder tanken till att det skapas ett ömsesidigt åtagande. I och med att en medborgare gör ett aktivt val av en vårdcentral förväntas patienten också göra ett åtagande som sträcker sig längre än till betalningen och där egenvård kan vara en del. Det kan ses som ett exempel på det nya kontraktssamhället (Åkerström-Andersen, 2003). Han ger ett exempel där samhället till och med skriver kontrakt med patienten att denna inte ska begå självmord för att i gengäld få viss behandling. Ett aktivt val av vårdcentral skulle därmed kunna tolkas som att medborgaren tar ett visst mer eller mindre specificerat ansvar för sin egen hälsa.

Ritzer menade också att olika teknologier används för att göra patienten produktiv. Olika program för att exempelvis sluta röka och att börja banta lanseras av vårdcentraler. Ett exempel är konceptet Fysisk aktivitet på Recept (FAR) som används inom primärvården. Det är vissa träningsformer som föreskrivs och patienten förväntas inordna sig inom ramen för dessa. Olika teknologier utvecklas också för att patienter med kroniska sjukdomar ska kunna ta hand om delar av sin behandling själva. Ett exempel är blodsockermätare för patienter med diabetes som tidigare nämnts (Mol, 2011). Ett annat sätt är att begränsa vården av patienter med kroniska sjukdomar är att ransonera kontakterna med sjukvården i enlighet med nationella riktlinjer – t ex för diabetesvården (Socialstyrelsen, 2010) och därmed utveckla egenvård.

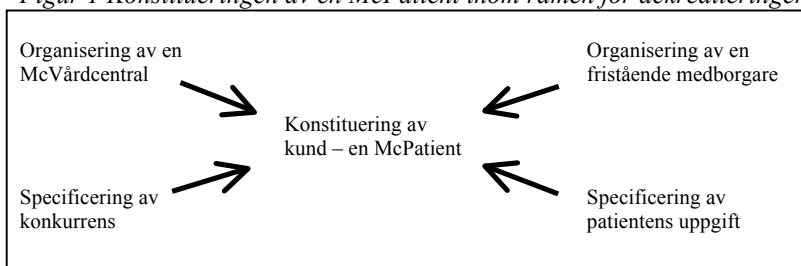
Slutsatser – konstitueringen av en McPatient

Den fråga som vi ställde i inledningen av det här papperet var hur en kund konstitueras i det vårdval som har införts inom primärvården. I figur 1 beskriver vi hur kunden konstitueras i den process av ackreditering som föreskrivs i de studerade dokumenten.

Vi ser dokumentet för ackreditering som centralt för organiseringen av en kund i en kundvalsmodell. Vi har visat hur ett antal procedurer mobiliseras via dokumenten för ackreditering vid konstitueringen av en kund – en McPatient. Ritzer (1998) pekade på att det skapades McJobs inom ramen för konceptet och eftersom kunden gör en del av arbetet är det rimligt att det också kan skapas en McPatient i sjukvården. Procedurerna för att skapa en McPatient handlar om tydliggörande av utbud och vårdprocesser i en McVårdcentral, skapandet av

skillnader mellan McVårdcentraler, frigörandet av medborgaren via vårdpeng och forskrifter och att göra patienten produktiv. Den McPatient som dokumentet för ackreditering bidrar till att skapa kan ses som en från medborgaren fristående aktör.

Figur 1 Konstitueringen av en McPatient inom ramen för ackrediteringen.



Studien bidrar till en diskussion om politisk styrning via medborgarens reglerade val (Rose, 1993). Det rör sig om en modell för styrning som bygger på att politikerna försöker reglera de val som en medborgare gör på en marknad. Dokumenten för ackreditering kan ses som just reglering av val genom att de bidrar till att skapa en fristående McPatient. En sådan McPatient bildar en produktiv enhet i styrningen av sjukvården i riktning mot rationalisering det vill säga en kvalitativt bättre sjukvård till en lägre kostnad. En verklig medborgare behöver naturligtvis inte inordna sig i denna styrning och hur det egentliga valet går till ligger bortom syftet med den här studien. I studien går vi alltså bort från en syn på medborgaren som en aktör till en syn där medborgaren snarare ses som ett objekt som tilldelas en viss position i ett koncept för styrning och rationalisering av sjukvården.

Den beskrivning vi gör av organiseringen av en McPatient skiljer sig därmed från många tidigare studier av medborgaren som kund. I dessa ses i allmänhet medborgaren som en aktör eller kund vars möjligheter och förmåga att kalkylera är omdiskuterad. I den här studien betonar vi istället den reglerade valfriheten där regleringen innebär en omfattande organisering av en kund. Den McPatient som konstitueras med hjälp av dokumentet kan också sägas agera delvis oberoende av medborgaren. Vårdcentraler reagerar exempelvis på de skillnader som manifesteras i olika indikatorer för kvalitet i dokumenten för ackreditering även om medborgarna inte gör ett aktivt val av vårdcentral. För vårdcentralen finns det alltid en potentiell risk för att en listad medborgare väljer bort en vårdcentral om indikatorerna visar dåliga värden. Politikerna skriver in en McPatient i dokumenten som sedan får ett eget liv på marknaden.

Vi har huvudsakligen använt oss av Ritzers idé om en pågående McDonaldisering av samhället i vår analys. Det är en modell som används av oss för att förstå hur medborgaren konstitueras som kund i sjukvården. Vi ser McD som en pågående process utan slutpunkt som knyter an till den strävan efter rationalisering som finns inom sjukvården. Det innebär att sjukvården kan tänkas få sin egen speciella karaktär av McD men det kan komma att ta tid.

Utvecklingen av en McPatient innebär en omfattande standardisering av medborgarnas önskemål. Det kan vara effektivt men ett potentiellt problem är de patienter som faller utanför ramen för en McPatient – t ex äldre multisjuka. Konstitueringen av en McPatient kan bli en utmaning mot ett synsätt i svensk sjukvård som bygger på att de mest sjuka ska få vård först.

Studien har ett fokus på den politiskt betingade regleringen av medborgarens val. Det innebär att vi inte studerar hur medborgare faktiskt gör sina val. Det är viktigt att vidare studera aktuella och reella val men vårt argument är att organiseringen och konstitueringen av en McPatient kan ha en betydelse för hur valfriheten utvecklas till ett instrument för rationalisering.

Tack

Författarna vill framföra ett tack till Handelsbankens forskningsstiftelser som har finansierat projektet.

Referenser

- Ahgren, Bengt (2010) 'Competition and integration in Swedish health care', *Health Policy*, 96 (2): 91-97.
- Anell, Anders (2009) Vårdval i primärvården. Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner, Skriftserie 2009:1, Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds Universitet, Lund.
- Anell, Anders (2011) 'Choice and privatisation in Swedish primary care', *Health Economics, Policy and Law*, 6: 549-569.
- Berlin, Johan (2006) Beställarstyrning av hälso- och sjukvård: Om människor, marginaler och miljoner, Göteborgs universitet, Förvaltningshögskolans avhandlingsserie, Volym 18, Göteborg.
- Borgenhammar, Edgar & Lars Fallberg (1997) Våga vara vårdkonsument, SNS Förlag, Stockholm.
- Brunsson, Nils (1991) 'Politisering och företagisering – om institutionell förankring och förvirring i organisationernas värld', in Arvidsson, Göran & Rolf Lind (eds), *Ledning av företag och förvaltningar*, SNS förlag, Stockholm.
- Caldwell, Nigel, Walker, Helen, Harland, Christine, Knight, Louise, Zheng, Jurong & Tim Wakeley (2005) 'Promoting competitive markets: The role of public procurement', *Journal of Purchasing & Supply Management*, 11: 242-251.
- Challis, Linda, Day, Patricia, Klein, Rudolf & Ellie Scrivens (1994) 'Managing Quasi-markets: Institutions of regulation', in Bartlett, Will, Propper, Carol, Wilson, Deborah & Julian Le Grand (eds), *Quasi-markets in the Welfare state. The emerging findings*, SAUS Publications, Bristol, UK.
- Clark, John (2007) 'It's not like shopping': Citizens consumers and the reform of public services', in Bevir, Mark & Frank Trentmann (eds), *Governance, consumers and citizens. Agency and resistance in contemporary politics*, Palgrave MacMillan, Houndmills, Basingstoke, Hampshire.

- Donahue, John (1989) *The privatization decision: public ends, private means*, Basic Books, New York, New Jersey
- Du Gay, Paul & Graeme Salaman (1992) 'The (cult)ure of the customer', *Journal of Management Studies*, 29 (5): 561-691.
- Forssell, Anders & David Jansson (2000) *Idéer som fångslar: Recept för en of-fentlig reformation*, Liber ekonomi, Malmö.
- Fotaki, Marianna, Roland, Martin, Boyd, Alan, McDonald, Ruth, Scheaff, Rod & Liz Smith (2008) 'What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications', *Journal of Health Services Research & Policy*, 13 (3): 178-184.
- Friedman, Milton & Rose Friedman (1980) *Free to choose: a personal statement*, Secker & Warburg, London, UK.
- Greener, Ian, (2007) 'Are the assumptions underlying patients choice realistic?: A review of the evidence', *British Medical Bulletin*, 83 (1): 249-258
- Halland (2009) *Vårdval Halland. Modellbeskrivning 2009*. Landstinget Halland, tillgängligt på: <http://www.valfrihetswebben.se> (hämtad 15 december 2009)
- Hanning, Marianne (2005) *Maximum waiting-time guarantee – a remedy to long waiting lists. Assessment of the Swedish waiting-time guarantee policy*, Uppsala Universitet, Uppsala.
- Hood, Christopher (2000) *The art of the state*, Oxford University Press, Oxford, UK.
- Institutet för kvalitetsindikatorer (2009) *Nationell patientenkät primärvård*, tillgängligt på: <http://www.indikator.org/publik/default.aspx> (hämtad 15 december 2009)
- Kastberg, Gustaf, (2005) *Kundvalsmodeller. En studie av marknadsskapare och skapade marknader i kommuner och landsting*, Göteborgs Universitet, Förvaltningshögskolan, Göteborg
- Le Grand, Julian (2007) *The other invisible hand. Delivering public services through choice and competition*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey.
- Mol, Annemarie (2011) *Omsorgens logik. Aktiva patienter och valfrihetens gränser*, Arkiv förlag, Lund.
- Needham Catherine (2003) *Citizen-consumers. New Labour's marketplace democracy*, The Catalysts Forum, London, UK.
- Nordgren, Lars (2003) *Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position*, Lund Business Press. Lund Studies in Economics and Management nr 77, Lund.
- Nordgren, Lars (2010) 'Most empty words – what the discourse of "choice" in health care does', *Journal of Health Organization and Management*, 24 (2): 109-126.
- Norén, Lars (2003) *Valfrihet till varje pris. Om design av kundvalsmarknader inom skola och omsorg*, BAS, Göteborg.
- Normann, Richard (1983) *Service management*, Liber förlag, Malmö.
- Petersson, Olof (1991) *Makt. En sammanfattning av maktutredningen*, Allmänna förlaget, Stockholm.

- Potter, Jenny (1988) 'Consumerism and the public sector: How well does the coat fit?', *Public Administration*, 66 (2): 149-164.
- Ranerup, Agneta. (2008) 'In what ways does web technology support the individual in choice reforms in healthcare? A comparison among Norway, Denmark, and Sweden', *International Journal of Healthcare Information Systems and Informatics*, 3 (2): 48-68.
- Regeringens proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården, tillgängligt på: <http://www.riksdagen.se> (hämtad 8 mars 2010)
- Ritzer, George (1996) *The McDonaldization of society*, Pine Forge Press, Thousand Oaks, California.
- Ritzer, George (1998) *The McDonaldization thesis*, Sage publications, London, UK.
- Robinson, James (2001) 'Theory and practice in the design of physician payment incentives', *The Milbank Quarterly*, 79 (2): 149-177.
- Rose, Nicholas (1993) 'Government, authority and expertise in advanced liberalism', *Economy and Society*, 22 (3): 283-300.
- Saltman, Richard (1992) *Patientmakt över vården*, SNS förlag, Stockholm.
- Saltman, Richard (1994) 'Patient choice and patient empowerment in Northern European health systems: a conceptual framework', *International Journal of Health Services*, 24 (2): 201-229.
- SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag, tillgänglig på: <http://www.riksdagen.se> (hämtad 13/5 2010).
- SFS 2008:962 Lag för valfrihetssystem (LOV), tillgänglig på: <http://www.riksdagen.se> (hämtad 13/5 2010).
- Socialstyrelsen (2005). SoSFS 2005:12 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010. Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Vårdval Halland (2011), tillgänglig på: <http://www.regionhalland.se/sv/vard-halsa/regler-och-rattigheter/vardval-halland/jamforvardenheter> (hämtad 9 september 2011).
- Västra Götaland (2009) *Krav och kvalitetsbok*. Västra Götalandsregionen, tillgänglig på: <http://www.valfrihetswebben.se> (hämtad 15 december 2009).
- Åkerström Andersen, Niels (2003) *Borgerens kontraktliggörelse*, Hans Reitzels Forlag, Köpenhamn.