

Stockholm, 1992). Författaren är chef för Division of Health Policy and Management vid Emory University School of Public Health, Atlanta, USA men har ägnat mycket av sin forskning åt europeisk sjukvård samt författat och medverkat i ett antal böcker rörande den svenska sjukvården de senaste åren. Bokens ämne är högintressant, inte minst eftersom det för närvarande pågår mer eller mindre övergripande reformer inom många europeiska och transatlantiska sjukvårdssystem. I det perspektivet är det särskilt viktigt att analysera vilka mål som eftersträvas och vilka implikationer vidtagna åtgärder har.

Saltmans syfte är att utreda vad valfrihet, patientmakt och patientinflytande i vården innebär. Han inleder med en översikt av patienternas valmöjligheter idag (och med i förekommande fall i morgon om reformer kan antas förändra den nuvarande situationen) i sex väst- och nord-europeiska länder samt Sverige. Av de utvalda länderna har ungefär hälften offentligt organiserad och finansierad sjukvård, medan de övriga bygger på någon form av sjukförsäkringssystem. Eftersom det rör sig om tredjepartsfinansiering i båda fallen uppkommer problem med kostnadskontroll, då varken läkaren (producenten) eller patienten (konsumenten) har incitament att bromsa kostnaden.

Saltman definierar patientmakt både som inflytande över den vård individen erhåller och som kontroll över kostnaderna. Tyvärr behandlar boken endast det förstnämnda och bortser från vad tredjepartsfinansiering innebär för kostnadskontroll. Den europeiska översikten koncentrerar sig på möjligheten att välja vårdgivare och läkare samt på patienternas, i egenskap av skattebetalare/försäkringstagare, möjligheter att påverka sjuk-

## ***Richard B Saltman:***

### **Patientmakt över vården**

I SNS serie "Den svenska sjukvården" har utkommit en bok om patienternas ställning inom sjukvården, *Patientmakt över vården* av Richard B Saltman (i översättning av Stellan Wijkström; SNS Förlag,

<sup>4</sup> Det är givetvis möjligt att strukturanalyser för övriga i gruppen med de 6-7 rikaste länderna i OECD skulle ge liknande resultat som för Sverige; komparativa studier saknas.

vårdskostnaderna. Med den europeiska översikten i bakhuvudet diskuterar författaren problemen med kontraktbaserade modeller (se nedan) i sjukvården som i Sverige prövas bla i Dalarna och Stockholm. Därefter behandlas innebörden av patientmakt, hur patientmakt uppnås, vilka vårdpolitiska lärdomar som kan dras samt tillämpningar på nuvarande svenska förhållanden.

### *Organisation av sjukvårdssystem*

Kraven på hälso- och sjukvårdssystem har ökat i takt med medicinsk-tekniska och behandlingsmetodologiska framsteg. Patienter har samtidigt kommit att efterfråga ett allt större inflytande över den vård de erhåller.

Med ökade krav på hälso- och sjukvårdssystemet kommer också behovet av en förändrad organisation. I USA har viken av kontraktrelationer, och därmed en förmodad ökad konkurrens, betonats som en lösning på stigande sjukvårdskostnader. Också i Sverige har politiker och administratörer försökt hitta en budgeteringsmodell som i stället för som tidigare utgå från sk resursbehov nu skall utgå från produktionsresultat. Köp-säljrelationer mellan tex primärvårdscentraler och sjukhus skall öka kostnadsmedvetandet, stimulera till bättre resursutnyttjande och därmed ge en effektivare vård.

Saltman kritiserar dagens sjukvårdsreformer för att de genom sin betoning av kontraktrelationer kommer att skapa stelheter i vårdorganisationen som minskar de enskilda patienternas valmöjligheter. Analysen har sin utgångspunkt i något som skulle kunna tolkas som en makttriangel. Enligt Saltman tycks den ha en bestämd storlek med given mängd inflytande som skall fördelas. Makttriangelns sidor utgörs av läkaren, patienten och administratören. Det inflytande som tex patienten vinner måste alltså tas från antingen läkaren eller administratören.

Kontraktmodellen införs för att stärka

kontrollen över kostnaderna. Ett syfte som anförts är att administratörerna skall sluta kontrakt med billigare och/eller effektivare läkare och sjukhus och därmed ökas sjukvårdsproduktionen för en given mängd pengar, enligt Saltman. Ett annat syfte är att starkare administrativ styrning kommer att skapa flexibla läkare som aktivt letar efter sparmöjligheter i verksamheten. I båda fallen sker en maktförskjutning från läkare/sjuksköterskor till administratörer, men ingetdera främjar patientens möjlighet att påverka. Saltman är tveksam till att ge administratörerna en förstärkt maktposition med tanke på att de i motsats till läkarkåren saknar formulerad yrkesetik. I en kontraktbaserad modell läggs ett stort ansvar på administratörerna att rätt kunna väga samman patientbehoven till ett lämpligt sjukvårdsutbud.

I Storbritannien avlönas administratörerna på "prestationsbasis" vilket leder till att det som inte direkt syns i redovisningen, patientmedverkan i beslutsfattandet exempelvis, blir mindre intressant att ta sig an i jakten på minskade kostnader, hävdar Saltman. Risken, menar han, är att "hänsynen till kostnader och effektivitet tar överhanden över omsorgen om vårdens kvalitet och kontinuitet" (s 41). Saltman vänder sig också mot betoningen av "privatisering som ett administrativt lösenord" (s 46). Detta leder bara till ett minskat offentligt inflytande (d vs kollektiv patientmakt) över läkare och sjuksköterskor. I det här fallet förlorar patienterna makt till den tredje parten i triangeln, läkarna.

### *Patientval*

Boken genomsyras av tron på den bemyndigade patienten, dock kanske inte så mycket i formen av "rational economic man", utan fastmer som en individ med möjligheter att ta till sig relevant information och utifrån denna kapabel att fatta beslut. Saltman förespråkar inte fullstän-

dig information om olika medicinska processer, snarare en kort redogörelse för tex förväntade resultat av de till buds stående medlen och kanske tidigare patienters erfarenheter av olika behandlingsalternativ för den aktuella sjukdomen. Författaren hänvisar i ett konkret exempel till en undersökning i USA som visade att då en grupp män med prostatabesvär informerats med hjälp av ett videoband om en operations för- och nackdelar, risker och resultat, valde 90 procent av de äldre männen att avstå från ingepp och att i stället se tiden an. Samtidigt som de potentiella patienterna fick möjlighet att välja och alltså gavs inflytande över sin situation, så ledde även det minskade antalet operationer till reducerade sjukvårdskostnader.

Hur skall då patienternas makt och inflytande kunna ökas? Saltman pekar på att det på flera håll pågår försök att öka patientinflytandet. Som exempel kan nämnas förlossningsvården i Stockholms landsting där kvinnorna fick möjlighet att välja BB-avdelning. Ungefär 15 procent valde ett annat sjukhus än det de "geografiskt" tillhörde. Eftersom resurser motsvarande en normalförlossning följde med kvinnan kom omfördelningen att leda till en förändring i organisation och rutiner på nästan alla sjukhus i landstinget.

Ofta påtalas patienternas begränsade villighet och/eller förmåga att välja som ett argument mot patientval och för administrativ styrning. Saltman delar grovt in dessa sk modifierande faktorer i två grupper: primära och sekundära faktorer. De primära utgörs av vårdsystemets struktur och vad det finns för alternativ. Möjligheterna påverkas av faktorer som sjukvårdens uppbyggnad och finansiering, men också typ av vård som söks (akut eller elektiv) och vilka accepterade behandlingsalternativ som finns. Sekundära modifierande faktorer kan i sin tur delas in i sociala, psykologiska samt demografiska faktorer. Det är inte orimligt att anta att

en individs val påverkas av utbildning, yrke, socialgrupp, religiös tillhörighet (sociala faktorer); mental inställning, barndomserfarenheter och vanor (psykologiska faktorer); eller bosättning på landsbygden eller i staden, folkgrupps- eller rastillhörighet, ålder, kön (demografiska faktorer).

Saltmans systematisering av dessa faktorer är särskilt förtjänstfull eftersom många av dem enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen skall neutraliseras så långt det är möjligt. Han noterar också att marknadsföringsteori visat att det ofta räcker med att en mindre grupp ändrar sitt beteende eller efterfrågan av en viss vara för att den som utbjuder varan skall reagera och anpassa sig efter dessa önskemål. Överfört på sjukvården innebär detta att beslutsfattarens intresse i hög grad bör riktas mot vad den marginelle patienten väljer. Vidare påpekar Saltman behovet av ytterligare forskning kring dessa primära och sekundära faktorer för att kartlägga patienters villighet och/eller förmåga att välja i en särskild vårdssituation.

En genomgående tanke i boken är att patientval inte behöver bli dyrt. Det handlar i stället om att patientpreferenser måste vara den adekvata resursallokeringsmekanismen. Därmed inte sagt att patientmakt i sig är ett mål för sjukvården, utan måste relateras till institutionella och organisatoriska frågeställningar, enligt Saltman. Problemet med denna syn är att individen i egenskap av patient efterfrågar vård tills marginalnyttan är näronull eftersom avgiften är låg och kostnaden bärs av alla skattebetalare tillsammans. Saltman belyser endast en sida av saken, nämligen att en (upplöst) patient inte med säkerhet gör samma vårdval som en administratör eller en läkare. Den andra sidan, dels sjukvårdens totala kostnadsramar, dels prioritering mellan olika vårdbehov lämnar han utan vidare kommentar.

Vilka förslag ger då Saltman för framtiden?

dens vård med ökat patientinflytande? En åtgärd skulle kunna vara inrättandet av en intermediär institution eller ett "sjukvårdens användarinstitut". Essensen är att behålla ett i huvudsak offentligdrivet system med kompletterande privata vårdgivare där det skall finnas utrymme för individuella variationer mellan tex landstingen men att det skall finnas en starkare statlig normgivare som arbetar aktivt för att stödja patienterna. Användarinstitutet skall ansvara för insamling av jämförbar information, samordning av resultatuppföljning av olika behandlingar, organisera och distribuera information till medborgarna, stå för en aktiv patientombudsmannaverksamhet osv. En stilla undran är om vi i Sverige behöver en instans till som så småningom kommer att leva sitt eget liv. Vore det inte bättre att i så fall ge uppgiften till någon av de existerande institutionerna?

Saltman presenterar på ett lättillgängligt sätt frågan om patienternas makt och inflytande i vården. Boken får också ses som ett inlägg i den pågående debatten om utformningen av svensk och för den delen även internationell sjukvård. Dock är förslagen inför framtidens sjukvård varken tillräckligt detaljerade eller fullständiga för att *Patientmakt över vården* skall fungera som en sjukvårdsadministratörens Karlebo-handbok. En aspekt som helt förbises är behovet av interaktion mellan vad jag har kallat makttriangelns sidor. Eftersom normala ekonomiska spelregler och prismekanismer av olika anledningar inte anses önskvärda beträffande sjukvård krävs en alternativ styrmekanism för att rätt mängd resurser ska användas till rätt ändamål. Saltmans insikt att bättre informerade patienter minskar problemet med asymmetrisk information är i och för sig bra. Däremot ger han ingen lösning på problemet med kostnadskontroll vid tredjepartsfinansiering. Sjukvården är sannerligen ett katten-på-råttan, råttan-på-repet-syndrom. Vi har ett antal upprepade *principal-*

*agent-förhållanden* i kedjan väljare, politiker, administratörer, läkare samt patient. I ett sådant läge räcker det inte med att bara tvinna ett starkare rep. Saltmans kritik av administratörernas roll kan i många avseenden vara befogad, men innan alla administratörer kastats ut med badvattnet (ersatts av patienternas val), bör deras centrala roll tillsammans med politikerna vid skapandet av en ny, bättre fungerande och kostnadsbegränsande organisation betänkas. Vad det handlar om är ju att skapa en miljö med fungerande och etiskt godtagbara incitament för såväl läkare, politiker, administratörer som patienter.

*Civ ek KATARINA STEEN  
doktorand i nationalekonomi  
vid Lunds universitet*