

Lunds universitet STVA21

Statsvetenskapliga institutionen HT13

Handledare: Helena Ekelund

Den nya generationens patient och andra myter

En diskursanalys av vårdvalsreformen i Sverige

Klara Helander

Samuel Williams

Abstract

När riksdagen beslutade om att införa ett obligatoriskt vårdval i Sverige 2009 fanns en omfattande kritik av reformen från forskare och experter som menade att en kundvalsmodell med fri etableringsrätt för privata vårdproducenter riskerade att undergräva det krav på jämlikhet som länge haft en central position inom svensk sjukvårdspolitik. Denna uppsats syftar till att med utgångspunkt i en diskursteoretisk förståelse av makt förklara varför vårdvalet drevs igenom trots att förslaget var så kontroversiellt. Genom en närläsning av två för vårdvalet centrala utredningar kommer vi fram till att den bild av patienten och vårdens organisation som artikulerades inom svenska myndigheter till viss del an förklara varför vårdval kom att ses som den bästa lösningen på de problem vården stod inför.

Nyckelord: vårdval, marknadsreformer, diskursanalys, svensk sjukvårdspolitik, patientroller

Antal ord: 7997

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	4
1.1	Syfte och Problemformulering	5
1.1.1	Disposition.....	6
1.1.2	Avgränsning och reflektion kring urval	6
1.1.3	Material	7
1.1.4	Valfrihet i sjukvården – en kort faktabakgrund.....	7
1.2	Marknadsreformer inom välfärden.....	7
1.2.1	Marknadsreformer och patientrollen: teori och verklighet...9	
2	Teoretiska och metodologiska ramar.....	10
2.1	Diskursteori.....	11
2.2	Diskursiv styrning.....	13
2.3	Verktyg.....	13
2.4	Metodologiska reflektioner.....	15
3.	Analys.....	16
3.1	NPM-patienten.....	16
3.2	Den nya generationens patient.....	18
3.3	Den nya generationens patient och behovet av förändring.....	19
3.4	Sjukvårdens organisation som marknad.....	20
3.5	Invändningar mot beskrivningen av sjukvården som marknad...21	
3.6	Introduktionen av nya positivt värdeladdade begrepp.....	22
4.	Diskussion.....	24
5.	Källförteckning.....	27
5.1	Källor.....	27
5.2	Litteratur.....	27
5.2	Lagrum.....	28

1. Inledning

Under 1990-talets mitt stod svensk sjukvård inför en rad olika problem. Utredningar från socialstyrelsen vittnade om långa köer och problem med vakanser. I ett flertal kommuner fanns också problem med så kallade “vita fläckar”, områden som inte hade någon vårdcentral trots att antalet invånare var stort. År 2009 beslutade regeringen om att införa ett obligatoriskt vårdval i hela landet, en reform som tillät alla regioners invånare att själva få välja vilken vårdcentral de ville skriva sig hos. Reformen gjorde det också möjligt för privata vårdproducenter att utföra vård med statlig finansiering på samma villkor som offentliga producenter. Tanken med det fria vårdvalet var att man skulle förbättra vårdens kvalitet genom att konkurrensutsätta den, men också att man skulle ge patienten mer inflytande över sin vård.

Att införa vårdval var dock inte okontroversiellt. Reformen sågs som problematisk av både forskare, experter och flera oppositionspartier. En farhåga var att valfriheten skulle undergräva det krav på jämlikhet som länge haft en central position i svensk offentlig politik. Flera forskare pekade bland annat att valfrihetsmodellen byggde på en neoklassisk ekonomistisk bild av patienten som en resursmaximerande, välinformerad individ som inte alltid överensstämmer med den empiriska verkligheten där kön, ålder, etnicitet och andra olikheter påverkar individens möjlighet att göra informerade val (Fotaki 2011: 949, Fredriksson 2013: 195, 205).

En annan förekommande kritik var att det inte fanns några belägg för att marknadsreformer inom sjukvården skulle få den effekt politikerna förutspådde. Implementeringsforskare har länge pekat på svårigheterna med att “flytta” reformer från en typ av organisation till en annan (se t ex Rövik 2007: 224). Att konkurrens är det bästa instrumentet för att öka kvaliteten hos en verksamhet har länge tagits för givet inom företagsvärlden, men att samma recept skulle passa offentliga verksamheter är inte självklart. Många forskare menar även att offentliga verksamheter skiljer sig från andra typer av organisationer i sitt mål och syfte, och därför också borde organiseras efter andra premisser (se t ex Lundquist i Rothstein 2010: 139).

Det intressanta med införandet av ett obligatoriskt vårdval är att det skedde trots att det sågs som problematiskt av ett flertal forskare och experter. Även de utredningar och riktlinjer som kom från socialstyrelsen pekade på att reformen var långt ifrån problemfri. Fem år efter att reformen infördes finns det fortfarande inga konkreta bevis på att den haft någon

positiv effekt på de problem man avsåg lösa från politiskt håll (Fredriksson 2013: 195). Snarare fortsätter ett flertal studier visa på att reformen fått oförutsedda och negativa effekter (Socialstyrelsen 2012: 32).

1.1 Syfte och Problemformulering

Varför valde de ansvariga politikerna att införa vårdval trots att en så stor mängd forskning visade på att det inte var en lämplig lösning på de problem sjukvården stod inför? Syftet med denna uppsats är att försöka förstå just detta. Traditionell policyforskning fokuserar ofta på hur aktörers val, formella eller informella strukturer, styr makten i en beslutsprocess.

Ett annat sätt att förstå varför en policy kommer till är att titta på policyprocessens ramar, det vill säga den diskurs som formade beslutet (Hall 2006: 66). Enkelt uttryckt skulle man kunna beskriva en diskursiv maktutövning som makten över människors tankar och idéer. Utgångspunkten för en sådan maktsyn är att sättet vi pratar och skriver om en viss företeelse styr vår uppfattning eller förståelse av fenomenet. Diskurser kan ses som normbildande. Genom att framställa vissa företeelser eller samband mellan olika företeelser som givna, normala eller önskvärda påverkas därför vår uppfattning av dessa fenomen. Med utgångspunkt i denna maktförståelse frågar vi oss därför:

Hur kom "vårdval" att ses som den mest förnuftiga lösningen på de problem den svenska sjukvården stod inför?

För att svara på denna fråga har vi valt att titta närmare på hur två för vårdvalet centrala aktörer artikuleras i riksdagens beslutsunderlag. Därför har vi även frågat oss:

Vilken bild av patienten respektive statens roll som producent skapades i det underlag som låg till grund för beslutet att införa det fria vårdvalet?

1.1.1 Disposition

Uppsatsen är upplagd på följande vis: inledningsvis presenterar vi en kort bakgrund till vårdval inom svensk sjukvård samt en introduktion till forskning om marknadsreformer inom välfärdsektorn. Denna teoretiska översikt utgör också vår förförståelse av hur införandet av vårdval kan förstås, och är således en viktig utgångspunkt i vår analys. Därefter följer ett teorikapitel där vi redogör för vår positionering i det diskursteoretiska fältet samt en introduktion till hur diskursteori kan användas för att förstå politiska beslutsprocesser. Det tredje kapitlet utgör vår analys. Här kommer vi med hjälp av de teoretiska redskap vi redogjort för i kapitel 2 försöka kartlägga hur begreppen patient samt vårdens organisering artikuleras och ges betydelse i vårt material. Slutligen kommer vi sammanfatta våra resultat och besvara vår frågeställning.

1.1.2 Avgränsning och reflektion kring urval

Vi vill undersöka den bild av patienten respektive sjukvårdens organisation som rådde inom riksdagen inför införandet av det fria vårdvalet. Ett viktigt underlag för den politiska beslutsprocessen i Sveriges riksdag är Statens offentliga utredningar (SOU). Dessa utredningar sker på regeringens initiativ, inför omfattande eller komplicerade beslut, innan en proposition på området läggs fram till riksdagen. Statens offentliga utredningar spelar således en viktig roll för beslutsprocessen då de utgör ett viktigt underlag som sannolikt påverkar riksdagens beslut. Vi anser det därför rimligt att anta att den bild av verkligheten som ges inom statliga myndigheter påverkar beslutsfattarna och har därför valt att analysera två offentliga utredningar som vi anser vara centrala för genomförandet om det fria vårdvalet.

Debatten om att införa vårdval i Sverige har pågått sedan slutet av 1980-talet. Under denna tid har ett stort antal rapporter skrivits som på olika sätt relaterar till sjukvårdens organisation och patientens roll. Vi har gjort en tidsmässig avgränsning som sträcker från 1997 till 2003 av det skälet att vi här funnit två utredningar som vi anser bäst reflekterar bilden av de faktorer vi vill undersöka: bilden av patienten, respektive sjukvårdens organisation. Vi är medvetna om att vårt material inte omfattar hela det underlag som utgör beslutets referensram. Materialet kommer till exempel inte att ge en fullständig bild av alla de sociala, politiska och ekonomiska förhållanden som rådde inför vårdvalets införande. Däremot kan utredningarna ge en bild av den diskurs som styrde ramarna för beslutsfattandet.

1.1.3 Material

Vårt material utgörs av två offentliga utredningar. Den första utredningen, “Patienten har rätt” (SOU 1997:154) syftar till att beskriva patientens roll inom vården. Den andra utredningen, “Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa” (SOU 2003:23) utreder möjligheterna och riskerna med att införa fri etableringsrätt, det vill säga att låta delar av den offentligt finansierade vården utföras av privata aktörer.

1.1.4 Valfrihet i sjukvården – en kort faktabakgrund

Beslutet att införa obligatoriskt vårdval gjorde det tvingande för alla Sveriges landsting att använda sig av Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) när de upphandlar primärvården (Konkurrensverket 2012: 7). Detta innebär att alla patienter fick rätt att själva välja vilken vårdcentral de ville skriva sig hos, samt att privata aktörer fick rätt att bedriva vårdverksamhet med offentlig finansiering på samma villkor som offentliga aktörer (Konkurrensverket 2012: 7). Det uttalade syftet med LOV var att förbättra vårdverksamheternas kvalitet genom att konkurrensutsätta dem, men också att ge brukaren större makt över vilka verksamheter de vill ska utföra de tjänster de är i behov av. En central del av lagen är att kommuner och landsting ska annonsera öppet och godkänna alla anbudsgivare som lever upp till de krav som den upphandlande myndigheten ställer (Lagen om Valfrihet 2008:962) Vårdvalsmodellen tillämpas idag på en rad verksamheter inom kommun och landsting.

1.2 Marknadsreformer inom välfärden

Införandet av det obligatoriska vårdvalet kan delvis förstås i en större politisk kontext. I flera europeiska länder, har patientens rätt att själv välja vårdutförare och vårdinrättning blivit en central utgångspunkt inom vårdpolitiken. Detta har ofta motiverats med argument om en ökad kvalitet och effektivitet i organisationen (Fredriksson et al., 2012: 192).

Valfrihetsreformer beskrivs inom forskningen ofta som en typ av *marknadsreform* (se t ex. Fotaki 2010). Med detta menar man att organisationsidéer från företagsvärlden börjat användas också inom offentlig sektor. Ett samlingsnamn på idéer som förespråkar införandet av marknadsorienterade reformer inom stat och förvaltning är “New Public Management” (NPM). Begreppet myntades av statsvetaren Christopher Hood, och brukar beskrivas som en

reformvåg som fick sitt genomslag under de Thatcher och Reagan-ledda regeringarna i Storbritannien respektive USA under 1980-talet för att sedan sprida sig till stora delar av västvärlden. Gemensamt för den ganska brokiga skaran reformer som fick allt större spridning vid den här tiden var synen på staten och den offentliga sektorn som onödigt stora, samt en stor tilltro till marknaden som en effektiv styrmodell för ett flertal organisationer, inte bara företagen (Pierre & Sundström 2009: 8). Många av idéerna har sitt ursprung i den österrikiska ekonomiska skolan med Friedrich Hayek som frontfigur som såg statliga regleringar av marknaden som ett hinder för en optimalt fungerande ekonomi (Fotaki 2010: 947).

I Sverige har debatten kring en ökad valfrihet inom vården pågått under en lång tid. De första stegen mot en större möjlighet för patienten att själv välja vårdgivare togs redan i slutet av 1980-talet av Landstingsförbundets styrelse¹ med en rekommendation om att låta långvarigt sjuka få välja sjukhem eller sjukhusanknuten långvård nära en anhörig (SOU 1997:154, s. 150). Detta kan dock ses som relativt sent jämfört med andra västländer (Pierre & Sundström 2009: 9). Det sena genomslaget brukar inte sällan härledas till Sveriges långvariga socialdemokratiska styre vilket anses ha format många av de jämlikhetsideal som fortfarande präglar svensk förvaltningspolitik (Rothstein 2010: 30). Att jämlikhet länge varit ett centralt mål inom sjukvården återspeglas inte minst i en av Hälso- och sjukvårdslagens inledande paragrafer:

”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.” §2 Hälso- och Sjukvårdslagen

En annan indikation på jämlikhetsidealet är att omfördelningen av resurser mellan socioekonomiskt starka och svaga grupper varit mycket långtgående jämfört med andra länder (Fredriksson et al. 2013: 193). Ur ett sådant perspektiv är det också intressant att försöka förstå hur vårdvalet kunde drivas igenom.

¹ Landstingsförbundet heter sedan 2007 av Sveriges kommuner och Landsting, SKL

1.2.1 Marknadsreformer och patientrollen – teori och verklighet

Att marknadsreformer medför implikationer för patientens roll inom sjukvården är något flera forskare pekat på. Vi ger här en kort översikt baserad på två studier som vi anser vara representativa för forskningen på området: Marianna Fotakis (2011) studerar effekterna av valfrihetsreformer i Storbritannien och Fredriksson et al (2012) analyserar valfrihetsreformens potentiella effekt på jämlikhet inom svensk sjukvård.

Båda författarna riktar kritik mot vårdvalsreformers implikationer för jämlikhet i vården. Fotaki (2011) beskriver systemet med vårdval som problematiskt då hennes forskning visar att resurssvaga individer tenderar att göra mindre informerade val och därför riskerar att i mindre utsträckning få sina vårdbehov tillgodosedda (Fotaki 2011: 948). De mest resurssvaga individerna är i det här fallet de socioekonomiskt svagaste grupperna i samhället som tenderar att ha lägre utbildningsgrad. Hennes resultat pekar på att valfriheten skadar de resurssvagaste individerna då dessa har sämst förutsättningar att tillgodogöra sig den information som krävs för att göra ett kvalificerat val (Fotaki 2011: 949)

Fredriksson et al ser en liknande problematik med valfrihetsreformen. Författarna menar att faktorer som individens hälsotillstånd, socioekonomiska situation och ålder påverkar deras möjlighet att få vård på lika villkor (Fredriksson et al 2012: 205). Detta var något som enligt artikelförfattarna ignorerades i den riksdagsdebatt som föregick vårdvalet i Sverige (Fredriksson et al 2012: 194).

Fotaki menar att valfrihetsreformer tvingar patienten att inta rollen som konsument när denne uppsöker vård. Detta medför att hen behöver göra informerade val och ta ansvar för sin egen hälsa i högre utsträckning än tidigare (Fotaki 2011: 945). Hon menar att valfrihetsmodeller bygger på en neoklassisk ekonomistisk bild av patienten som en resursmaximerande, välinformerad individ, som inte alltid överensstämmer med den empiriska verkligheten där kön, ålder, etnicitet och andra olikheter påverkar individens möjlighet att göra informerade val (Fotaki 2011, s. 949). Enligt samma författare har införandet av valfrihetsreformer medfört en ansvarsförskjutning från staten till patienten (Fotaki 2011, s. 950). Fotakis idé om att valfrihetsreformer bygger på en neoklassisk ekonomistisk bild av patienten som kapabel att ta allt större ansvar för sin egen hälsa är central utgångspunkt för vår studie. Vi menar en sådan bild delvis skulle kunna förklara varför det fria vårdvalet sågs som en förnuftig lösning på sjukvårdens problem. Därför har vi i vår analys till stor del också lagt fokus på att se om en sådan bild går att utläsa i materialet.

2. Teoretiska och metodologiska ramar

Vi vill i den här uppsatsen försöka kartlägga den bild av patienten respektive sjukvårdens organisation som producerades inom statliga myndigheter i anslutning till riksdagens beslut att införa ett obligatoriskt vårdval. Anledningen är vi tror att denna bild till viss del kan förklara varför beslutet kom till. Utgångspunkten för vår studie är en diskursiv förståelse av makten i en beslutsprocess. En sådan maktförståelse bottenar i en socialkonstruktivistisk syn på språk och subjekt, där sättet vi pratar om och definierar saker och ting, anses ha en grundläggande betydelse för hur vi uppfattar oss själva och vår omvärld (Jørgensen Winther & Phillips 2000: 15).

En diskurs kan beskrivas som en samling *“språkliga representationer av verkligheten med ett normbildande innehåll”* (Hall & Löfgren 2006: 31). Den kan med andra ord sägas utöva makt genom att styra över vad vi uppfattar som normalt, möjligt eller riktigt. Detta är viktigt ur ett policyperspektiv då den dominerade diskursen i samhället också kan antas ha betydelse för hur en företeelse förstås och behandlas av beslutsfattande politiker.

Idén om den diskursiva maktens betydelse för politisk styrning har vi hämtat från Patrik Hall och Karl Löfgrens (2006) studie av svensk IT politik. Hall och Löfgren definierar diskursiv styrning som *”en form av styrning med hjälp av auktoritativa definitioner av framtiden”* (Hall & Löfgren 2006: 64). Med detta menar de att politiker kan utöva makt genom att framställa en viss samhällsutveckling som mer giltig än en annan. Detta görs bland annat genom att definiera bestämda aktörsroller för de subjekt som berörs av policyn eller peka ut vissa utvecklingsfaktorer som tvingande.

2.1 Diskursteori – ett integrerat perspektiv

För att närma oss vårt material har vi valt att använda oss av ett integrerat perspektiv som bygger på två skolor inom den diskursteoretiska traditionen: Ernesto Laclau och Chantal Mouffes diskursteori och Norman Faircloughs kritiska diskursanalys. Från Laclau och Mouffe har vi hämtat en övergripande förståelse av diskursen som konstituerande av den sociala världen. Integrationen av Faircloughs kritiska diskursanalys har vi gjort då den presenterar mer handfasta metodologisk redskap för textanalys. Men också då den har en syn på diskursen som både konstituerande och konstituerad. Detta är en position vi delar då vi till skillnad från Laclau och Mouffe menar att diskurser inte kan förändras av alla individer i samhället på lika villkor. Vi återkommer till denna position och dess betydelse för vår uppsats senare i texten. Även om båda skolorna har sin bakgrund i poststrukturalistisk språk teori har de en del inbördes olikheter. Vi är medvetna om dessa olikheter och har i enighet med Jørgensen Winther och Phillips försökt använda de båda perspektiven så att deras grundläggande premisser inte strider mot varandra (Winther & Phillips 2000: 131).

Laclau och Mouffe menar att all språklig handling fixerar betydelsen av olika begrepp. På så sätt sker en ständig bestämning av ord genom sammankoppling till betydelser, där något som redan är språkligt etablerat inom en viss diskurs ständigt måste reproduceras. Ett exempel som Jørgensen Winther & Phillips (2000) behandlar är ordet *kropp* och dess koppling till den medicinska diskursen där ordet är fixerat. Ordet får en bestämd betydelse genom att kopplas till ord inom den medicinska diskursen såsom *skalpell*, *läkare* och *morfin*. Processen kallas *artikulation*, och innebär att orden får sin betydelse när de sammankopplas med andra ord till så kallade ekvivalenskedjor (Jørgensen Winther & Phillips 2000, 35-36). Diskurser verkar alltså genom att sammanlänka vissa begrepp och företeelser på ett sätt som framställer dessa samband som självklara eller givna. Centrala begrepp för en diskurs kallas *nodalpunkter*. I exemplet med artikulationen av kroppens betydelse i den medicinska diskursen kan kroppen betraktas som nodalpunkten. De ord som knyts samman med nodalpunkten kropp kallas *element*. Elementen i den medicinska diskursen kan alltså sägas vara orden *skalpell*, *läkare* och *morfin*. Genom artikulation – den betydelseskapande sammankopplingen av nodalpunkter och element- skapas också *subjektpositioner*. Dessa positioner, kan liknas vid roller, som olika aktörer tilldelas i en diskurs. Artikulationen av subjektet kan med andra ord sägas konstituera subjektets uppgift eller handlingsutrymme i ett

visst sammanhang. Processen kallas *subjektifiering* och beskrivs inom Laclau och Mouffes diskursteori ofta som *identitetsskapande*. Ett sätt att förstå hur subjektifiering sker inom sjukvårdspolitik är att titta på vilken roll centrala aktörer som *patienten* eller *staten* tilldelas i de språkliga handlingar vi valt att studera, nämligen två statliga offentliga utredningar.

Då fixeringen av begrepps betydelse ständigt måste reproduceras språkligt, alltså återkopplas till en viss betydelse, framhåller Laclau & Mouffe att deras betydelsen kan förändras. Alla diskurser är föränderliga, och bör därför ses som tillfälliga referensramar, där ords betydelser ständigt kan fixeras om (Jørgensen Winther & Phillips 2000, 36). Detta kallar Laclau och Mouffe den diskursiva kampen om begreppens betydelse.

Diskursteorin som företräds av Laclau och Mouffe, ser all diskurs som flytande och föränderlig. De menar att diskursen ständigt kan omformuleras av de människor som förhåller sig till diskursen. Denna process kallas *reartikulering*. Det här har varit föremål för kritik, då teorin inte ifrågasatt maktdimensionen i skapandet av diskurser. Bakom denna kritik står bland andra den kritiska diskursanalysen som visserligen håller med om grundpremisen i diskursers föränderlighet, men motsätter sig att diskurser går att förändra på samma villkor för alla. Anledningen är att det finns strukturella ojämlikheter i den sociala verkligheten som gör det svårare för vissa grupper att förändra diskursen (Jørgensen Winther & Phillips 2000: 62). Jørgensen Winther och Phillips belyser det här med ett exempel från en fabrik. Då fabriken i egenskap av leverantör vill säkra vissa kontrakt, står fabriken i beroenderelation till köparen, sin kund. Om denne ställer krav på att kategoriseringen och dokumentationen i produktionsprocessen skall omstruktureras, tvingas fabriken omstrukturera för att behålla kontraktet. (Jørgensen Winther & Phillips 2000: 62f).

Ett utmärkande drag för kritisk diskursanalys är också att den ser diskurser som både *konstituerade* och *konstituerande* av den sociala världen. Språket som diskurs kan alltså ses som både en återspeglning av en yttre existerande social verklighet och den sociala praktik som skapar denna verklighet. Detta är en viktig skillnad från till exempel Laclau och Mouffes diskursteori som utgår från en mer renodlad poststrukturalistisk position där diskurser ses som enbart konstituerande (Jørgensen Winther & Phillips 2000: 68).

Ett annat utmärkande drag för den kritiska diskursanalysen är synen på relationen mellan ideologi och diskurs. Inom kritisk diskursanalys menar man att diskurser verkar ideologiskt genom att skapa och reproducera ojämlika maktrelationer mellan sociala grupper. Detta synsätt återkommer i viss mån även hos Laclau och Mouffe där tyngdpunkten ligger på idén om diskursers makt att skapa subjektpositioner. En central skillnad är dock att Laclau och Mouffe inte tänker sig diskursiv maktutövning som något som pågår mellan grupper (såsom

klasser, eller kön), vilket kritisk diskursanalys gör (Jørgensen Winther & Phillips 2000: 69). Kritisk diskursanalys kan alltså till skillnad från diskursteori sägas ha en normativ dimension så till vida att man ser det som viktigt att visa på hur diskurser kan främja vissa sociala gruppers intressen eller dölja ojämlikheter i samhället. Detta är en position vi delar. Då vi studerar diskursen kring det fria vårdvalet ser vi det som viktigt att föröka förstå vilka grupper som gynnas av föreställningen av valfrihet som ett viktigt värde inom vårdens organisering.

2.2 Diskursiv styrning

Ett grundläggande teoretiskt antagande för vår studie är synen på diskurser som en typ av styrmedel. Styrning sker visserligen även med en rad konkreta maktmedel, såsom pengar och formella regelverk. Samtidigt är det svårt att bortse från att diskurser har en avgörande betydelse för hur nya policyförslag kommer att förstås och därmed också accepteras. Med detta sagt vill vi inte förringa eller rangordna betydelsen av olika styrmedel, bara betona vikten av att se att en policy kan formas på andra sätt än med formella medel.

För att lättare förstå hur diskurser verkar styrande i en policyprocess kan man se dem som medel för en slags "visionär styrning" (Hall och Löfgren 2006: s. 64). Hall och Löfgren menar att organisationer behöver visioner, mål och planer för att uppfattas som "*en sammanhängande organisation med ett tydligt syfte som skapar meningsfullhet i medarbetarnas aktiviteter*" (Hall och Löfgren 2006: 64). Resonemanget kan liknas vid den socialkonstruktivistiska synen på nya policys som ett slags uttryck för skapandet av legitimitet genom symboler (Røvik 2007: 43). För att en organisation ska uppfattas som legitim krävs idéer som får organisationen att framstå som nytänkande och förbättrad. En viktig poäng är dock att de nya idéerna inte alltid håller vad de lovar, snarare bör de betraktas som en slags legitimerande retorik (Røvik 2007: 43). Omsatta i praktiken visar sig idéerna inte alltid innebära någon faktisk förändring till det bättre.

2.3 Verktyg

Då Laclau och Mouffe inte presenterar något metodologiskt tillvägagångssätt har vi har istället genomgående valt att använda oss av några av Faicloughs redskap för textanalys: metaforer, ordval och grammatik. Att analysera ordval och metaforer skulle kunna beskrivas som en kartläggning av vilka ord som sammankopplas systematiskt med de begrepp och

företeelser man ämnar att studera (Jørgensen Winther & Phillips 2000: 87). I vår studie ligger fokuset på begreppet *patient* och *sjukvårdens organisering* som företeelse. I det inledande skedet av vår analys har vi även i enighet med Faircloughs rekommendation räknat de ord som sammankopplas med de begrepp och företeelser vi studerat (ibid). Detta var ett användbart redskap för att hjälpa os strukturera upp texten. Vi kommer dock inte redovisa processen då vi menar att det skulle kräva onödigt mycket utrymme.

I analysen av grammatik ligger fokus på transitivitet och modalitet. Att analysera transitivitet innebär att man tittar på hur händelser och processer förbinds subjekt och objekt och på så sätt försöker visa på hur olika framställningar ger upphov till olika ideologiska konsekvenser (Jørgensen Winther & Phillips 2000: 87). Till exempel tittar man på om händelser framställs som resultatet av en person eller grupps handlingar eller som något som uppstått oberoende av någon upphovsman. Användandet av transitivitet kan illustreras med följande exempelmeningar: “Det har under det senaste året skett en rad nedskärningar inom vården” och “Regeringen har under de senaste åren genomdrivit en rad nedskärningar inom vården”. Den första meningen använder passiv form och den andra aktiv form. I mening nummer ett finns ingen person eller grupp som kan sägas orsakat nedskärningarna medan mening nummer två har en uttalad upphovsman, nämligen regeringen. Ett annat ord för upphovsman är agent. För att visa på graden av agentskap talar man om graden av agency (Jørgensen Winther & Phillips 2000: 87). En mycket låg grad av agency kan få ett fenomen att framstå som något som uppstått av sig själv, helt utan upphovsman.

Modalitet betyder “sätt”. Att analysera modus syftar till att titta på graden av instämmande i en sats. Jørgensen Winther & Phillips använder sig av tre exempelmeningar för att illustrera detta: “det är kallt”, “jag tycker att det är kallt” och “kanske är det lite kallt”. Användandet av olika modalitet gör att det som sägs i texten kan framställas antingen som en naturgiven sanning eller en företeelse öppen för tolkning. Då vi är intresserade av hur ordet “patient” framställs i de olika utredningarna kan en analys av modalitet hjälpa oss att förstå i vilken grad den bild som framställs av patienten betraktas som fast eller flytande signifikant för att använda två av Laclau och Mouffes uttryck. Dessutom är vi intresserade av vårdens organisering och vilka centrala begrepp som knyts samman till denna.

2.4 Metodologiska reflektioner

Eftersom man inom den diskursteoretiska traditionen menar att det inte finns någon sanning i objektiv bemärkelse gör vi i vår analys inte heller några anspråk på att komma fram till någon sådan. Det filosofiska resonemanget sker utifrån tanken att all kunskap och kommunikation sker diskursivt, det vill säga inom en viss kontext som styrs av en viss diskurs. På så sätt skapas varje undersökning som studerar en viss diskurs också i ett annat diskursivt sammanhang. Detta gäller givetvis även vår undersökning. Dessutom kommer vi närma oss vårt studieobjekt i egenskap av statsvetare med ett politiskt intresse vilket medför en förförståelse som kommer påverka vår analys. Jørgensen Winther och Phillips benämner detta problem som reflexivitetsproblematiken (Jørgensen Winther & Phillips 2000: 29). Problemet ligger främst i det faktum att den diskursanalytiska forskningen är ytterligare “en representation av världen bland andra möjliga representationer” (Ibid). Att som forskare positionera sig för att kritiskt granska en viss diskurs medför också att man ställer sig inom en viss typ av diskurs, nämligen det diskursteoretiska fältet. Det här är en inneboende problematik som vi är medvetna om och försöker beakta genom att förhålla oss kritiskt till vår egen position som forskare. Jørgensen Winther och Phillips menar att ett sätt att arbeta med denna problematik är att erkänna att man i sin undersökning skapar ytterligare en representation av verkligheten (Jørgensen Winther & Phillips 2000: 112). Ett annat sätt att validera forskningsresultaten är att arbeta med intersubjektivitet, det vill säga att i största möjliga mån försöka göra det möjligt för läsaren att få insyn i forskningsprocessen (Bergström & Boréus 2005: 350). I vår uppsats har vi strävat efter detta genom att försöka redovisa de olika stegen i undersökningen på ett så tydligt sätt som möjligt. Vår förhoppning är att det ska vara möjligt för läsaren att följa och granska vårt resonemang.

3. Analys

Vi har i följande del valt att undersöka artikuleringen av begreppet *patient* samt *vårdens organisering*. Vi menar att det sätt begreppen patient artikuleras på inom statliga myndigheter är viktigt för att förstå de beslutsfattande politikernas motiv när de valde att driva igenom vårdvalsreformen. Den teoretiska utgångspunkten för analysen är Laclau och Mouffes idé om artikulering av centrala begrepp och subjekspositioner. Då Laclau och Mouffe inte presenterar något metodologiskt tillvägagångssätt har vi istället valt att använda oss av några av Faircloughs redskap för textanalys. En mer utförlig beskrivning av dessa och hur de används finns i metodkapitlet på sidan 14. Då begreppet *sjukvårdens organisation* analyseras har vi framförallt fokuserat på hur det framställs i förhållande till den marknad som uppstår i och med vårdvalet. Det sker en distinktion av vad som passar respektive inte passar in i rapportens diskurs, och slutligen undersöker vi om nya begrepp introducerats i vårdvalsdiskursen. Analysen är indelad i olika teman som belyser begreppens artikulation. För att synliggöra de ord som är centrala för analysen har vi valt att genomgående kursivera dem.

3.1 NPM-patienten

Ett centralt tema för utredningen är det systematiska användandet av begrepp hämtade från den ekonomiska sfären. Detta gäller även i sammanhang som relaterar till patienten. I detta avsnitt har vi valt att se närmare på hur ekonomiska termer används för att beskriva patienten samt resonerat kring vilka konsekvenser användandet av denna tematik har för motiveringen av valfrihetsreformen. Utgångspunkten för analysen har vi funnit i Røviks (2006) definition av New Public Management (NPM). NPM kan som tidigare nämnts beskrivas som en slags företagsinspirerad organisationsmodell för offentlig sektor som fått allt större genomslag i en rad länder, så även i Sverige. Även om NPM alltså främst berör förvaltningens, i det här fallet sjukvårdens organisering, har organisationsidén en hel att säga om patientens roll också, vilket bland annat bekräftas av Fotakis (2010) forskning. NPM skolan kritiserar till exempel ofta för att se individen som en kund snarare än medborgare. Denna syn får även implikationer för hur man tänker sig att individen agerar i olika situationer. Medan man i sin

medborgarroll kan påverka sin situation genom att delta i politiken påverkar kunden genom att göra konsumtionsval. Vår analys tar sin utgångspunkt i ett citat:

“På patientsidan sker en intressant utveckling. I många vårdsituationer är det i dag rimligare att tala om vårdkonsumenter än patienter /.../ Den nya generationen patienter ställer inte bara krav på information och delaktighet. Man är i allmänhet bättre utbildad och vet var man kan finna ny kunskap och medicinsk information. Förtroendet för auktoriteter är mindre, man misstror kollektiva lösningar och fler är beredda att ta ett större ansvar för den egna livssituationen” (SOU 1997:154 s. 74)

Det kanske tydligaste uttrycket för NPM-diskursen här är benämningen av patienten som konsument, vilket sker vid ett flertal tillfällen i utredningen. Valet av ord kan tyckas oskyldigt eller betydelselös, att konsumera kan ju ses som en synonym till att bruka eller nyttja. Vi menar dock att valet av ord har betydelse, inte minst då det används så konsekvent. Konsument är ett ord med rötterna i den ekonomiska sfären som antyder att patienten förbrukar en tjänst, eller vara, likställd med andra varor som konsumeras på en marknad. Att benämna patienten som kund kan alltså ses som ett sätt att normalisera idén om att organisera sjukvården enligt marknadsprinciper.

En andra indikation på hur begreppet patient knyts samman men NPM-diskursen finner vi i mönstret av att knyta samman begreppet patient med egenskaper som krävs för att göra informerade val. Det sägs till exempel att patienten är alltmera: aktiv, kunnig, utbildad, delaktig, initiativrik och ansvarstagande. Vidare sägs i citatet att vårdkonsumenten “ställer krav på information” och att hen är “beredd att ta större ansvar för den egna livssituationen” (SOU 1997:154 s. 74). Det är på många sätt en bild av en mycket kompetent patient som målas upp. I vissa fall framställs den nya patienten närmast som mer kunnig än de läkare som ska ge denne vård:

“Inom området livskvalitet är patienten expert och besitter rimligen den bästa kompetensen, varför informationen måste vara ömsesidig. Det hävdas ibland att patienten är den största och mest outnyttjade resursen i vården, och det är viktigt att se den växande betydelsen av psykosociala faktorer inom medicinen.” (SOU 1997:154 s. 69)

I citatet benämns patienten också som en (outnyttjad) "resurs", ytterligare ett exempel på ett ord som har sitt ursprung i den ekonomiska sfären.

Ett av de centrala antagandena för utredningen är att brukaren gått från en passiv patient till en aktiv konsument. Denna syn återspeglas bland annat i ett av utredningens inledande kapitel där synen på brukaren som konsument beskrivs som mer rimlig än patientrollen: "I många vårdssituationer är det i dag rimligare att tala om vårdkonsumenter än patienter" (SOU 1997:154 s. 74). Användandet av ordet rimlig implicerar att bilden av "konsument-brukaren" är förnuftlig och riktig. Ett annat sätt att befästa bilden av den nya, aktiva patienten är de återkommande försök att naturalisera de egenskaper som utmärker henne. Med naturalisera menar vi att man framställer dessa egenskaper som en del av den mänskliga naturen. Detta syns tydligt i ett citat hämtat under rubriken "Medborgarnas och patienternas preferenser":

"Människan har ett behov av att få delta i den process varigenom kroppens tillfrisknande styrs, och en förutsättning för detta är tillgång till information. Kanske vill patienten veta den aktuella prognosen eller vilken läkare eller klinik som har bästa behandlingsresultat, men först och främst vill patienten veta vilken diagnosen är. Det psykiska och fysiska välbefinnandet är beroende av patientens känsla av kontroll. Motsatsen är att inte veta, att känna osäkerhet och vara utsatt för krafter som inte går att påverka." (SOU 1997:154 s. 68)

3.2 Den nya generationens patient

En annan tendens i utredningen är användningen av en slags utvecklings och framstegsdiskurs. Med detta menar vi en frekvent användning av begrepp som på ett eller annat sätt knyter an till idén om att utvecklingen alltid medför framsteg och förbättringar (Hall & Löfgren: 68). Ett tydligt exempel på framstegstro och dess konsekvenser för synen på patienten kan hämtas i följande citat:

"Den traditionellt passiva patienten har i många avseenden efterträtts av en mer krävande och kompetent patient, en brukare som söker information och dialog och som i ökad utsträckning engagerar sig i den egna vårdprocessen." (SOU 1997:154 s. 65)

Här målas bilden upp av två typer av patienter, den traditionellt passiva och den nya kompetenta ersättaren. För enkelhetens skull kommer vi kalla dem den gamla och den nya patienten. Utredningen framhåller att den "traditionellt passiva patienten" ersatts av en mer aktiv namne. I texten används ett aktivt modus när den nya patienten beskrivs, som ett subjekt som aktivt "söker (vår kursivering) information och dialog" och "engagerar (vår kursivering) sig i den egna vården. På motsatt sätt beskrivs den gamla patienten med ett passivt modus när hen beskrivs som någon som passivt "har efterträtts". Samma tendens att kategorisera patienten utifrån en gammal och ny variant återfinns i samma citat som vi tidigare använde för att illustrera NPM-diskursen:

"På patientsidan sker en intressant utveckling. I många vårdsituationer är det i dag rimligare att tala om vårdkonsumenter än patienter ... Den nya generationen patienter ställer inte bara krav på information och delaktighet. Man är i allmänhet bättre utbildad och vet var man kan finna ny kunskap och medicinsk information. Förtroendet för auktoriteter är mindre, man misstror kollektiva lösningar och fler är beredda att ta ett större ansvar för den egna livssituationen" (SOU 1997:154 s. 74)

Återigen framställs en bild av två typer av patienter. Här talar man till och med om två generationer av patienter, den nya och den gamla. Den nya generationens patienter beskrivs genomgående med adjektiv som "utbildad", "initiativrik", "kunnig", "delaktig" och "ansvarstagande", ofta i komparerad form vilket implicerar en gamla generationen patient som är "mindre utbildad", "passiv", "okunnig" och "auktoritetsbunden".

3.3 Den nya generationens patient och behovet av förändring

I uppsatsens inledning vi ställde oss frågan om den bild av patienten som producerades inom den politiska sfären kunde komma att föranleda det fria vårdvalet. Även om ett valfrihetssystem aldrig föreslås som en lämplig reform för vårdens organisering i utredningen finns det ett sätt att framställa patienten som får reformen att verka nödvändig. Detta uttrycks på ett flertal sätt i texten, ibland genom att direkt förorda behovet av en förändring av sjukvårdens organisering så att den anpassas till vad man kallar patientens "*krav och förväntningar*":

“Patienternas krav och förväntningar skapar ett förändringstryck som främst begränsas av en tilltagande resursbrist och svårigheterna att förändra hälso- och sjukvårdens traditionella organisation.” (SOU 1997:154 s. 65)

“Vi lever i en allt mer komplex värld med skilda kulturer och heterogena livsmönster och där individuell kreativitet och initiativkraft uppmuntras mer än lydighet och anpassningsförmåga. Framtidens patienter kommer att uppvisa en större variation i sina preferenser och ställa större krav, varför hälso- och sjukvården ställs inför utmaningar som man måste kunna hantera om man vill bibehålla förtroendet för den solidariska finansieringen.” (SOU 1997:154 s. 75)

Centralt för utredningen *Patientens rätt* (SOU 1997:154) är bilden om att brukaren genomgått en *förändring*, från *passiv patient* till *aktiv konsument*. Denna förändring beskrivs som *naturlig*, de vill säga en del av människans sanna natur. I linje med denna tankegång, ses den som en del av en *utveckling* vården bör anpassas efter. Brukaren beskrivs också som mer *individualistisk*, *kunnig*, *ansvarstagande*, *krävande*, *ny*, *aktiv* och *bättre utbildad*. Synen på den nya patienten föranleder också synen på behovet av en förändring av sjukvårdens organisering. Dock framkommer inte några utförliga förslag på hur en sådan omorganisering bör se ut. I analysen av vår nästa utredning, *Att vårda vården* (SOU: 2003:23), kommer vi titta närmre på vilken terminologi som behandlar vårdens organisering.

3.4 Sjukvårdens organisation som marknad

Att synen på vårdens organisation präglas av en marknadssdiskurs framgår tydligt i rapporten *Att vårda vården* (SOU 2003:23). Detta återspeglas inte minst i att sjukvården systematiskt benämns som och jämförs med just en marknad. Vården ställs i relation till marknader i “den ideala marknadsekonomin” (SOU: 2003:23, s. 58), där vården således rent språkligt jämförs med andra idealt fungerande marknader. Följande citat framställer hur en ideal marknad fungerar: “Den mest avgörande skillnaden mellan hälso- och sjukvård och mer normala marknader...” Samt vilka svårigheter som uppkommer i vårdsektorn om den inte fullt ut fungerar som en marknad: “I den ideala marknadsekonomin förutsätts en välinformerad konsument kunna värdera och ta ställning till det marknadspris och den tillgänglighet och

kvalitet som säljaren erbjuder” och “Marknadens normala bedömning där en köpare avgör om den erbjudna tjänsten är värd priset eller ej gäller inte” (Ibid).

Valfrihetsreformen har problematiserats utifrån ett visst perspektiv: dess brist på likheter med den ideala marknaden. Att beakta ekonomiska värden såsom patientens roll på en marknad av vårdtjänster är en del av den kundvalsmodell som förordas och utgör grunden för utredningens problemformulering, en vård utan marknadsanpassning behandlas inte. Det marknadsmässiga förhållningssättet dominerar diskursen.

3.5 Invändningar mot beskrivningen av sjukvården som marknad

Vårdvalet är huvudsakligen en fråga om att omvandla sjukvården enligt en kundvalsmodell (Fredriksson et al., 2012, 194). Rapporten Att vårda vården (SOU: 2003: 23, 114) förordar i denna linje en ökad marknadsanpassning, genom ökad mångfald och valfrihet. Begreppet kund är någonting som flera forskare (jfr Fotaki 2010, Fredriksson 2012) anser vara signifikativt för den marknadsanpassade vården. Trots detta är begreppsapparaten i NPM-modellen någonting man i utredningen värjer sig mot. I kontrast till det som skrivs om vårdvalets möjligheter för patienten finner vi ett motstånd hos författarna mot marknadsspråket. I rapporten (SOU: 2003:23) konstateras att:

“Kundbegreppet ger relationen mellan vårdgivare och patienter eller vårdtagare en felaktig ekonomisk, marknadsmässig innebörd” (SOU: 2003: 23, 119)

Först och främst rör det sig om ett motstånd hos författarna mot marknadsspråkets användande av begreppet kund:

“Begreppet kund speglar inte relationen mellan vårdgivaren och patient eller vårdtagare” (SOU: 2003: 23, 110)

Begreppen “kund” och “kundvalsmodell” tycks ha en negativ klang hos författarna, den ekonomistiska marknadsspråket innebär en terminologi som inte anses spegla vårdvalet. En kan fråga sig varför de som förordar vårdval enligt en kundvalsmodell - vill undvika marknadens språk?

Förkastandet av marknadsterminologin är exempel på en motsättning, antagonismen, i diskursen. Antagonism är konflikten som uppstår när diskurser kolliderar, och

formuleringarna från de olika diskurserna inte fungerar parallellt med varandra (Winther Jørgensen & Phillips, 2000, 55). Det här kan ses som ett uttryck för att marknadsdiskursen inte är helt etablerad. Innan en diskurs helt har “segrat” och därmed uppnått hegemoni, finns alltid risken för att antagonism uppstår i brytpunkten för de olika diskurserna (Ibid). Här har alltså ett exempel kartlagts på motsättningen en marknadsdiskurs inom vården kan ge upphov till.

3.6 Introduktionen av nya positivt värdeladdade begrepp

En viktig del av vårdvalsreformen var att tillåta privata aktörer att utföra vård med statlig finansiering, på samma villkor som offentliga vårdinrättningar, så kallad fri etableringsrätt. Det här har vi tidigare belagt som ett kontroversiellt förslag (jfr Fotaki 2010, Fredriksson et al., 2012). Ett sätt att kringgå den negativa klang som kontroversiella förslag har, är att reartikulera dem. I resonemanget kring kundvalsmodellens begrepp ovan beläggs ett motstånd mot marknadsdiskursen (SOU: 2003: 23, 119). I utredningen används uttrycket “mångfald” och “en mångfald av utförare” systematiskt då man refererar till privata utförare. Ett annat sätt att försöka framställa kontroversiella koncept i positiv dager är att sammankoppla dem med nya attraktiva element i vårdvalsdiskursen. Den här processen kan illustreras med följande citat ur utredningen:

“Ökad kunskap om behandlingsformer och högre grad av patientmedverkan i vården, etnisk och kulturell mångfald, patienters men även anställdas önskan om valfrihet, allt detta talar för värdet av en ökad mångfald av vårdgivare [våra kursiveringar]” (SOU 2003: 23, 79).

Här introduceras ordet mångfald i en betydelse som många känner till, som etnisk och kulturell mångfald, för att sedan sammankopplas med nodalpunkten privat aktör. Kopplingen sker inte explicit (då begreppet privat aktör ersätts med en mångfald av aktörer). Istället sker gradvis en ny artikulation av begreppet, en reartikulation, där mångfald blir ett element som får en central plats i vårdvalsdiskursen. Efter att utredningen redogjort för privata aktörers roll i sjukvården, förklaras att:

“Konkurrens ses som en förutsättning för mångfald” (SOU: 2003: 23, 117).

Efter att begreppet mångfald befästs som element i vårdvalsdiskursen, framstår konkurrens som nödvändigt för att uppnå den “nödvändiga” mångfalden. Konkurrens har blivit en förutsättning för att inkludera det nya elementet mångfald i vården. Det formuleras nu som någonting vården ska verka för: att upprätta mångfald med hjälp av konkurrens. Parallellt med rapportens förkastande av marknadstermer, artikuleras nya syften för vården i kundvalsmodellen. Dessa illustreras av följande citat:

“Mångfald, valfrihet och kontinuitet gynnas om patienter och vårdtagare, så långt det är möjligt, kan välja sin vårdgivare.” (SOU: 2003: 23, 118)

Vi ser det här som ett uttryck för hur begreppet privat utförare ges ett nytt innehåll genom att det nya begreppet mångfald håller på att etablera sig i marknadsdiskursen. När en ny diskurs formuleras, fixeras nya element. Sammanfattningsvis har begreppen mångfald och kontinuitet - öppna begrepp som kan ha vitt skilda betydelser - kopplats samman med konkurrens och valfrihet vilket ger den kritiserade fria etableringsrätten legitimitet.

4. Diskussion

Vi ställde inledningsvis frågan om hur *vårdval kom att ses som den mest förnuftiga lösningen på de problem den svenska sjukvården stod inför*. För att besvara denna fråga har valt att undersöka hur begreppen *patient* och *vårdens organisering* artikuleras två rapporter som vi menar synliggör marknadskursens etablering i den svenska sjukvårdspolitik.

I utredningen *Att vårda vården* (SOU: 2003: 23) förklaras hur vården skulle påverkas med ökad marknadsanpassning. Ett sådant initiativ problematiseras utifrån en marknadsmässig utgångspunkt. Vården jämförs genomgående med hur den ideala marknaden ser ut. På så sätt skapas en diskursiv representation av hur vården bör se ut. Något alternativ till en marknadsanpassningen av vården framkommer inte. Det här ser vi som ett uttryck för hur en New Public Management-inspirerad diskurs håller på att etablera sig.

Vi har belagt några exempel på antagonism i *Att vårda vården* (SOU: 2003: 23) som förhåller sig avvaktande emot den NPM-diskurs som successivt etablerats inom svensk sjukvård. *Att* utredningen ser kundvals- samt kundbegreppen som problematiska, kan förstås som ett motstånd emot den diskurs som framkommer i resten av rapporten. När antagonism uppstår måste en diskursiv bild väljas, där *Att vårda vården* (SOU: 2003: 23) väljer att tona ner kundbegreppet i den nya NPM-diskursen.

Därutöver sker en omformulering av tidigare kända ord, där de sätts i relation till nya element inom diskursen, i vår analys kopplingen emellan mångfald och konkurrens. Vi har belyst hur begreppet mångfald först artikuleras som etnisk och kulturell mångfald, och sedan kopplas till mångfald av aktörer. Det här blir i utredningen ett centralt värde för sjukvården. Innan ett centralt element introducerats i diskursen, har dess värde förklarats och kopplats till en annan betydelse av mångfald, den etniska och kulturella. I ett tredje steg introduceras vidare förutsättningen för att den önskade mångfalden skall kunna uppnås, detta sker genom konkurrens. I NPM-diskursen vi belyser har nya värden för vården som organisation legitimerats och framförts som nödvändiga. Vissa nya värden framhålls som nödvändiga för vården att beakta, såsom mångfald och valfrihet. Sedan framhålls en metod som nödvändig för att vården skall kunna ta hänsyn till dessa värden, nämligen konkurrens. Att på sätt artikulera och reartikulera betydelser är del av en ny diskurs inom vården, för vilken fritt *vårdval* framstår som en naturlig följd på det utredningarna väljer att ta upp.

I analysen av hur begreppet *patient* artikuleras i utredningen *Patienten har rätt* (1997:154) visade vi hur patienten framställs på ett sätt som stämmer väl överens med den neoklassiska ekonomistiska människosyn som Fotaki redogjort för i sin forskning (Fotaki 2011, s. 949). Vi menar att man från myndigheternas håll på så sätt konstruerat en bild av patienten som passar den valfrihetspolicy riksdagen röstade igenom. Detta menar vi är problematiskt då bilden har en liten förankring i den empiriska verkligheten vilket vi redogjort för i avsnitt 1.2.1 i kapitel 1 (Fotaki 2011: 949, Fredriksson 2013: 195, 205).

Vi har också visat på att det finns en tendens att uttrycka sig om en gammal och ny generation patienter i utredningen. Vi menar att detta är viktigt då det riskerar att dölja det faktum att en stor del av befolkningen hör till den kategori som i utredningen benämns som den *gamla generationens patient*. Det systematiska talet om de två kategorierna av patienter som generationer får den gamla generationens patienter att framstå som utdöende. Ett tidigare stadium i utvecklingen som är eller håller på att passeras. Denna bild förstärks ytterligare av den återkommande användningen av adjektiven “traditionell” och “modern” som för tankarna till moderniseringsteorins föreställning om en linjär utveckling mot framtidens framsteg utan återvändo. Ordet *traditionell* används frekvent i beskrivningen av den gamla generationens patient och får denne att framstå som någon som tillhör det förflutna medan den nya generationens patient beskrivs som någon som tillhör nuet och framtiden. Den återkommande bilden av den traditionella patienten som en utdöende generation gör att de egenskaper som sammankopplats med denna patienttyp också framstår som försvinnande fenomen. Framtiden tillhör den välutbildade, resursstarka, initiativrika och kompetenta individen. Passivitet och okunskap är egenskaper som tillhör det förflutna.

Den största paradoxen är kanske att den nya generationens patient, trots allt tal om individualitet och heterogenitet faktiskt framställs som en ganska homogen grupp som besitter en rad gemensamma egenskaper. De beskrivs alla som: välutbildade, välinformerade och besitta tillräckliga resurser för att ta reda på relevant information. Om man ska tro socialstyrelsens statistik tycks dessvärre den gamla generationens passiva patient leva kvar på många håll i landet (se till exempel Socialstyrelsen 2012: 42). Vi menar att det systematiska talet om den nya patienten som en naturlig del av utvecklingen döljer det faktum att de egenskaper som den gamla patienten besitter beror på strukturella ojämlikheter i samhället. Brist på utbildning, en oförmåga att ta ansvar för den egna hälsan och finna information om den bästa behandlingen är inte egenskaper försvinner automatiskt bara för att tiden går.

5. Källförteckning

5.1 Källor

Johansson, Ola – Krönman 2003. *Maria Att vårda vården. Statens Offentliga utredningar* 2003: 23. Stockholm: Regeringskansliets förvaltningsavdelning

Barrbrink, Lena - Kärvinge, Christina 1997. *Patienten har rätt. Statens offentliga utredningar* 1997:154. Stockholm: Regeringskansliets förvaltningsavdelning

5.2 Litteratur

Bergström, Göran - Boréus, Karin (2005). *Textens mening och makt. Metodbok i samhällsvetenskaplig textanalys*. Studentlitteratur: Lund.

Fotaki, Marianna (2010). *Towards developing new partnerships in public services: users as consumers, citizens, and/or co-producers in health and social care in England and Sweden* in *Public Administration*; 2010, Vol. 89 No. 3

Fredriksson, Mio – Blomqvist, Paula – Winbladh, Ulrika (2012). *The trade-off between choice and equity: Swedish policymakers' argument when introducing patient choice* in *Journal of European Social Policy*; 2013, Vol. 192 No. 23

Hall, Patrik - Löfgren, Karl (2006) *Politisk styrning i praktiken*. Liber: Malmö

Konkurrensverket (2012). *Upphandlingsreglerna – en introduktion*.

Lundquist, Lennart i Rothstein, Bo (red.) (2010) *Politik som organisation*. SNS Förlag: Stockholm

Pierre, Jon – Sundström, Göran (red.), (2009). *Samhällsstyrning i förändring*. Malmö: Liber.

Rothstein, Bo (2010) *Vad bör staten göra? Om välfärdstatens moraliska och politiska utmaningar*. SNS Förlag: Stockholm.

Røvik, Kjell Arne (2008). *Managementsamhället - Trender och idéer på 2000-talet*. Liber: Malmö.

Socialstyrelsen (2012) *Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv. Slutredovisning*. Tillgänglig på <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-9>

Winther Jørgensen, Marianne - Louise Phillips (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Studentlitteratur: Lund.

5.2 Lagrum

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Lagen om valfrihetssystem (2008:962)