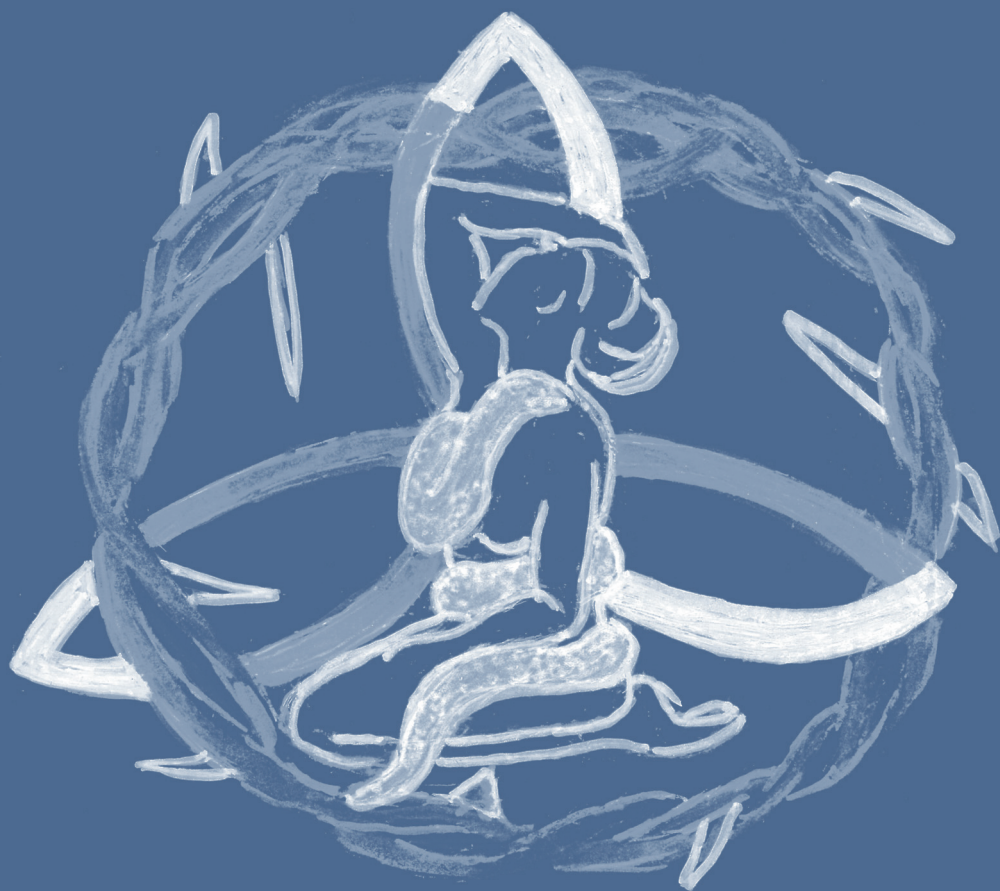


# Doktors dilemman

Att välja läkemedel med standarder som styrverktyg:  
effekter och konsekvenser

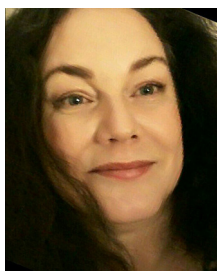
Anna-Maria Lagrelius



## Doktors dilemman

I millennieskiftets Sverige blev oron för läkemedelskostnaderna och den allt snabbare kostnadsökningen ett allt mer akut styrproblem för Staten. Kostnaderna ökade belastningen på statskassan, samtidigt som Staten vare sig kunde kontrollera vad läkarna skrev ut eller hade legitimitet nog att beordra dem att skriva ut färre och billigare läkemedel. Med kostnadsökningarna och läkarnas autonomi stod Staten inför både kostnads- och styrdilemman. Gjordes ingenting skulle Staten komma att ses som svag och ekonomiskt oansvarig. Samtidigt skulle varje sparpaket kunna uppfattas som nedskärningar i välfärden och leda till impopularitet med bestraffning i nästkommande val. Med direkta styråtgärder för vad läkarna borde göra, i synnerhet av ekonomiska skäl, skulle Staten kunna förlora både anseende och legitimitet som huvudman för Hälso- och sjukvården.

Med dessa utmaningar, scenarier och dilemman i vågskålarna, valde Staten att pröva ett nytt styrverktyg och lagstifta om standarder för lämpliga läkemedel för olika åkommor, som läkarna i respektive landsting borde följa. Standarder, organisatoriska handlingsregler som samtidigt är frivilliga att följa och tolka. Styrning genom frivillighet. Kan ett frivilligt styrverktyg som standarder leda till effekter på läkarnas val av läkemedel? Och om det är standarderna som bäst kan förklara den önskade förändringen - vilka mekanismer som specifikt har med standarderna att göra, kan förklara effekten? Den här studien visar att standarderna hade effekt, att ledningskontrollen ökade på bekostnad av läkarnas autonomi samt att den kanske främsta mekanismen bakom standardernas effekt var att standarderna aktiverade dilemman, dissonanser som läkarna på olika sätt försökte hantera och reducera.



### Anna-Maria Lagrelius

har under lång tid intresserat sig för regler och styrning, organisatoriska handlingsregler dess effekter och mekanismer. På senare år även frågor om godhet och ondska i organisationer med dess medarbetare, vad ondska och godhet kan vara, hur det hanteras, vad det väcker och varför?

# Doktors dilemman

Att välja läkemedel med standarder som  
styrverktyg: effekter och konsekvenser

Anna-Maria Lagrelius

## Akademisk avhandling

som för avläggande av ekonomie doktorsexamen  
vid Handelshögskolan i Stockholm  
framläggs för offentlig granskning  
fredagen den 2 juni 2017, kl 13.15,  
sal 520 (Bonnierrummet), Handelshögskolan,  
Sveavägen 65, Stockholm



## Doktors dilemman

Att välja läkemedel med standarder  
som styrverktyg: effekter  
och konsekvenser



# Doktors dilemman

Att välja läkemedel med standarder  
som styrverktyg: effekter  
och konsekvenser

Anna-Maria Lagrelius





Dissertation for the degree of Doctor in Philosophy (Department of Management and Organisation), presented at Stockholm School of Economics, 2017

Doktors dilemman: Att välja läkemedel med standarder som styrverktyg: effekter och konsekvenser

© SSE och författaren, 2017

ISBN 978-91-7731-040-2 (tryckt)

ISBN 978-91-7731-041-9 (pdf)

*Omslagsillustration:*

© *Kallelsen* av Anna-Maria Lagrelius, 2017

*Foto:*

Privat, 2017

*Tryckeri:*

Ineko, Göteborg, 2017

*Nyckelord:*

Standarder, styrning, management, läkare, distriktsläkare, läkemedel, hälso- och sjukvård, reform, dilemma, dissonans, regelföljande, Wittgenstein

*“I want to be inside your darkest everything”*

(Frida Kahlo)





# Förord

Föreliggande arbete utgör resultatet av ett forskningsprojekt som bedrivits vid Institutionen för Företagande och Ledning vid Handelshögskolan i Stockholm.

Arbetet läggs fram som en doktorsavhandling vid Handelshögskolan i Stockholm. Som brukligt är har författaren haft full frihet att självständigt utforma och presentera sitt forskningsprojekt.

Handelshögskolan är tacksam för det finansiella stöd från Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR)/Vetenskapsrådet (VR) samt Riksbankens Jubileumsfond (RJ), som möjliggjort projektets genomförande.

*Göran Lindqvist*

Director of Research  
Stockholm School of Economics

*Andreas Werr*

Professor och chef för Institutionen  
för Företagande och Ledning



## Författarens tack

*Att utveckla förmågan till uppmärksamhet är studiernas egentliga syfte [...]. Så fattad får varje uppgift en viss likhet med ett sakrament [vars] fulla mått [består] i att kunna fråga sin nästa: Vad är det som plågar dig? [Lyssna på, se henne med] en uppmärksam blick.  
(Simone Weil)*

För mig personligen, har hela detta projekt, från dess tidigaste idé till det resultat som här kommer att presenteras, handlat om att vara uppmärksam. I den mån det har lyckats, finns ett antal personer och organisationer att innerligt tacka. Handelshögskolan och Nils Brunsson som accepterade mig som doktorand. Riksbankens Jubileumsfond samt Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet/Vetenskapsrådet, som finansierade stora delar av arbetet. Karin Fernler, dina projekt jag fick möjlighet att delta i, de många kontakter in i hälso- och sjukvården du förmedlade.

Tack också till Karin, Nils Brunsson och Staffan Furusten för er öppenhet att låta mig utforska mina forskningsfrågor uppmärksam. Tack också för att ni med era personliga exempel att forska och tänka, fick mig att våga bejaka min egen lust och passion och därmed också gjorde mig uppmärksam på att det är skillnad mellan en uppmärksam blick och muskelanspanning.

Nils Brunsson och Staffan Furusten går knappast att nog tacka i rollen som handledare, för ert tålamod och ständigt lika berikande engagemang tillgänglighet. Tack för era många uppmärksamma läsningar av mitt material samt all konstruktiv (och ibland mycket bestämda) kritik och ifrågasättanden som tvingade mig att tänka om. Med er kritik tvingade ni mig att skriva fram och successivt utveckla det jag såg och sett, empiriskt som teoretiskt. Tack båda två för inte bara strukturerad handledning utan också alla samtal kring regler, regeltypologier, att tillsammans med er ständigt vända upp och

ned och in och ut på begrepp efter begrepp, inte minst att då och då lyfta blicken till mer övergripande perspektiv.

Tack Nils för vardagsfilosofiska samtal om finessen och vikten med begrepp som synd och hyckleri. Tack båda två för alla 'promenaderna' i huvudet ert engagemang i att låta mig göra detsamma. Många av dessa samtal-santeckningar har jag kommit att återvända till många gånger, till exempel tankar om institutionell teori, över till empirisk beslutsteori, expertis och regler, som jag så småningom upptäckte var som gjorda för att leda vidare till både rättsfilosofi och socialpsykologi.

Tack Staffan för alla samtal om kunskap, expertis, tips om professionslitteratur som Abbot, etnometologiska sätt att närstudera socialinteraktion som Garfinkel och Ervin Goffmans, utan dessa samtal hade jag inte funnit begrepp för det jag såg och hade inte heller kunnat strukturera upp slutsatser och empiri lika (förhoppningsvis) tydligt. För att inte nämna alla vänliga sågningar och krångliga utvecklingar av sidospår av alla slag som jag lätt förlorade mig i. Tack Staffan för ditt obegripliga tålamod de perioder då det inte kom särskilt mycket text och den obändliga övertygelse du förmedlade till mig att jag skulle bli färdig. Det är stort. Ett särskilt tack också till Mats Edenius för att du uppmärksammade mig och uppmuntrade mig att börja forska överhuvudtaget och för kommentarer på texten som hjälpte mig att tydligare strukturera mina tankar, observationer och idéer.

Ett stort och ödmjukt tack också till alla de läkare som lät sig intervjuas, verksamhetschefer som gjorde det möjligt för mig att följa med distriktsläkare i deras arbete med patienter på vårdcentralerna, sjukhem, på jour och akutmottagning, vid utbildningstillfällen, läkemedelsluncher, konferenser på kursgårdar mm.

Därutöver finns en rad personer som med sina kunskaper och erfarenheter varit oundgängliga för varje förtjänst detta arbete må ha, genom att på område efter område göra mig mer uppmärksam. Roger Hennings kritik och positiva kommentarer till samtliga avhandlingskapitel gladdade mig extra mycket liksom vänligheten att under den tid vi delade arbetsplats vara tillgänglig för läsning och kommentarer. Susanna Alexius och Kristina Tamm-Hallström är jag också stort tack skyldig, inte minst för er kritiska och konstruktivt uppmärksamma läsning när mina texter väl formade sig till distinkta kapitel.

Jag känner också att jag vill (och bör) lyfta fram betydelsen av dig Susanna för mitt projekt. Tack vare din avhandling (Regelmotståndarna – om konsten att undkomma regler) blev jag i dina teoriavsnitt uppmärksam på alternativa regeltypologier och deras förtjänster och brister. Det ledde i sin tur till upptäckten att den analytiska potentialen i Brunsson och Jacobssons regeltypologi var mer intressant och fruktbar än jag först insett. Genom din avhandling introducerade du också klassiska regelteoretiska frågor och kontroverser inom rättsfilosofin för mig, med bäring på frågor om moral, integritet och samvetsfrågor. Tre meningar i din avhandling provocerade mig till den grad att försökte hitta felet med dem i flera år. Tack vare dem tvingades jag att undersöka dina argument uppmärksam och så småningom upptäcka förutsättningarna för de olika utsagorna och insikten att till synes motsatta slutsatser kunde vara rätt samtidigt. Inte minst fick det mig att se att Wittgensteins utsagor om tolkning inte självklart gäller alla typer av handlingsregler.

Tack också Klas Roth. För diskussioner om läkare och regler, för att du delade med mig av det du själv skrivit om Wittgenstein och dina kunskaper om hans syn på relationen mellan regelföljande och praxis. Tack för otaliga samtal om kunskap. Forskandets gränser (och glädje). Samtal om psykoanalytiska aspekter av det som händer i organisationer och bland dess medarbetare och för att du hjälpte mig utveckla också moraliska aspekter på autonomi och hjälpte mig att härleda mina läsningar av Arent och observationer och tankar från såväl den empiriska beslutsteorin, rättsfilosofin och socialpsykologin tillbaka till moralfilosofiska frågeställningar och relevansen av Immanuel Kant i Arendts sätt att bedöma handlingsutrymme och ondska i byråkratiska och totalitära organisationer där resultatet av verksamheten resulterat i katastrof. Tack också för mycket roligt och oändligt många givande samtal utöver detta, samt praktisk hjälp och stöd med allt från mat till läsningar och förslag på korrektur och mer kärnfulla sammanfattningar.

Förutom alla dem som bidragit till mitt projekt och den text som strax tar sin början, är ingen människa en ö. Det känns därför på sin plats att särskilt omnämna några av dem personer, vars kärlek och stöd jag aldrig hade klarat mig förutan. Tack Monica och Östen, kära föräldrar för att jag fick växa upp med böcker och forskning och utrymme för kreativitet och att få vara udda. Tack innerligt för den starka visshet, som ni både med och utan

ord förmedlade till mig, när det fanns skäl men långt oftare när varje vettigt skäl till det saknades, den bortom varje tvivel och för mig alltid lika obegripliga uppfattningen: ”Du! är strålande”. Tack också för dem mer svåra erfarenheterna: i synnerhet det stundom tunga ansvar ni lät mig bära alltför ensam, men som å andra sidan gjorde fria tankar möjliga och världen öppen.

Ett tack också till mina bröder Anders och Jan, för ert tålmod med mig samt ert stöd och uppmuntran. Ett innerligaste av tack till Ammi, Desirée och Klas. Utan er vänskap, lojalitet, innerliga kärlek, tolerans, integritet och förmåga att vara uppriktiga på riktigt, hade mitt liv varit så mycket svårare (och tråkigare!). Att hitta sådana vänner som ni, kärleksfulla, kloka, trofasta, starka, tillgängliga som samtidigt vågar vara sårbara; förmår växla mellan högt och lågt, det mest opretantiösa och vardagligt ytliga till det svåra, gåtfulla, andliga, engagerade i livet, samhället och världen, kapabla till dem mest njutbara promenader i huvudet, är en oförtjänt gåva. Jag gillar (älskar er) så.

Ett särskilt tack vill jag också rikta till två personer som betytt och betyder en hel del som förebilder för mig i att utöva integritet och mod. Du är en av dessa kära kusin Angelique (om än detta kommer oväntat för dig) liksom du Karina Blecher (och bara så ni vet är varje protest från er sida utan någon som helst verkan så det är ingen idé att ens försöka). Tack Anders Nyström för alla samtal kring livet, själen och det praktiska. Tack Susanne Åberg och Per-Ove Nelstrand för att ni stärkt min inre övertygelse om betydelsen av sådant som är verkligt viktigt i livet. Utöver detta finns många andra som med rätta bör känna sig inkluderade i mitt tack, då jag på så många sätt är er stort tack skyldig. Av utrymmesskäl måste det emellertid bli något av ett kollektivt tack också för att inte någon ska känna sig glömd. Familjemedlemmar, vänner, kollegor, arbetskamrater

Ett alldeles särskilt och innerligt tack till dig Magdalena. Jag beundrar dig mer än jag någonsin kan uttrycka i ord. Jag är dagligen tacksam för ditt tålmod med mig som förälder, och för att du varje dag förlåter mig trots mina oändligt många brister, och all frustration jag tyvärr skapar hos dig mellan varven. Ingen människa har lärt mig mer om empati och förmågan (och nödvändigheten) att se saker ur andra perspektiv än du. Ingen människa har lärt mig mer om kommunikation och vikten (och möjligheten) att

tänka annorlunda. Ingen människa har lärt mig mer om kreativitetens förlösande kraft och ingen har lärt mig mer om vikten att tala, känna, känna in, tala sanning och uppskatta sanning. Ingen människa har lärt mig mer om vad kärlek är, vad det verkligen är att älska en annan människa och nåden att själv få vara och känna sig älskad tillbaka. Tack för att du finns i mitt liv och att jag får finnas i ditt.

Avslutningsvis vill jag också rikta ett tack till dig Christine Zyka på Newmaninstitutet, som introducerade Simone Weil för mig. I läsningen av hennes texter gavs mina erfarenheter ett språk jag inte haft förut. Ord till insikten att hela mitt projekt och bidragen från alla dem jag är så stort tack skyldig, handlat om att utveckla förmågan att vara uppmärksam och att denna uppmärksamhet inte främst består i att söka, utan många gånger i att bromsa in tanken och vänta. Förhoppningsvis och helst inte lika länge som i mitt fall kanske, men tillräckligt länge för att kunna ställa frågor till vår nästa utan eget innehåll och därefter lyssna uppmärksam. Betrakta vår nästa, oss själva och de organisationer och frågeställningar vi möter, med uppmärksam blick.

*Stockholm, 1 Maj, 2017*

*Anna-Maria Lagrelius*





# Innehåll

KAPITEL 1. Inledning .....	1
Statens dilemman .....	4
Standarder: ett styrverktyg mellan ledningskontroll och autonomi .....	9
Standarder: egenskaper, särdrag, avgränsningar .....	11
Regel och regelkaraktäristika .....	11
Standarder jämfört med andra slags regler .....	13
Olika typer av standarder, användningsområden och nya användningsområden ... ..	15
Syfte och forskningsfråga .....	18
Vad kan förklara standarders effekter? .....	18
Disposition .....	19
KAPITEL 2. Standarders effekt på individuella och organisatoriska beteenden .....	23
Begreppet effekt .....	24
Effekt och regelföljande .....	27
Effekt som ett resultat av regeltexten ... ..	28
Regelföljande – på basis av vad? .....	28
Regelföljande som processen att följa en viss regel: att definiera jag, situation och bör .....	32
Nödvändigheten av villkorsramar, tolkningsramar och kunskap .....	36
Kunskap, kunskapsanspråk och etiska överväganden .....	40
Utmaningar, möjligheter och möjliga mekanismer .....	43
Sammanfattning .....	47
KAPITEL 3. Design, tillvägagångssätt, och tolkning av data .....	51
Design och tillvägagångssätt .....	51
Delstudie ett – kommittéerna .....	52

Delstudie två – distriktsläkare på tre vårdcentraler.....	59
Delstudie tre – Bakgrunden till delreformen med standarder.....	67
Förhållningssätt vid intervjuer, deltagande observationer och tolkning av data.....	70
Ett fenomenologiskt förhållningssätt.....	71
Ett tolkande förhållningssätt .....	71
Särskilda omständigheter.....	72
Begränsningar och avgränsningar.....	73
Avslutningsvis.....	74
<b>KAPITEL 4. Föreställningar om läkargestalten och föreställningar om läkemedelskostnader under 1900-talet.....</b>	<b>77</b>
Läkarna och tolkningsramen autonomi: föreställningen om läkarna som svårstyrda.....	78
Den tidiga organiseringen .....	78
Läkaren blir ämbetsman i statens tjänst.....	79
Den administrativa ordningen befästs .....	81
Läkaren och kritiken mot praxis .....	83
Läkargestalten – tolkningsramar och ideal .....	86
Principen om autonomi – principen om ledningskontroll. . . . .	89
Läkemedelskostnaderna och tolkningsramen: läkemedelskostnader som ett problem för statskassan (och den framtida välfärden).....	90
Läkemedelskostnaderna 1944 till 1955 – kostnader som ett uttryck för välfärd.....	90
Läkemedelskostnaderna på 1980-talet – en icke-fråga .....	92
Tolkningsramen för synen på läkemedelskostnaderna under 1990-talet – från höga till orimligt höga?.....	93
Sammanfattning .....	96
<b>KAPITEL 5. Från frivillig organisering till lag: läkemedelskommittéer och läkemedelsråd perioden 1960–1995 .....</b>	<b>99</b>
Bakgrunden till läkemedelskommittéerna .....	100
De tidiga sjukhusbaserade kommittéerna på 1930- och 1940-talet: läkemedelsförsörjning och säkerhet i fokus .....	100
Karolinska sjukhusets läkemedelskommitté på 1960-talet (ny teknik gör entré).....	101

Entusiasm och förhoppningar:	
Läkemedelskommittéerna 1966–1981.....	102
Misslyckanden och nya förväntningar:	
läkemedelskommittéerna 1981–1995 .....	103
Läkemedelreformens tillblivelse .....	104
Delbetänkandet Reform på Recept 1995:122.....	105
Riksdagsdebatten: Lagen om läkemedelskommittéerna debatteras i kammaren.....	106
Slutbetänkandet ”God vård på lika villkor” 1999 .....	110
Läkemedelskommittéerna får en delvis ny roll .....	112
Läkemedelskommittéerna: ansvar, möjligheter och uppdrag.....	114
Läkemedelreformen och kommittéernas standarder byggs in i ett ekonomiskt-administrativt system.....	115
Läkemedelskommittéernas: en del av reformpaketet	
Läkemedelsreformen .....	116
Nya och förändrade regleringsobjekt.....	117
Tolkningsramen ”läkarnas ansvar” förstärks.....	118
Delvis oförändrade villkorsramar.....	119
Tolkningsramen för kommittéarbetet – läkemedelskostnaderna som ett hot mot välfärden .....	120
Standarder för val av läkemedel mot ”Ont-i-magen” och Depression ...	122
Sammanfattning och diskussion.....	123
<b>KAPITEL 6. Arbetet med standarderna i läkemedelskommittéerna,</b>	
perioden 1999–2001 .....	125
Tre läkemedelskommittéer – Storstad, Mellanstad och Länsbygd .....	126
Storstad.....	126
Mellanstad .....	127
Länsbygd .....	128
Organisation och verksamhet i de tre kommittéerna .....	130
Innehållet i standarderna, regeltexten och dess utformning.....	133
Standarden för Ont-i-magen i Storstad .....	133
Standarden för behandling av Depression i Storstad.....	136
Standarderna för Ont-i-magen och Depression i Storstad:	
logik och förändringsambition .....	138
Standarden för Ont-i-magen i Mellanstad.....	139

Standarden för Depression i Mellanstad.....	140
Standarderna för Ont-i-magen och Depression i Mellanstad:	
logik och förändringsambition .....	141
Standarden för ont-i-magen i Länsbygd .....	142
Standarden för Depression i länsbygd .....	143
Standarderna för Ont-i-magen och Depression i Länsbygd:	
logik och förändringsambition .....	144
Förändringar i det organisatoriska nätverket kring kommittéerna.....	145
Staten flyttar fram sina positioner	
på läkemedelsinformationsområdet.....	146
Läkemedelskommittéerna i förhållande till landsting	
och skattebetalare .....	147
Det ekonomiskt-administrativa systemet .....	149
Diskussion: likheter och skillnader i argument	
och förändringsambition.....	150
Sammanfattning .....	152
<b>KAPITEL 7. Att följa standarder – följsamhet bland distriktsläkare</b>	
på tre vårdcentraler .....	155
Bruket, Kyrkbyn och Ön.....	156
Mellan läkemedelskommitté och vårdcentral: följsamhet och	
förskrivningsdata för läkemedel mot Ont-i-magen respektive	
Depression perioden 1999 till 2001 .....	158
Följsamhet baserat på förskrivningsdata för läkemedel	
mot Ont-i-magen och Depression i Kyrkbyn och Bruket .....	159
Följsamhet baserat på observationer och samtal utifrån från studien	
av distriktsläkare på Bruket, Kyrkbyn och Ön .....	166
Avgränsningsproblem.....	167
Att följa standarder .....	177
Standarden för Ont-i-magen .....	177
Standarden för Depression .....	180
Följsamhet ur distriktsläkarnas perspektiv .....	182
Doktorsdilemman – läkaren i en utsatt position.....	183
Reglerad av tiden .....	189
Reglerad av kollegor, ytterligare standarder och myndigheter .....	191
Reglerade genom förändringar i självuppfattningen.....	192

Skapandet av personligt utrymme .....	193
Sammanfattning och diskussion.....	194
KAPITEL 8. Att följa standarder – följsamhet bland distriktsläkare	
på tre vårdcentraler.....	199
Effekten på val av läkemedel.....	199
Framgångar – men inte på alla områden.....	201
Effekten på medicinsk kunskap .....	204
Effekter med avseende på ekonomisk upplysning och ekonomiskt	
ansvarstagande.....	208
En oväntad effekt – doktorsdilemman.....	209
Standardernas effekter: alternativa förklaringar.....	213
Effekter och orsakssamband: regelföljande respektive tillämpning.....	216
Sammanfattning och empiriska slutsatser.....	218
KAPITEL 9. Standardens mekanismer.....	223
Standardens mekanismer.....	224
Social responsivitet .....	224
Meningsbestämning.....	232
Dissonansreduktion.....	239
Implikationer.....	243
Sammanfattning teoretiska och empiriska bidrag.....	246
Avslutande reflektioner.....	249
Referenser.....	253
Böcker, bokkapitel, artiklar, rapporter och uppsatser.....	253
Rapporter, Statens offentliga utredningar (SOU).....	267
Websidor.....	268
Lagar, förordningar, direktiv.....	268
Övrigt skriftligt material/empiriskt material samt TV	
(dokumentärfilm).....	269
Förteckning över figurer/tabeller.....	271
Bilagor.....	273
Bilaga 1. Brev/förfrågan till ordföranden i Läkemedelskommittéen	
i Mellanstad angående studie av vårdcentraler baserat på skillnader	
i förskrivningsstatistik .....	275

Bilaga 2. Statistik VC, <i>PPI</i> (Losec) .....	277
Bilaga 3. Diskussion/anteckningar/resonemang med anledning av statistik över förskrivna läkemedel för Depression för Bruket och Kyrkbyn.....	279
Bilaga 4. Faktoranalys.....	285
English summary .....	287

# Kapitel 1

## Inledning

Ett dilemma är en situation där varje handlingssätt riskerar att leda till oönskade konsekvenser. När läkemedelskostnaderna uppmärksammades som ett av de stora styrproblemen i hälso- och sjukvården inför 2000-talet ställdes först staten, därefter läkarna i offentlig tjänst inför ett dilemma. Innan de frågeställningar och empiriska studier vars resultat som den här avhandlingstiteln syftar på kan presenteras, kommer bakgrunden att redogöras för på så klart och noggrant sätt det här varit möjligt. Men allt i sin tid. I detta första inledande kapitel med presentation av forskningsfrågan och den vidare textens disposition, kommer jag att börja med det dilemma som på sitt sätt kom först: ett politiskt-ekonomiskt dilemma, statens<sup>1</sup> dilemma om man så vill.

I slutet av 1990-talet och i Sverige, i synnerhet från 1990-talet och framåt, hade statens utgifter för läkemedel ökat kraftigt för att i mitten av 1990-talet nå närmare 10 procent per år (SBU 1995:122:53–55<sup>2</sup>). Ökningen väckte en oro inför framtidens läkemedelskostnader och hur skatteintäkter och offentliga medel skulle räcka till. En allt hetare politisk fråga blev därför hur kostnadsökningarna skulle kunna minska (och helst utan att kvaliteten i läkemedelsanvändningen försämrades).

---

<sup>1</sup> Med staten avses här den offentliga myndighetsstrukturen sammantagen, oavsett nivå (stat, landsting, kommun) inklusive Riksdagen i och med att godkännande, prissättning samt tillsyn för läkemedel gäller på samma sätt för riket som helhet, samt då läkemedelsförmånen omfattar samtliga medborgare i Sverige och gäller på samma sätt.

<sup>2</sup> Ovan är det den totala reala kostnadsökningen som avses (SF 1999, band III:70).



I syfte att få grepp om kostnadsproblemen och föreslå åtgärder tillsatte statsmakterna en utredning, den så kallade Hälso- och Sjukvårdsutredningen (HSU 2000). En av huvudslutsatserna blev dels att nya och dyrare läkemedel konkurrerade ut äldre och billigare alternativ, dels att förskrivningen av läkemedel på vissa medicinska områden var onödigt hög. Både förskrivningen av dyra läkemedel och den antagna överförskrivningen av läkemedel för vissa medicinska åkommor, tolkades av utredarna som att läkarna behövde stöd i sin kunskapsbildning. Att de behövde få ekonomisk kunskap om vad förskrivningen kostade men också hjälp att välja vilka läkemedel som var bäst, kanske inte skriva ut vissa läkemedel överhuvudtaget och inte alls om det inte var medicinskt motiverat. Ansvar för kunskapsinhämtningen kunde enligt utredarna inte läggas enbart på läkarna då:

Kunskapsmassan om läkemedel är komplex, omfattande och förändras kontinuerligt till följd av nya läkemedel och nya kliniska erfarenheter. Även om det är den enskilde förskrivarens ansvar att tillse att han/hon har tillräckliga kunskaper, kan man konstatera att det inte är möjligt för honom/henne att ta detta ansvar utan att få stöd för sin kontinuerliga fortbildning. (SOU 1995:122:223)

Ytterligare ett dilemma var på vilket sätt läkarna skulle kunna förmås att förändra sin förskrivning i en av statsmakterna önskad riktning i ljuset av en lång tradition av medicinsk-professionell autonomi. När det gällde läkemedel var läkares autonomi av hävd dessutom uttryckt som en rättighet, den så kallade fria förskrivningsrätten<sup>3</sup>. Enligt denna stod det läkarna fritt att efter eget omdöme välja vilket läkemedel de skulle förskriva (eller inte) till, utan att styras av administrativa, finansiella eller organisatoriska påbud. Deras personliga kunskap och expertis hade av hävd setts som tillräcklig.

Ett förslag från utredarnas sida som gällde hur styrningen av läkarna skulle kunna öka, var att inrätta och lagstifta om landstingsanknutna kommittéer (läkemedelskommittéer) med uppdraget att utfärda rådgivande rekommendationer (standarder) på läkemedel som läkarna i respektive län i första hand borde välja för vanliga åkommor. Standarderna skulle vara specifikt riktade till landets läkare och även om de endast föreslogs bli rådgi-

---

<sup>3</sup> Rätten för läkaren att fritt välja att förskriva ett visst läkemedel till sin patient baserat på sin kunskap, utan annan administrativ hänsyn än att läkemedlet ska vara godkänt i Sverige.

vande var tanken med dem att de skulle följas. Kommittéerna skulle också på annat sätt stödja en från läkemedelsindustrin oberoende kunskapsproduktion. Bland annat genom att ta ställning till nya och gamla läkemedelslämplighet, medverka till uppdaterade lokala anvisningar för hur olika medicinska åkommor skulle behandlas och samarbeta med nationella organ som SBU, Läkemedelsverkets workshops och liknande (SOU 1995:122:251). Kommittéernas urval skulle inte bara baseras på medicinsk lämplighet utan också till vad läkemedlen kostade staten. Sammantaget bestod reformpaketet av följande förslag:

1. Förändringar i förmånssystemet (införandet av ett högkostnads-skydd<sup>4</sup>)
2. Lag om receptregister
3. Överföring av kostnadsansvar från staten till landstingen
4. En lag om författningsreglerade lokala läkemedelskommittéer, en per landsting, med uppdrag att utfärda standarder för vilka läkemedel läkare borde förskriva (och inte), följa upp effekten av dessa standarder, samt informera om medicinskt- och ekonomiskt lämpliga läkemedel.

Reformpaketet kom att kallas *Läkemedelsreformen*. Den första delreformen trädde i kraft den 1 januari 1997 (förändringen av den skattefinansierade läkemedelsförmånen och lagen om högkostnadsskydd) och innebar att vissa patienter fick betala mer för sina läkemedel och andra mindre<sup>5</sup>. Den andra delreformen (lagen om receptregister) hade inget klart datum för ikraftträdande utan var beroende av att ett ekonomiskt-administrativt system ut-

---

<sup>4</sup> En maxgräns för hur mycket en patient totalt skulle behöva betala på ett år för samtliga förskrivna läkemedel.

<sup>5</sup> Det har i Sverige funnits flera sätt på vilken staten subventionerat de läkemedel som förskrivits (se SF 1999, band III:23-87). Något förenklat baserades den subventionsmetod som var i bruk närmast innan reformen på en idé om kostnadsfria läkemedel för vissa patienter (specificerade läkemedel på vissa medicinska områden och för vissa typer av diagnoser). Med det nya högkostnadsskyddet infördes istället principen att alla patienter ska betala något och istället för helt kostnadsfria läkemedel sattes en maxgräns för hur mycket varje medborgare maximalt skulle behöva betala för läkemedel oavsett medicinskt område och diagnos, med detta togs listan med helt kostnadsfria läkemedel bort.

vecklades. Detsamma gällde för den tredje delreformen (överföringen av kostnadsansvar), som därutöver krävde att förhandlingarna om ekonomisk ersättning mellan staten och landstingen var klara. Den fjärde delreformen, lagen om läkemedelskommittéer med uppgift att välja ut och informera om vilka läkemedel som skulle användas, trädde i kraft den 1 januari 1997<sup>6</sup>. Lagen om läkemedelskommittéer samt förändringarna i läkemedelsförmånen, var de första av delreformerna att genomföras.

## Statens dilemman

Att minska kostnaderna var ingen enkel fråga för statsmakterna. Inte heller var frågan om hur läkare skulle kunna styras särskilt lätt. Styrprincipen för den medicinska delen av hälso- och sjukvården i Sverige hade länge varit *autonomi*<sup>7</sup>, vilket här avser att det medicinska beslutsfattandet delegerats till den medicinska professionen. Styrprincipen autonomi har också traditionellt sett varit den styrprincip, som gjort det svenska statliga huvudmannaskapet möjligt och legitimt (Rothstein 1991/2001).

Den organisatoriska styrform som bäst fångar den medicinska organisationsstrukturen i den svenska hälso- och sjukvården är det som Mintzberg kallat ”*professionell byråkrati*” (Mintzberg 1993/2009:189 samt kapitel 10).<sup>8</sup> Kännetecknet för dem är just den från organisationsledningen erkända självbestämmanderätten hos de som utför det operativa arbetet. I Mintzbergs modell avgörs styrformens lämplighet av vilken roll kunskap och expertis spelar för arbetets praktiska utförande, hur komplex den kunskap som behövs är och i vilken mån den nödvändiga kunskapen kan sägas vara stabil över tid. I miljöer där kunskapen är central, komplex och föränderlig, har beslutsmandatet för det operativa arbetet lämpligen lagts hos de

---

<sup>6</sup> Lag (1996:1157) om läkemedelskommittéer, ändrad/kompletterad 2013 (SFS 2013:1022) med att E-hälsomyndigheten ska lämna uppgift om läkemedelsförskrivningar också av personal vid vårdinrättningar inom kommitténs verksamhetsområde och som registrerats enligt lagen (1996:1156) om receptregister. Om läkemedelskommittén finner brister i läkemedelsförskrivning ska kommittén påpeka detta och vid behov erbjuda hälso- och sjukvårdspersonal utbildning för att avhjälpa bristerna (Lag (2013:1022) samt Lag (2013:620) respektive Lag (1996:1157).

<sup>7</sup> Se orden ”*autonomi*” i Nationalencyklopedien samt ”*autonomy*” i Merriam-Webster.

<sup>8</sup> Ett liknande begrepp som använts är, som nämnts ovan, ”*professionell autonomi*” (Rothstein 1991:54-57).

operativt verksamma. I den svenska hälso- och sjukvården har det statliga huvudmannaskapets legitimitet byggts på att det medicinska beslutsfattandet förlagts hos läkarna, baserat på deras kunskap och omdöme. Just omdöme och rätten att fatta beslut baserat på en persons erkända expertis och personliga omdöme är enligt Abbott själva essensen i vad begreppet profession handlar om (Abbott 1988) och där läkarkåren utgör exemplet par excellence.

Autonomi eller *principen om autonomi* kan betraktas som motsatsen till en alternativ styrprincip, *ledningskontroll* – att ledningen beslutar vad som ska göras, vem som ska göra det och på vilket sätt. *Principen om ledningskontroll* kan, enligt Mintzbergs typologi över hur en organisation bör organiseras, ta sig uttryck på flera sätt. Ledningskontroll kan handla om direkta personliga order eller arbetsdelning i kombination med regler för arbetets utförande (givet att det är ledningen som formulerar de regler som styr och samordnar arbetet). Arbetsdelning i kombination med regelstyrning är karaktäristiskt för byråkrati, en organisationsform som enligt Mintzberg är särskilt lämplig i stabila organisatoriska miljöer där det finns en stark önskan från ledningens sida att kontrollera utfallet (Mintzberg 1983/1991).

En av de främsta förespråkarna för byråkratin som organisationsform har varit Max Weber som ansåg att byråkratiska principer gjorde en organisation mer förutsägbar. I den byråkratiska organisationsformen, som Weber beskriver den, är en av de mest centrala poängerna att minska inflytandet från faktorer som kan skapa variation i utfallet, till exempel ad-hoc beslut från ledningen eller den enskilde tjänstemannens omdöme. Särskilt myndigheter är, enligt Weber, lämpliga för att organiseras som byråkratier. På så sätt skapas också en rättssäkerhet, enligt Weber, då varje ärende behandlas som ett fall där principerna för fallets handläggning är lika oberoende av de omständigheter som inte omfattas av regelverket.

Men, byråkratin som organisationsform har också kritiserats. Mintzbergs analys kan betraktas som en kritik då hans modell visar att det inte alltid är en lämplig organisationsform. Till exempel så ansåg Mintzberg inte att byråkratier var lämpliga i verksamheter där det operativa arbetet kräver expertkunskap just därför att det blir dessa som bäst kan avgöra vad som behöver göras. Legitimitetsgrunden för den byråkratiska organisation-

en var således icke-personliga regelverk som skulle styra organisationen (Weber 1983).

Men Weber flaggade också upp för riskerna att överlåta personliga avvägningar till automatiserade handlingsmaximer. I sin analys av uppkomsten av den nya ekonomiska rationalitet som han menade blev allt vanligare i organisationer och i organisatoriska miljöer, menade Weber själv att denna strävan efter effektivitet och rationalitet kunde drivas för långt. De organisationer som strävade efter att eliminera det icke-reglerade i organisationen riskerade att vid någon tidpunkt urarta till en slags järnbur. Bristen på utrymme för personligt omdöme och flexibilitet, skulle vid någon tidpunkt riskera att begränsa organisationens förmåga till effektivitet, istället för att främja den (Weber 1930:181).

Man kan tänka sig många fler aspekter på betydelsen av att behålla omdömesförmåga och omdömeskraft hos administrativt underställda än att bevara organisationens förmåga till effektivitet och flexibilitet. En sådan aspekt handlar om konsekvenserna av organisationens verksamhet för de utanför organisationen som berörs av dess verksamhet.<sup>9</sup>

Enligt ovan förhåller det sig så att en organisation som hälso- och sjukvården, där kunskapsbasen är i ständig förändring och där patienternas behov växlar inte är lämplig att styras med byråkratiska principer. Att styra enligt principen om autonomi innebär en avsaknad av ledningskontroll som kan bli problematiskt för organisationen, till exempel i en situation där organisationen är pressad ekonomiskt. Kostnaderna för produktionen blir då inte något som ledningen har mandat att själva förändra då makten i organisationen är delad. Weber diskuterade tidigt detta styrdilemma och kommenterade det på följande sätt:

When the principle of jurisdictional 'competency' is fully carried through, hierarchical subordination – at least in public office – does not mean that the 'higher' authority is simply authorized to take over the business of the 'lower'. Indeed, the opposite is the rule. (Weber 1946:197)

---

<sup>9</sup> En aspekt av autonomi som också benämns ”*moral independence*” (Merriam-Webster’s angående autonomi).

För att tillämpa Webers resonemang på de ökade läkemedelskostnaderna hade å ena sidan läkaren mandat att själva bedöma vad som borde förskriv-  
vas. Å andra sidan orsakade detta ett administrativt problem för staten i  
form av ett kostnadsproblem staten inte hade mandat att kontrollera. För-  
sök att införa mer ledningskontroll i den operativa delen av hälso- och  
sjukvården på andra områden hade gjorts vid olika tillfällen, men haft svårt  
att nå framgång (Sahlin-Andersson och Östergren 1998; Nilsson 1999). En  
slutsats från både tidigare och mer närliggande studier var därför att läkarna  
var svåra att styra, att den organisatoriska ledningen och läkarna följde olika  
styrprinciper och att läkarna påverkades mer av kollegernas uppfattningar  
än administrativa hänsyn även i de fall ledningen försökte påverka läkarnas  
arbete (Scott et al 1966:269, Bradley 1991, Sahlin-Andersson och Östergren  
1998).<sup>10</sup>

Att läkarkåren påverkades starkt av den egna professionen innebar att  
staten inte bara hade två styrningsprinciper att balansera om, ledningskon-  
troll respektive autonomi. Det innebar också närvaron av en från den stat-  
ligt organiserade vården skild och konkurrerande organisatorisk struktur,  
den professionella. I Sverige byggde läkarprofessionen dessutom på betyd-  
ligt äldre organisatoriska strukturer än den statliga, nämligen skråväsendet,  
därefter kollegiet. Arvet från dessa administrativa strukturer kan bland an-  
nat iakttas i hur de första myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet  
organiserades, till exempel Socialstyrelsen, med specialister från olika medi-  
cinska områden representerade <sup>11</sup> (Gustafsson 1987). Kollegier som organi-  
sationsform har samexisterat med den statliga styrningen av läkarna under  
hela den period det överhuvudtaget funnits offentliganställda läkare i Sve-  
rige.

Förutom statens styrdilemma fanns, som jag nämnde inledningsvis även  
potentiella läkardilemman som statsmakterna var medvetna om och skulle  
kunna behöva ta i beaktande. Läkaren var och är sedan länge en tjänsteman

---

<sup>10</sup> Det finns en stor mängd studier som visat detta, på läkemedelsområdet sammanfattar Bradley  
1991 resultaten från en stor mängd av dessa tidigare studier och Scott et al 1966 och 1999 gör  
detsamma och slutsatserna återkommer i SOU utredningar som SOU 1995:122 och 1999:66.

<sup>11</sup> Nordisk Familjebok 1912, band 5 och 7. Det aktuella avsnittet gäller utvecklingen av de ur-  
sprungliga skråbaserade läkarsammanslutningarna, tidigare sammansättningar av Collegium me-  
dicorum (vilken organiserades om och fick namnet Medicinalstyrelsen).

(Lipsky 1980, Johansson 1992), inordnad det offentliga men också personligen medicinskt ansvarig för specifika individers hälsa. Att förändra balansen mellan de två styrprinciperna autonomi och ledningskontroll skulle därför kunna innebära att läkaruppdraget ställdes mot ämbetsmannauppsdraget. En risk som staten ställdes inför var därför hur detta eventuella läkardilemma skulle kunna hanteras av läkarna. En annan risk var att ett sådant dilemma skulle kunna falla tillbaka på staten. Ett motstånd skulle kunna uppstå bland både läkare och medborgare där staten offentligen ställdes som ansvarig för eventuella försämringar i vården. Ytterligare en risk var att bristen på insyn och ledningskontroll skulle ta sig andra former, att ämbetsmannauppsdraget skulle prioriteras ned genom att rollen som medicinskt ansvarig för behövande patienter gavs företräde.

Förutom hur styrprinciperna autonomi och ledningskontroll skulle balanseras mot varandra och det dilemma läkarnas dubbla uppdrag skulle kunna föra med sig, stod staten inför ytterligare ett potentiellt dilemma – dess lämplighet och legitimitet att också fortsättningsvis stå som huvudman för hälso- och sjukvården. Att direkt ingripa i medicinska angelägenheter för att få ned läkemedelskostnaderna på andra grunder än medicinska var som vi sett ovan knappast lämpligt. En sådan strategi skulle kunna tolkas av läkare, medborgare, men också av det internationella vetenskapliga samfundet, som en politisk styrning av medicinsk praxis baserad på ekonomiska argument och resultatet skulle kunna leda till en förtroendekris.<sup>12</sup> Att ingenting göra gick emellertid inte heller. För att ledningen i en organisation ska betraktas som legitim, måste ledningen uppfylla omvärldens föreställningar om makt, inflytande och ansvar över verksamheten (Brunsson 1998a, Weber 1983:24). Förutom de finansiella problemen för framtidens hälso- och sjukvård fanns således både risken att staten skulle uppfattas som inkompetent, svag och kanske till och med ansvarslös om kostnaderna ökade som dittills, samtidigt skulle förtroendet vården kunna urholkas om styr-

---

<sup>12</sup> I Polanyi 1946/1964 ges ett exempel på statlig styrd vetenskap (biologi samt fysik) i 1930-talets Sovjetunionen och den förtroendekris som blev följden. Även Rolf omnämner den sovjetiska statens försök att styra kunskapsutvecklingen (vetenskaplig praxis) även om han fokuserar på Polanyis exempel för att lyfta fram vikten av 'personlig' ("tacit") kunskap (Rolf 1995) varför han också beskriver hur Polanyi blev medveten om denna kunskapsaspekt genom mötet med den sovjetiske ideologen Bukharin 1935 (Rolf 1995:17).

ningen av läkarprofessionen blev för påtaglig. I båda fallen skulle statens legitimitet som huvudman för hälso- och sjukvården riskera att urholkas.

## Standarder: ett styrverktyg mellan ledningskontroll och autonomi

Som en lösning på styrproblemet ovan valde statsmakterna att som en del av en reform, den så kallade Läkemedelsreformen, låta speciella länsspecifika kommittéer välja ut vilka läkemedel läkare i respektive län borde välja, formulera dem i skrift och distribuera skriften till läkarna i respektive län, de fick till uppgift att utfärda vad som här kommer att benämnas som en standard. Att läkarna skulle behöva statsmakternas hjälp med att välja läkemedel, var emellertid knappast någon självklar lösning det heller. En läkares val av läkemedel har tiderna igenom förutsatts vara baserad på dennes kunskap och att läkarna skulle behöva hjälp med detta stod i strid med en sedan länge allmänt accepterad sanning, att varje läkare personligen och i kraft av sin expertis inte behövde någons annans hjälp än möjligen kollegornas. Uttrycket ”*vetenskap och beprövad erfarenhet*” har betraktats som den självklara grunden för läkarnas arbete, av både läkarna själva, patienterna och staten vilket kan exemplifieras med att uttrycket förekommer åtminstone från 1890-talets statliga läkarinstruktion och framåt. Idén att läkarna skulle behöva hjälp för att fatta beslut om vilka läkemedel de borde välja var därför knappast självklar.

Standarder, vars kännetecken kommer behandlas mer i detalj nedan, är ett styrverktyg som skiljer sig från många andra möjligheter, då det varken följer principen om ledningskontroll eller principen om autonomi, då de bland annat är frivilliga att följa. Att statsmakterna kom att välja att försöka påverka läkarnas val av läkemedel med standarder, väcker frågor. Var det ett sätt för staten att visa dådkraft genom att åtminstone göra något? Förändringar i förskrivningen kunde knappast förväntas omedelbart varför staten i och med reformen kunde köpa sig tid. Kunde frivilligheten handla om en önskan från statsmakternas sida att inte utmana läkarkåren allt för mycket? Vi ska här inte gå händelserna i förväg, staten går ju knappast heller att fråga, däremot ska vi här bara nämna några möjligheter. Standarder under



beteckningar som riktlinjer och rekommendationer hade under en längre tid redan utfärdats av olika myndighetsinstanser som Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Apoteket även om kravet på uppföljning dittills inte varit särskilt omfattande (SF 1999 kap 19). Standarder i sig var således ingenting nytt, det nya var att styrambitionen diskuterades explicit i termer av påverkan (RRV 2000) och var explicit inriktad på en av läkarnas kärnkompetenser – valet av läkemedel. Ett styrverktyg baserat på frivillighet skulle därutöver kunna ha fördelen att ses som potentiellt attraktivt från läkarnas sida då föreställningen om läkaren som fri och autonom av tradition varit stark. Från statens sida fanns således visserligen en risk för att effekterna av standarderna inte skulle bli så stora, men samtidigt skulle motståndet mot dem inte bli så stort.

Det fanns också andra möjliga fördelar med standarder ur statens perspektiv. Om standarderna fick effekt på läkarnas faktiska val av läkemedel såtillvida att användningen av dyra läkemedel minskade, skulle valet av standarder som styrverktyg kunna göra det möjligt för staten att undvika att pekats ut som ansvariga för eventuella olägenheter för patienterna. Negativa konsekvenser för patienten på grund av att en läkare började välja billigare läkemedel med mindre upplevd effekt och mer biverkningar, (eller inga läkemedel) skulle till exempel inte självklart kunna skyllas på Läkemedelsreformen och därmed inte heller statsmakterna, då valet av läkemedel för respektive enskild patient fortfarande skulle vara läkarens personliga ansvar. Inte heller skulle statsmakterna behöva riskera att legitimiteten för offentlig vård urholkades genom tvingande inskränkningar i läkarnas medicinska expertis, standarderna skulle ju vara frivilliga att följa och dessutom utfärdas av medicinskt sakkunniga.

För läkarna skulle valet att använda ett frivilligt styrverktyg kunna skapa åtminstone potentiella dilemman, till exempel genom läkarens dubbla uppdrag: rollen som läkare i bemärkelse tjänsteman, med uppdraget att fördela välfärd i en byråkratisk kontext (Lipsky 1980, Johansson 1992), respektive läkaruppdraget mot patienterna, det vill säga två olika uppdrag för två olika uppdragsgivare. Ett dilemma skulle eller skulle kanske inte uppstå för läkaren i mötet med den enskilde patienten, om rollen som ämbetsman i statens tjänst och rollen som livläkare skulle implicera motstridiga sätt att handla.

## Standarder: egenskaper, särdrag, avgränsningar

Ovan har jag talat om standarder utan att definiera begreppet närmare. Eftersom det finns mycket som kallas standarder och annat som inte kallas standarder (men borde göra det) kommer jag nedan diskutera dess särdrag. Det finns många olika typer av styrverktyg som kan användas för att påverka utfallet i en organisation, av vilka några nämnts ovan. Organisationsstrukturen är, som nämnts, en typ av styrverktyg. Regler och regelsystem är ett annat. Standarder kan ses som ett styrverktyg av typen regler, men för att vara mer precis och för att både ordet regler och standarder kan syfta på väldigt olika saker, kommer jag nu att diskutera båda mer i detalj och ge exempel på användningsområden som inte inkluderas här och varför jag i det vidare arbetet valt att arbeta med en specifik regeltypologi när det finns flera andra. En första differentiering av begreppen, central för den fortsatta texten, är således att styrverktyget standard här är ett styrverktyg av typen regel (Brunsson och Jacobsson 1998a). Jag kommer därför börja med att diskutera vad som kännetecknar regeln som styrverktyg, för att därefter differentiera mellan olika slags regler och vad som kännetecknar just standarden som styrverktyg.

### Regel och regelkaraktäristika

Två grundläggande karaktäristika för styrverktyget regler, kan härledas utifrån ordets etymologiska historia. Kännetecknande för just regler, är att de avser att fungera som endera en måttstock eller ett rättesnöre (handlingsföreskrift):

Regel: L Regula straitedge [...]**1a.** en föreskriven, föreslagen eller självpåtagen guide med avseende på uppförande eller handling, **2b.** ett ideal mot vilket något bedöms eller värderas. (Webster's Third New International Dictionary (egen översättning))

Regel: medeltidslat. *re'gula*, av lat. *re'gula* 'list'; 'måttstock'; 'rättesnöre', som kyrkohistorisk term föreskrifter som reglerar livet i ett kloster eller en religiös orden. (Nationalencyklopedien)

Måttstocksaspekten kan förstås som en möjlighet till upprepning och jämförelse. Därmed blir det inte bara kvantitativa aspekter som inbegrips, utan också sådant som typologier, klassificeringar och specifikationer. Rättesnöresaspekten är kvalitativt sett annorlunda. Dels då rättesnöresaspekten syftar på beteenden i termer av endera påbud (att öka eller vidmakthålla ett visst beteende) eller förbud (att minska eller minimera ett visst beteende). Dels då rättesnöresaspekten ibland har en koppling till etiska och moraliska värden. Mitt forskningsintresse gäller standarden i bemärkelsen handlingsföreskrift, det vill säga standarder som utsägar: ”*om hur vissa personer eller organisationer ska handla i vissa slags situationer*” (Ahrne och Brunsson 2004:6).

Att definiera begreppet standard utifrån regelbegreppet innebär att jag avgränsat begreppet standard från ordet standard. Ordet standard används ofta för att uttrycka vanlighet, men att något är vanligt är inte liktydigt med att det teoretiskt sett är att betrakta som en standard. Ett vanligt beteende behöver inte bero på att någon följer en regel av något slag utan kan bero på andra faktorer, slumpen till exempel. Inte heller innefattar begreppet standard automatiserade handlingsmönster som rutiner, något som antropologen Edgerton definierar som en typ av regel (Edgerton 1985:35). Men, rutiner kan syfta på beteenden, medan det regelbegrepp jag valt att använda är mer ett kognitivt redskap som påverkar eller implicit kan antas påverka beteenden och som ibland skrivits ner. En rutin kan dessutom vara personlig och förändras utan medvetenhet eller särskilda skäl vilket gör gränsen för dess existens oskarp, medan en regel och därmed också en standard är något med viss beständighet.

Jag har också valt att avgränsa begreppet standard från andra kognitiva redskap, till exempel principer<sup>13</sup>, grundantaganden<sup>14</sup> och tankefigurer<sup>15</sup>, då dessa inte har tydliga måttstocks- eller handlingsföreskriftens egenskaper. Jag har också avgränsat begreppet standard (liksom begreppet regler) från så-

---

<sup>13</sup> Detta då principer dels kan syfta på en härledd idé, dels då en princip kan vara så allmän att den inte föreskriver något specifikt och därmed inte är att betrakta som en regel. Ett exempel på en princip som visserligen rymmer universella anspråk men likväl inte är att betrakta som en regel såsom regelbegreppet definieras, här är det kategoriska imperativet, filosofen Immanuel Kants förslag på mellanmänniskt beteende för att uppnå det högsta goda.

<sup>14</sup> Utgångspunkter, det vi utgår ifrån när vi tänker om något.

<sup>15</sup> Begreppet tankefigur har här hämtats från Asplund och syftar här på begreppspar som antas stå i relation till varandra, ofta på ett dikotomiskt sätt (Asplund 1987/1992).

dant som ibland beskrivs som regelstyrt, till exempel varseblivning och perception (Wittgenstein 1953/1992:xi, Alexius 2007). Detta då varseblivning och perception inte är kognitiva redskap utan biologiska processer på neuronivå (Kolb och Wishaw 2003<sup>16</sup>, Passer och Smith 2008<sup>17</sup>), och därmed ligger på en annan analytisk nivå än den kognitiva respektive organisatoriska.

### Standarder jämfört med andra slags regler

Att jag definierat standarden som en slags regel innebär ett antagande om att regler kan vara av olika slag och att dessa går att skilja åt. Ett sätt att skilja olika typer av regler från varandra är att använda en regeltypologi och det finns flera regeltypologier att välja bland. Regler har ibland typologiserats efter vilken funktion de har, till exempel som konstitutiva, vilket definierar vad något är, eller regulativa i form av förbud eller påbud (Searle 1995/1997: 57-64). Inom rättsfilosofin har regelbegreppet indelats i primära regler, det vill säga konkreta handlingsföreskrifter för en viss specifik situation, eller sekundära regler, regler för hur primära regler skapas (Hart 1961:77-79). Regler kan också delas in efter de empiriska områden där vi kan finna dem, till exempel religiösa respektive profana regler (Edgerton 1985:34-46).

Regler går också att typologisera utifrån dess olika idealtypiska egenskaper. Fördelen med en sådan regeltypologi eller modell är att den kan användas för att analysera regler oavsett funktion och empiriskt område. Det är en sådan analytisk regeltypologi där regler indelats i kategorierna: *standarder*, *normer* eller *direktiv* som fått ligga till grund för avhandlingsarbetet (Brunsson och Jacobsson 1998a). I denna modell definieras standard som en explicit regel, frivillig att följa med en identifierbar regelsättare. Att standarden är explicit och har en identifierbar regelsättare gör den lik direktivet, med den skillnaden att direktivet är tvingande vilket förutsätter ett ”*auktoritativt centrum*” som till exempel ledningen i en organisation (Brunsson 1998c:203). Att direktivet är tvingande innebär att ett auktoritativt centrum (ofta regelsättaren) har rätten att påverka regelföljandet genom någon form

---

<sup>16</sup> Kolb och Wishaw 2003, kapitel 8, 13-16, 20, 22.

<sup>17</sup> Passer och Smith 2008 kapitel 3, 16.

av negativ sanktion om direktivet inte följs (Weber 1983:21, Brunsson och Jacobsson 1998a). Ibland kan emellertid det organisatoriska sammanhanget vara komplext såtillvida att en hierarki av flera auktoritativa centrum kan komma i fråga för att avgöra om direktivet följdes eller inte. Tolkningen av vad det är att följa en viss myndighets regler kan kanske omprövas i en högre distans, som när Länsrättens tolkning prövas i Kammarrätten och därefter Regeringsrätten som ytterst beslutar vad följandet av en viss regel inom den aktuella regelhierarkins jurisdiktion innebär och bör vara.

När regeln i fråga är en standard existerar inte något givet auktoritativt centrum. Den som skapar en standard behöver inte vara hierarkiskt överordnad den som följer den eller ens befinna sig i samma organisation som den standarden riktar sig till. Standarder återfinns istället ofta på områden där ett auktoritativt centrum saknas, inom branscher och på områden utan tvingande lagstiftning som miljö- och kvalitetsområdet (Tamm Hallström 2000). Istället för ett legalt tvång där regelsättaren har rätt att utfärda straff för bristande regelföljande, behövs andra skäl för att någon ska följa den (Brunsson och Jacobsson 1998a). En aspekt som gör standarden till en mjukare ledningspraktik än direktivet är denna frivillighetsaspekt.

Att standarden är frivillig att följa gör den lik normen såtillvida att den inte är bindande bara för att den finns. Standarden skiljer sig emellertid från normen på så sätt att normer vanligen är underförstådda och omedvetna, medan standarden är explicit med en identifierbar regelsättare. Att inte tänka på att man följer en regel är ett tecken på att regeln är en norm (Brunsson och Jacobsson 1998a). Inte ens om normer finns på pränt i grammatik- eller etikettböcker, är de att betrakta som standarder eftersom nedtecknaren inte har kommit på dem eller har mandat att besluta att de ska gälla. En standard däremot är explicit, ofta uttryckt i text eller som en idealtypisk modell men kan också komma till uttryck som en ritning för något eller som ett hjälpmedel med måttstocksaspekter.

I praktiken finns blandformer och lika regelslag kan övergå i varandra (Edgerton 1985, Hydén 1998). Ett av de mer bekanta exemplen på att en regel eller regelsamlings status kan skifta över tid är De tio budorden (Andra Moseboken kapitel 20), en regelsamling som genom århundradenas gång växlat mellan regelformerna direktiv, norm och standard och vars innebörd och auktoritativa centrum växlat. I andra Moseboken har budorden

status av direktiv med det judiska prästerskapet som auktoritativt center. Med kristendomen förändras innebörden och nya auktoritativa centrum uppstår med kyrkans teologiska och organisatoriska utveckling (katolicism, grekisk-ortodox, protestantism). Med tiden återfinns vi några av budorden i den sekulära lagstiftningen (se Brottsbalken angående mord, stöld, dråp). Idag är praxis inom många yrken att inte ha arbetstid förlagd till helgen, vilket kan förstås som en norm. Ett annat exempel på hur ett direktiv kan skifta karaktär är det av budorden som förbjuder äktenskapsbrott. Direktiven mot detta är idag i stort sett borta från lagstiftningen i västvärlden, men det underförstådda antagandet ligger kvar, att den som ingår i en kärleksrelation är trogen den andra (om inte annat överenskommit).

### Olika typer av standarder, användningsområden och nya användningsområden...

Standarder har kommit att bli vanliga i organisationer och organisatoriska sammanhang (Brunsson och Jacobsson 2000a, Ahrne och Brunsson 2004, Ortmann 2010). Som mätverktyg är det inget nytt. Mätverktyg finns omnämnda sedan antiken (Azar 2007). Redan vid jordens tillblivelse lär Gud själv ha använt handen som mått, vilket i så fall gör idén med standarder mycket gammal (Jesaja kapitel 40:12,13).

I mer modern tid har standarder i bemärkelsen kategorier och klassificeringar använts som underlag för att styra den demografiska och ekonomiska utvecklingen i Europa sedan 1700-talet (Johannisson 1988). Den västländska industriella utvecklingen har förklarats med styrverktyg som uppfyller kriterierna för det som här definierats som en standard. Med övergången från hantverksproducerade unika komponenter (skruvar mm) till standardiserade komponenter (till exempel skruvar) som i mått- och konstruktionsavseende gjorts lika, blev det till exempel möjligt att massproducera bilar (Womack, Jones och Roos 1991). När produkter började beskrivas på ett sådant sätt att konstruktionen gick att särskilja från andra produkter på ett tydligt sätt och instanser inrättades för att systematisera och kategorisera dessa beskrivningar, blev det möjligt att patentera produkter och därmed skydda uppfinnarna ekonomiskt, en intellektuell uppfinning som historikern Mokyr tillskrivits avgörande betydelse för den tekniska- och ekonomiska tillväxten i Europa (Mokyr 1990:190, 291).

Att jag låtit begreppet standard utgå från regelbegreppet betyder också att jag gör skillnad på standarden, sammanhanget där den påträffas och dess effekter. De standarder som här undersöks ska till exempel inte förväxlas med processer som skapar likhet som standardisering, eftersom det finns olika styrverktyg och förhållanden som kan bidra till såväl likhet som olikhet (Mintzberg 1983/1993:4–5).

I ett samtidsperspektiv kan vi se att standarder fått många användningsområden. De har blivit vanliga som styrverktyg i organisationer (Ortmann 2010; Slager, Gond och Moon 2012), samtidigt som denna mjukare ledningspraktik kan ses som ett uttryck för gammal idé – att effektiva organisationer använder sig av regler (Weber 1921/1978:975) av typen direktiv. Standarder har blivit vanliga komplement till lagstiftning (Boyle 2000, Jacobsson 2004, Jacobsson, Mörth, Sahlin-Andersson 2004) och de används för att organisera, harmonisera och synliggöra förhållanden och villkor i olika branscher och mellan länder (Brunsson och Jacobsson 1998a, Ahrne och Brunsson 2004, Thedvall 2006). Dagens ekonomiska och tekniska system, dess samordning och funktion förutsätter standarder (Markus, Steinfeld och Wigand 2005, 2006), liksom jämförelser mellan produkter (Mokyr 1990: 247–252, Callon 1998, Kjellberg, Helgesson och Liljenberg 2004).

Standarder har också varit centrala i den moderna vetenskapens utveckling då, modern vetenskap bygger på det explicitgjorda, jämförbara, nedtecknade, systematiserade (Schofer 1999). På det medicinska området har systematiseringen av symtom haft avgörande betydelse för att klassificera sjukdomar och därmed skapa likhet, olikhet och samordning av både kunskap och vård (Stolt 1997). Och genom kategoriseringen av symtomkomplex till sjukdomar har kunskapen om sjukdomar kunnat systematiseras, vilket har varit av särskilt värde för svårgreppbara och mångfacetterade sjukdomar som syfilis (Fleck 1935/1997). Utvecklingen och spridningen av klassificeringssystem som ICD-10 (Världshälsoorganisationens klassifikationssystem för sjukdomar) har gjort det möjligt att skapa diagnoser och sammanställa forskning och jämföra forskning om dessa med varandra (Bowker och Star 1999). Men också att reflektera kritiskt kring dessa diagnosers uppkomst och effekter (Fleck 1935/1997, syfilis; (Hacking

1999/2004, dissociation; Kärfve 2000 (neuropsykiatri); Johannisson 2006 (Depression)).

Standarder finns i företag (Henning 2000, Furusten 2000, Ortmann 2010) och offentliga organisationer som Hälso- och sjukvården (Timmermans och Berg 1997, 2003). De finns som färdiga etiketter, kulturella redskap som vi kan använda för att förstå, beskriva och identifiera oss själva i förhållande till andra med avseende på vem vi vill vara, vad vi vill göra och vad vi vill ha (Giddens 1991/1997:233). Men de kan också användas för att skapa olikhet, som när en organisation, en verksamhet eller en produkt definierats som unik och därmed åtråvärd i förhållande till andra (Brunsson 2000a:147).

Standarder motiveras ofta med förnuftsargument, att de är nyttiga på olika sätt och med kunskap. De förutsätts förmedla kunskap och de som tagit fram dem anses (och anser sig själva) inte sällan vara experter på området. Nyttan av dem, förutom att i sig vara ett uttryck för kunskap, ska ofta vara att säkerställa en hög nivå på kunskapsförsörjningen, vidareutvecklingen och bibehållandet av den för organisationen så viktiga kunskapen. Dels genom de dokument som produceras men också för de rutiner, strukturer och ibland nya sätt att arbeta på som med standarderna introduceras i organisationen (Furusten 2000). De har bidragit till minskade transaktionskostnader och skalfördelar i produktions- och industrisammanhang (Kindleberger 1983, David och Greenstein 1990). De har använts som förklaring till ökad effektivitet inom IT-området (Markus, Steinfeld och Wigand 2005, 2006). De har beskrivits som centrala för att garantera kvalitet och säkerhet, till exempel inom läkemedelsområdet (Kindleberger 1983). De baseras ofta på expertkunskap (Jacobsson 1998), inte sällan sådan kunskap som antas gå att formalisera och koda så att den uppfattas som möjlig att överföra i tid och rum (Czarniawska och Joerges 1996:32–33, Furusten 2000). För den som vill styra med standarder har minskade kostnader för administration beskrivits som en fördel givet att uppföljningen faller på regelföljaren (Jacobsson, Mörth, Sahlin-Andersson 2004).

Att standarder har blivit vanliga, att de återfinns på många områden och nivåer i samhället och motiveras genom olika nyttoargument har väckt frågor: På vilka områden och i vilka syften de utfärdas (Brunsson och Jacobsson 1998a, Boli och Thomas 1999), vilka som utfärdar dem (Ahrne och



Brunsson 2004) och hur utfärdarna arbetar (Tamm-Hallström 2000, Forssell, Lagrelius och Lerdell 2004, Thedvall 2006). Och det är i detta forskningsfält mitt intresse för standarden som handlingsföreskrift växte fram. Att standarder har blivit vanliga som handlingsföreskrifter och att de återfinns på många olika områden gör det viktigt att ha goda kunskaper om dem. Utfärdar vi standarder vill vi veta vilka effekter de kan ha och under vilka förutsättningar. Förväntas vi bli påverkade av dem vill vi veta vad de kan göra med oss.

## Syfte och forskningsfråga

De som studerat standarder har många gånger intresserat sig för dem i utvärderande syfte, till exempel deras effekter på kunskapsproduktionen (Timmermans och Berg 2003), eller i undersökande syfte, till exempel konsekvenserna av dem (Mol 1998). Mitt intresses rör inte utvärdering av effekten av en standard i förhållande till något i förväg formulerat mått. Inte heller om, och i så fall på vilket sätt, standarder använts i kunskapsproduktionen. Mitt forskningsintresse har varit att undersöka effekterna av dem, konsekvenserna och vad, som har med standarden att göra, som gjort att ett visst beteende förändrats (givet att en sådan förändring kan påvisas).

När en handlingsföreskrift tar sig uttryck som en standard förefaller utfallet vara särskilt svårt att förutse, beroende på standardens specifika karaktäristika. Till skillnad mot direktivet finns inget auktoritativt centrum med mandat att avgöra hur de ska följas. Om standarden påverkar något, till exempel någons beteende, måste effekten kunna förklaras med åtminstone delvis andra faktorer än de som gäller för direktiv eller andra typer av styrverktyg. Syftet med avhandlingen är att öka kunskapen om standarden genom att undersöka vilka mekanismer som har med standarden att göra, som påverkar beteendet hos medlemmarna i en organisation (om någon påverkan kan påvisas det vill säga). Den forskningsfråga avhandlingen syftar till att besvara är:

Vad kan förklara standarders effekter?

Det empiriska området för mitt undersökande är standarderna i Läkemedelsreformen, då det fanns uttalade förhoppningar från statsmakternas sida

om att standarderna skulle ha effekt i form av ett förändrat beteende, läkarnas val av läkemedel. När jag diskuterar effekter är det emellertid inte i ett utvärderande syfte då mitt arbete inte syftar till att utvärdera effekterna per se. Eventuella effekter eller påstådda effekter/bristande effekter är viktiga främst som en ingång till det som ska förklaras, vad som har med standarderna att göra, som ledde till effekten ifråga. För att kunna analysera sannolika orsaker till eventuella beteendeförändringar, krävs empiriska studier av standardens öde och äventyr, från text till eventuellt beteende. Om standarden ska tillskrivas en effekt på beteendet ifråga, bör rimligen mekanismer i standarden kunna identifieras, mekanismer som skiljer standarden från andra styrverktyg.

## Disposition

Ovan har jag presenterat avhandlingens ämne, syfte, forskningsfråga och vad begreppet standard syftar på i avhandlingen. Dispositionen här efter är som följer:

Avhandlingens första del består av kapitel 1–3. I kapitel 2 redogör jag för och diskuterar avhandlingens teoretiska bas, begreppet effekt, regelföljande och vad vi kan dra för slutsatser om hur standarder skulle kunna påverka ett beteende i det empiriska exempel som diskuteras. En viktig slutsats är att processen att följa en standard är central för att kunna bedöma på vilket sätt standarden bidrog till en viss effekt. Jag argumenterar också för nödvändigheten att skilja mellan regler och kunskap i det kortare perspektivet, även om de i ett längre perspektiv inte sällan kan påverka varandra. Jag introducerar också begreppen tolkningsramar och villkorsramar vilka återkommer specifikt i analysdelen men också fått påverka organiseringen av innehållet i de empiriska kapitlen (även om de i strikt mening är ett resultat av studien och inte ett a priori applicerat raster). I kapitel 3 beskrivs forskningsprocessen och motiven till studiens upplägg och metoder. Varför en design med tre delstudier ur delvis olika perspektiv valts, samt varför dessa kompletterats med en mer översiktlig textbaserad studie vissa historiska utvecklingsskeden och föreställningar.

Avhandlingens andra del utgörs av kapitel 4–7 och består av de empiriska kapitlen, uppdelat på respektive delstudie. Organiseringen av kapitlen

är till en mindre del påverkad av kapitel 2 såtillvida att de teman som lyfts fram i texten tillkommit under den löpande analysen av empirin. Benämningen villkors- och tolkningsramar är således empiriskt grundat och benämnts med hjälp av dessa begrepp i efterhand. De resultat som succesivt vuxit fram genom bearbetningar av materialet är likaså empiriskt grundade även om de i avslutande kapitel (kapitel 9) beskrivits med begrepp hämtade från socialpsykologin.

I kapitel 4 redovisar jag en historisk tillbakablick som syftar till att ge läsaren av nästkommande empiriska kapitel en fond. Syftet har här varit att påvisa att två av reformens centrala argument: läkarnas autonomi gentemot statsmakterna och läkemedelskostnaderna som ett problem, har en historia. Här använder jag begreppen tolkningsramar och villkorsramar som hjälp att påvisa i vilken mån läkarna historiskt sett kunnat utföra sitt yrke i autonomi gentemot statsapparaten (vilka villkorsramar och tolkningsramar här gällt tidigare), samt hur synen på läkemedelskostnaderna som ett problem för statskassan vuxit fram successivt och ändrat karaktär (vilka villkors- och tolkningsramar som förefaller ha varit centrala). Kapitlet motiverades således av att reformens centrala argument (läkarna som alltför autonoma och läkemedelskostnaderna som ett problem) i såväl rapporter som bland kommittémedlemmar och distriktsläkarna, förföll så för-givet-tagna. Denna studie tillkom således kronologiskt sett sist, men har här placerats först.

I kapitel 5 redovisas den delstudie som kronologiskt sett kom näst sist men här placerats i mitten. Den empiriska delen består av ett representativt urval av texter sett till forskningsfrågan; standardens effekter (och mekanismer), med utgångspunkt i reformens förarbeten. Urvalet och det som här lyfts fram gör inte anspråk på att täcka hela skeendet i detalj. Ambitionen har varit att säga något om vilka politiska ambitioner och problem som utifrån reformens förarbeten kan utläsas. Jag redovisar också kort bakgrunden till varför jag valt att studera standarderna för läkemedel på de medicinska områdena *Depression* och *Ont-i-magen*, att dessa två områden vid tiden för Läkemedelsreformen uttryckligen omnämndes av statsmakterna som två områden där läkarnas val av läkemedel behövde styras upp. För att underlätta läsningen har jag också använt begreppen tolknings- och villkorsramar för teman som lämpligen kunnat uttryckas så.

I kapitel 6 redovisas den empiriska studie som tidsmässigt kom först, studien av tre läkemedelskommittéer. I kapitlet diskuteras processen att skapa standarderna: arbetets organisering i respektive kommitté samt innehållet i standarderna sett till texten i standarden och dess konkreta fysiska och layoutmässiga utformning. Därefter analyseras innebörden av standarderna, sett till hur innehållet och syftet med dem meningsbestämdes av kommittémedlemmarna: Vad kommittémedlemmarna uttryckte för farhågor och förhoppningar kring dem; deras egna utsagor om syftet med dem; mina direkta observationer och tolkningar av vad läkarna sade och menade, samt de teman baserat på mina successiva bearbetningar och tolkningar av det empiriska materialet, växte fram. Också här har organiseringen av teman följt idén om tolknings- och villkorsramar.

I kapitel 7 redovisas studien av läkarna på tre vårdcentraler, de presumtiva regelföljarna. Tematiskt inleds kapitlet med beskrivningar av respektive vårdcentral. Därefter redovisas återigen teman som successivt kom att framstå som representativa för deras utsagor, mina observationer och tolkningar av dessa samt tillgängligt statistiskt material och interna texter. Detta har därefter och liksom tidigare sammanfattats i teman enligt idén om tolknings- och villkorsramar. Hur läkarna såg på standarderna, möjligheten att följa dem och vad det i så fall innebar för dem och för andra. Kapitlet handlar också om hur och på vilka sätt standarderna interagerade med distriktsläkarna, vilka föreställningar distriktsläkarna hade om sitt yrke, yrkets roller och vilka läkaridentiteter de använde sig av samt det jag kunde iaktta och fråga om vad gällde läkarnas personliga meningsskapande.

I kapitlet 8 och 9 redovisas studiens resultat på två nivåer. I kapitel 8 diskuteras frågan om standarderna haft effekt, vilka effekterna i så fall var och i vilken mån de bäst förklaras av standarderna eller av alternativa faktorer, händelser och skeenden. Slutsatsen att standarder kan följas utan att tillämpas diskuteras liksom varför denna skenbara paradox – regelföljande utan tillämpning – kan vara fördelaktigt för regelsättaren. I kapitel 9 diskuteras tre mekanismer som jag extraherat ur det empiriska materialet genom ett kontinuerligt pendlande mellan det empiriska och det teoretiska. Här blir resonemanget av nödvändighet lösare kopplat till empirin då mekanismer av detta slag inte kan iakttas direkt utan måste härledas. Kriteriet för mek-

anismernas giltighet är därför dess användbarhet, fruktbarhet och inte om de kan bevisas vara sanna.

Avslutningsvis försöker jag först säga något om studiens bidrag: att standarder kan ha effekt, att dess specifika mekanismer (givet att de inte kan undvikas) förefaller att vara: social responsivitet hos läkarna och för läkarna relevanta grupper och institutioner, meningsbestämning av vad de syftar till på individnivå, samt aktivering av dilemman på individnivå som läkarna på olika sätt försöker att hantera genom att minska dissonansen. Ett centralt argument som förefaller att ha minskat dissonansen i spänningen mellan läkarrollen och uppdraget gentemot patienten och ämbetsmannauppgiften, att fördela välfärd på ett ansvarsfullt sätt, förefaller idén om medicinsk kostnadseffektivitet, ha varit. Idén att lika bra eller bättre vård kan ges till patienterna om läkarna väljer att förskriva billigast likvärda läkemedel och mer kritiskt granska om läkemedel alls bör skrivas ut.

Avslutningsvis nämner jag något om vidare forskning, snuddar vid diskussioner som förts efter den tid de empiriska studierna genomfördes, samt forskningsfrågor som successivt väckts i mig i arbetet med studien, och som jag tror att det finns goda skäl att forska vidare om.

## Kapitel 2

# Standards effekt på individuella och organisatoriska beteenden

I det här kapitlet kommer jag diskutera vad som åtminstone teoretiskt sett krävs för att en viss standard ska ha en viss specifik effekt på ett beteende. Jag kommer börja med att diskutera begreppet effekt. Därefter kommer jag att argumentera för att effekten av en standard bör förstås som en regelföljandeprocess och inte som något som i förväg definierat resultat som enkelt kan avgränsas och mätas. Efter detta analyserar jag idén om regelföljande utifrån hur processen att följa en regel beskrivits av March och Olsen (1989), Wittgenstein (1953/1992) och Searle (1997). Baserat på deras resonemang och i enlighet med idén att standarden är att betrakta som en typ av regel, drar jag slutsatsen att texten i standarden måste utrustas för att bli möjlig att följa och jag föreslår att begreppen *villkorsramar*, *tolkningsramar* och *kunskap* gör det möjligt att närmare analysera hur standarden kom att växa fram, följas, avvisas alternativt inte uppmärksammas.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Att jag nämner begreppen villkorsramar samt tolkningsramar redan här beror på två saker. Dels för att jag bedömt det som lättare att följa med tematiskt i de empiriska studierna genom att använda begreppen för att beskriva de observationer och slutsatser jag drog av de empiriska studierna, en genväg för att underlätta läsningen. Att jag använder Goffmans begreppsapparat här, beror således inte på att dessa fanns med i studiens design. Jag tog del av Goffmans bok *Frame Analysis* (1974/1986) först efter analysen. Men de på ett så träffande sätt motsvarade den struktur av villkor och tolkningsteman jag extraherat fram som resultat och för att inte i onödan komma med nya begrepp för sådant som definierats långt innan mig, har jag sett det som lämpligare att använda de begrepp som redan fanns och som Goffman lanserade redan 1974.

Efter detta diskuterar jag vad den som vill styra med en standard rimligen kan göra för att forma regelföljandet samt vilka frågor om hur följandet går till, som inte besvaras utifrån den teori som diskuterats. Dessa obesvarade frågor utgör de teoridrivna skälen till avhandlingens empiriska studier. Avslutningsvis diskuterar jag några områden där mekanismer möjligen skulle kunna finnas (givet att någon effekt kan påvisas).

## Begreppet effekt

För att kunna undersöka vad, som har med standarderna att göra, som kan förklara dess effekter är det viktigt att först klargöra vad en effekt är och hur den kan studeras. Ett sätt att tänka om effekter är i termer av orsak och verkan. Att strikt undersöka orsak-verkan kräver emellertid kontroll över samtliga ingående variabler, såväl beroende (eventuell effekt) som oberoende (faktorer som antas kunna påverka effekten). En sådan kontroll är inte realistisk i så komplexa sammanhang som organisatoriska miljöer. Ett vanligt estimat på effekt är därför att studera samvariationen mellan en viss stimulus, till exempel ett visst styrverktyg eller åtgärd, och ett visst beteende. Kan samvariation iakttagas kan det förstås som ett tecken på att styrverktyget haft effekt. Kan samvariation inte visas kan det tolkas som ett tecken på motsatsen, att effekten uteblivit. Är det styrverktyg som ska undersökas en standard är det den eventuella korrespondensen mellan standarden och ett visst beteende som blir det intressanta att undersöka. Med det här sättet att se på effekt blir det standardens innehåll som hamnar i fokus, likheten mellan modellen eller den föreskrivande texten och objektet eller föremålet för styrförsöket, en viss organisation kanske eller ett visst sätt att utföra något på. När det gäller regler förklaras uteblivna, oavsedda eller oönskade effekter vanligen med att regeln antingen inte följdes eller att den inte formulerades tillräckligt väl (Fuller 1964/1975:35–36), alternativt att det funnits hinder eller motstånd mot regeln och/eller styrförsöket (Johansson 1992:21, Alexius 2007:68).

Innan frågan om hur effekten av en standard kan bedömas, behöver något mer först sägas om själva idén att bedöma en effekt efter idén om korrespondens, överensstämmelse mellan det föreskrivna och det objekt som det föreskrivna avser. Förutsättningen för att dra slutsatser om effekter

genom att bedöma graden av samvariation mellan ett visst styrverktyg som en standard, och ett visst beteende bygger på att några grundläggande villkor uppfyllts. Orsakssambandet mellan ett visst styrverktyg och det aktuella beteendet styrverktyget gäller måste vara klarlagt och kriterierna för vad som ska räknas som överensstämmelse måste vara klart definierat. Erfarenheten visar nämligen att dessa villkor är svåra att uppfylla när det är styrning av organisatoriska och sociala sammanhang som studeras.

Kausaliteten, riktningen i samvariationen mellan ett visst styrverktyg och organisationsmedlemmarnas beteende har uppmärksamats i studier av reformer och resultaten har visat att samvariationen kan ha olika förklaringar. Uppfattningen om att en viss reform var lyckad har till exempel visats kunnat bero på att de som skulle påverkas redan agerade på det önskade sättet (Fernler 1993/1997, Rombach 1993/1997). Detta kan förstås som samvariation utan givet kausalt samband. Det kausala sambandet kan också vara det omvända, såsom när något är en de-facto standard. Man gör på ett sätt och skriver därefter ned det hela som om den nedskrivna standarden eller regeln var föreskrivande. Sambandet kan också vara inverterat. Istället för att ett visst beteende uppnås genom ett visst styrverktyg visar erfarenheten att överensstämmelsen mellan ett visst styrverktyg och beteende kan minska med ökad användning av styrverktyget ifråga, en effekt som benämns hyckleri (Brunsson 1989/2002). När frågan om samband diskuteras finns också risken att en okänd förbisedd faktor påverkat utfallet.<sup>19</sup> Målet med en viss åtgärd kan också vara så oklart formulerat att det blir svårt att överhuvudtaget dra slutsatser om den önskade förändringen skett (March och Olsen 1976: 71–75, Baier, March och Saetren 1988). I ett större förändringsförsök som i en reform kan olika styrverktyg komma att förändras, omformas, tillkomma eller falla bort över tid liksom syftet och målet med reformen, vilket kan skapa tidsmässiga överlapp mellan reform och effekt (Brunsson, Forssell och Winberg 1989:141). Studier av införandet av nya idéer i organisationer och organisatoriska sammanhang har därutöver visat att det ofta sker översättningsprocesser och lokala anpassningar för till synes färdiga idéer och koncept som införts (Czarniaeska och Joerges 1996:32).

---

<sup>19</sup> Detta kan förstås som en kvalitativ motsvarighet till en så kallad ”*tredje variabel*” (Borg och Westlund 2006), ett begrepp som används vid analyser av samband (korrelationsstudier).



Idén om korrespondens och tanken att styrningen av en organisation syftar till specifika effekter (mål), har också fått konkurrens av andra sätt att förklara förändring och effekt. En alternativ förklaring till idén om målstyrning, är teorin att styrverktyg och organisationsformer är ett uttryck för myter om effektivitet och rationalitet. Snarare än att skapa vissa specifika effekter relaterade till organisatoriska mål, till exempel öka effektiviteten i en organisation, har forskare argumenterat för att organisationens mål och styrverktyg inte nödvändigtvis hänger ihop utan kan vara särkopplade (Meyer och Rowan 1977). I de fall där en oförutsedd faktor påverkat utfallet och/eller där särkoppling tycks råda, blir både valet av styrverktyg och idén om vad som behöver styras upp oklart. Att specifika styrverktyg och organisationsmodeller börjar användas i många sammanhang och på många olika geografiska platser har också förklarats som ett uttryck för institutionalisering i termer av en spridningsprocess på samhällsnivå som drivs av legitimitet och normativ påverkan (Haack, Schoenborn och Wickert 2012). Därutöver kan, som nämnts tidigare, samvariation mellan en viss stimulus och ett beteende bero på slumpen (Bloor 2001).

Beroende på vilken del av organisationen som studeras har styrförsök kunnat ge olika effekter. Ett nytt sätt att arbeta på kan till exempel ha införts på idéplanet och resulterat i diskussioner och administrativa beslut utan större genomslag i organisationen. Det enda konkreta resultatet av ett visst styrförsök kanske blev några papperspärmor där styrförsöket och styrverktygen beskrivits, pärmor som sedan samlat damm på någon undanskymd hylla, okända för flertalet organisationsmedlemmar (Erlingsdóttir 1999:73–104, 153). Detta kan betraktas endera som en effekt, en utebliven effekt, eller som en partiell effekt (Brunsson och Jacobsson 2000a:127-128).

Därutöver finns observationen att de instrument som används för att hantera något kan interagera med detta på ett sådant sätt att det sker ett samskapande av både åtgärder och det som ska åtgärdas. Ekonomiska instrument som används för att mäta utvecklingen på de ekonomiska marknaderna kan till exempel betraktas som en del av utvecklingen (skapandet) av dessa marknader (Callon 1998). Idén om styrning blir i sådana fall illusorisk då styrverktyget inte styr något givet utan i sig skapar något nytt. På det medicinska området har diagnoser och hanteringen av dessa till exempel

föreslagits konstruera varandra (Kärfve 2000), ett samskapande som Elzinga diskuterat i termer av samproduktion (2006).

Information som antas ligga till grund för beslut har därutöver visat sig kunna ha ett symbolvärde, fungera som en symbol på att en analys skett, snarare än att utgöra underlag till en analys som därefter resulterat i en viss åtgärd (Feldman och March 1981). Ett exempel på detta är när investeringskalkyler redigerats för att passa ett önskat utfall, så att det av ledningen önskade beslutet kan motiveras och legitimeras med kalkylen ifråga (Jansson 1992). Sådana efterhandsredigerade beslutsunderlag har också påträffats på andra områden. På hälso- och sjukvårdsområdet har till exempel har Sjögren (2006) funnit att underlagen till åtminstone vissa beslut om att subventionera eller inte subventionera läkemedel, i efterhand anpassats till att passa ett visst önskat utfall snarare än tvärtom.

Sammantaget blir slutsatsen av ovan att såväl påvisad som utebliven samvariation mellan ett visst styrverktyg och ett visst beteende har ett lågt informationsvärde. Det finns en betydande risk för felaktiga slutsatser, om vi i organisatoriska sammanhang antar att samvariation tyder på effekt. För att veta om ett visst styrverktyg som till exempel en standard haft effekt, blir det nödvändigt att också visa på vilket sätt till exempel standarden orsakade effekten. Eftersom organisatoriska processer inte gör det möjligt att ha kontroll över vare sig beroende eller oberoende variabler, blir slutsatsen att det är processen att skapa och följa standarden som blir det intressanta. Samvariation eller utebliven samvariation har lågt informationsvärde.

## Effekt och regelföljande

Det finns flera områden där frågan om att följa en regel diskuterats. I och med att det främst direktiv som studerats och inte standarder, kommer fokus läggas på regelföljande i sådana sammanhang för att därefter återkomma till vad det innebär för följandet av en standard. Sociologen Weber har diskuterat följandet av regler och regelföljande har också diskuterats inom juridiken, statsvetenskapen och av filosofer.

### Effekt som ett resultat av regeltextern ...

Ett sätt att tänka kring vilken effekt en viss standard kan ha på någons beteende är att fokusera på texten och tänka sig att en viss text har potential att leda till ett visst beteende alternativt hindra beteendet ifråga. Tanken att den nedskrivna texten styr handlandet ställer, som nämnts tidigare, krav på textens utformning, att regeln formulerats på rätt sätt. När det gäller styrning i organisatoriska sammanhang förespråkade Weber byråkrati som den mest effektiva organisationsformen då regeln i kombination med specifikationer av organisatoriska strukturer (i synnerhet tjänstemannastrukturen) gjorde det möjligt att skapa förutsägbarhet och likhet, givet att de situationer och/eller personer reglerna gällde kunde definieras som fall som liknade varandra (Weber 1983:151). Enligt Weber är således byråkratin en garant för att hanteringen av fall sker på ett likartat och därmed förutsägbart sätt. Detta kan dels förstås som en organisatorisk textbaserad form av ledningskontroll, dels som att dessa texter syftar till att så långt möjligt ersätta den enskilda tjänstemannens eget omdöme, tänkande och jurisdiktion (Arent 1963/1996).

### Regelföljande – på basis av vad?

I sin utan analys av legitimitetsgrunder och auktoritet lånade Weber tankar från det juridiska systemet, att regler fattade på legal grund var och skulle förstås som en garant för rättvisa (Weber 1985:183, 190). Detta till skillnad från äldre tiders juridiska praxis som endera var avhängigt härskarens direkta order (legitimerade genom tradition eller karisma, *ibid*) eller tingets bedömningar av någons skuld eller oskuld där och då genom, ibland tumultartade, majoritetsbeslut (Asplund 1987/1992, kapitel 5). Ett skäl att acceptera och följa en viss regel kan således vara att regelföljandet gör saker och ting rättvist. Den vikt Weber lade vid regler och rättvisa har paralleller i dagens diskussioner om nya lagar och ändringar i befintliga rättsregler för att komma tillrätta med samhälliga problem, som bygger på en tilltro till att texten i regeln har inflytande på utfallet. Fokus på regeltextern och synen på texten som central för förståelsen av rätten kännetecknar rättsdogmatiken, en disciplin där texten i stor utsträckning antas förklara hur samhället påverkas och organiseras varför texten och texterna blir ett givet undersökningsobjekt (se begreppet rättsdogmatik i Nationalencyklopedien 1994).

Ett välkänt problem inom juridiken är emellertid att regler inte nödvändigtvis skapar likhet bara för att de finns även om de till synes är väl formulerade, att regeltexten i sig räcker inte som förklaring till rättsreglernas praktiska tillämpning. Tidigare tillämpning av regeln eller en liknande tidigare regel (prejudikat) liksom samhällseliga normer antas också kunna inverka på bedömningen av om rättsregeln följdes eller inte, liksom sakkunskap på andra områden än juridik, till exempel definitioner på i rättsregeln ingående begrepp och expertis och expertutlåtanden på områden som relaterar till regeln (Hydén 1998). I rättsregler görs också kontinuerligt hänvisningar till sådant som inte kan utläsas i rättsregeln i fråga, det kan gälla praxis, expertområden som medicin, andra rättsregler. Detta gäller till och med sådana fundamentala frågor som om straff ska utdömas i de fall någon begått ett brott och där straffsatserna är mångåriga, men där frågan väckts om personen som begått brottet är psykiskt tillräknelig eller inte varför rätten i sådana fall begär ett utlåtande från rättspsykiatri (Lagen om rättspsykiatrisk undersökning (1991:1137)).

Också på det rättsfilosofiska området finns starka invändningar mot tanken att regler i sig förklarar vad det rätta regelföljandet bör vara. Staten kan visserligen i egenskap av auktoritativt centrum både utfärda direktiv och påverka följandet av direktivet genom straff enligt principen ”*might makes right*” (Peak 2007:23), men rätten har identifierats som ett komplext system med ett flertal instanser: lagstiftare, åklagare, domare och domstolar på olika nivå (rättssystemet) med inflytande över de enskilda rättsreglernas tillämpning (Hart 1961, kap 1). Rättsfilosofen Hart föreslår därför att hela rättssystemet styr rättens tillämpning (Hart 1961:97, Hart enligt Shapiro 2007). Rättsfilosofen Dworkin utvidgar tanken på rättssystemet som styrande för en rättsregels tillämpning genom att hävda att det finns principer utanför rättssystemet (till och med utanför den rådande politiska regimen i ett visst land) som ytterst kommer att avgöra vad det rätta regelföljandet bör vara (Dworkin 1967, 1968), något som också Arendt diskuterat (1963/1996, 1975/2003). Denna problematik syns kanske tydligare än någon annanstans på folkrättens område, men också när ett visst fall överprövas i en högre rätt och en omtolkning av lagen då sker.

Komplexiteten, att rätten är många och svår att staka ut gränserna för, är emellertid inte de enda invändningarna mot idén att regler kan skapa li-

khet bara genom att de finns. Principen "*might makes right*" har ett begränsat förklaringsvärde även när det finns ett auktoritativt centrum, eftersom regelföljandet förklaras med dess konsekvenser. Därmed uppstår ett cirkelresonemang, regelföljande likställs som motsats till *regelbrott* utan beaktande av att det är en tankefigur som styr analysen<sup>20</sup>. Det är misstanken om regelbrott som gör att rätten tar sig an ett fall och den anklagade har inte att bevisa att han/hon följt reglerna, utan bevisbördan ligger hos åklagaren och gäller det eventuella regelbrottet. Men därmed förklaras inte vad regelföljande är och hur det går till eftersom regelföljande inte behandlas som en egen aktivitet, utan som en restprodukt. Tankefiguren regelföljande-regelbrott måste därför förkastas.

Nämnda områden ovan, antropologi (Edgerton 1985:33), företagsekonomi (Brunsson och Jacobsson 1998a), sociologi (Weber 1985:1987), rättsfilosofi (Hart 1961 och Dworkin 1967, 1968) visar dessutom att det vanligen finns regler för regelbrott, undantagsregler som handlar om regelbrytarens position, person, situation och ibland också konkurrerande regler att ta hänsyn till. Det som först såg ut som ett regelbrott kan därmed genom dessa andra regler definieras som ett regelföljande trots allt, givet att regeln brutits mot på rätt sätt det vill säga i enlighet med en regel. Därmed diskuteras inte längre följandet av en viss regel, utan hur vi kan förhålla oss till ett (eller flera) system av regler.

Ytterligare ett exempel på hur frågan om regelföljande diskuterats finner vi inom moralfilosofin. När Korsgaard diskuterar idén om vad vi som människor *bör* göra i en viss situation, diskuterar hon indirekt också frågan om regelföljande genom att skilja mellan ett formellt regelföljande "*procedural justice*" och vad som är moraliskt rätt att göra. Skillnaden består enligt Korsgaard i att det finns: "*circumstances in which what is procedurally just is not substantively so*" (Korsgaard 2008:21;233–262). En liknande tematik lyfts fram av Arendt i hennes analys av personligt ansvar (för regelföljande) och ansvar att under vissa omständigheter göra avsteg från att följa överordnades beslut även i totalitära system. I likhet med Dworkin och Korsgaard argumenterar Arendt för att det finns något utanför det inomrättsliga rättssystemet eller inomorganisatoriska rättssystemet. Skälet till att Arendt

---

<sup>20</sup> I idén med begreppet tankefigur ligger att begreppsparet ifråga uppfattas som en dikotomi (Asplund 1987/1992).

hävdar personlig ansvarighet också för regelföljande som kan betraktas som inomorganisatoriskt korrekt, (till exempel ett rättssystem inom organisationen staten) är att en regelsättares och/eller regelsystemets legitimitet under vissa omständigheter både kan och bör ifrågasättas (Arendt 1975/2003: 17–48). Ett teoretisk-filosofisk referensram till hennes slutsatser om Eichmanns ansvarighet för konsekvenserna av dennes del i den nazistiska förintelseapparaten, och det riktiga i att efter andra världskrigets slut döma honom till döden för detta (Arendt 1963/1996)<sup>21</sup>, hämtade hon både implicit och explit från Kant's moralfilosofiska argument för moraliskt acceptabla handlingsmaximer i ljuset av det Kategoriska imperativet, ansvarighet och radikal ondska (Arendt 1964/2003:36; Merrihew Adams (1998:xiii-xxi, xvii-xviii, Kant 1998/2008:6:20-6:53)

Gränserna för ett system av regler som till exempel rättssystemet kan således bli vida och svåra att avgränsa. Argumenterar vi tillräckligt framgångsrikt öppnas perspektivet mot en retrospektivitet som gör frågan om regelföljande ytterst komplicerad. En högre domstol kommer kanske fram till att regeln vi bröt mot var ogiltig eller avsåg något annat och att vi därmed inte gjorde oss skyldiga till regelbrott trots allt. Alternativt att regeln vi följde var ogiltig och att vårt till synes laglydiga handlande i själva verket var brottsligt. Dröjer domstolen så länge med sitt beslut att vi hunnit dö riskerar retrospektiviteten att utmana ytterligare – bröt vi mot regeln eller följde vi den i livet eller i döden?<sup>22</sup>

Problematiken med att definiera regelföljande som motsatsen till regelbrott gör att tankefiguren regelföljande-regelbrott måste avvisas. Samtidigt är denna tankefigur viktig eftersom den visar på vikten av att analysera regelföljande som något eget. Tankefiguren hjälper oss således vidare genom att synliggöra det den inte hanterar – regelföljandet. Av resonemanget hittills kan vi dra slutsatsen vi behöver mer kunskap för att förstå regelföljandet

---

<sup>21</sup> Arendts analys baseras här på Kants morallag som enligt Kant borde vägleda alla våra handlingar och handlingsmaximer och som Arendt tillämpade på Eichmann själv och extrapolerade till den regim vars regler och beslut Eichmann menade sig följa (Arendt 2003:67-82).

<sup>22</sup> Ett exempel på denna oklarhet är när musikern och poeten Jim Morrison som 1969 dömdes för 'obscent beteende', ett straff som dock aldrig avtjänades då domen överklagades 1971. Målet hann emellertid inte avgöras innan han dog. Det faktum att Jim Morrison dog innebar emellertid inte ärendet i sig avslutades vilket visas av det faktum att han benådades postumt 2010 (DN, 9 december 2010).

i egen rätt. Sådana modeller och teoretiska resonemang finns och nedan kommer jag därför diskutera March och Olsens modell för regelföljande, därefter Wittgensteins och Searles tankar kring förutsättningarna för och möjligheten att följa en viss regel. Allra först kommer jag emellertid argumentera för behovet av att empiriskt studera regelföljande, i synnerhet när det gäller standarder, som en process snarare än att dra slutsatser baserat på eventuella effekter.

Regelföljande som processen att följa en viss regel: att definiera jag, situation och bör

Eftersom effekten av en standard inte a priori kan antas vara liktydig med det standarden föreskriver eller att standarden och den presumtive regelföljarens beteende överensstämmer, blir processen ”att följa nödvändig” att studera. En generell modell för regelföljande som används inom organisationsteorin är March och Olsens modell, varför jag valt den som utgångspunkt. Modellen består av tre frågor som den potentielle regelföljaren har att besvara och lyder som följer:

1. Vem är jag (i den här situationen)?
2. Vad för slags situation befinner jag mig i?
3. Vad bör en sådan person som jag göra i en situation som denna (March och Olsen 1989:23)

Vid ett första påseende ser det kanske lätt ut. Grundregeln är att jag vet vem *jag* är och i vilken *situation* jag befinner mig och baserat på detta drar jag slutsatser om vad jag *bör* göra. Vid närmare påseende stöter vi emellertid på problem redan i första ledet. Vi behöver veta vem *jag* är i den aktuella situationen (Brunsson och Jacobsson 1998b, 2000b). Ett sätt att beskriva *jag* är i termer av *roll* och *identitet*. Rollen kan betraktas som en social aspekt av vårt *jag*, det andra och vi själva förväntar oss givet en viss position (Higgins 1987). Som människa har vi emellertid alltid flera olika roller, men även om vi bara håller oss till en av dem, yrkesrollen, kan denna rymma så olika aspekter att det finns skäl att tala om olika och potentiellt sett motstridiga roller (Lipsky 1980). Därutöver har vi föreställningar om vilka vi är och vad vi bör göra som påverkar hur vi ser på våra roller och vad vi gör med dem.

Denna erfarenhet kan beskrivas med begreppet identitet, vilket utvecklings- och jagpsykologen Erikson uttryckt som: ”*a sense of personal sameness and historical continuity*” (Erikson 1968:17). Till detta kan läggas behovet av att känna sig levande och möjligheten till flera alternativa, potentiellt motstridiga identiteter (Higgins 1987). Att vi har flera alternativa och potentiellt sett motstridiga roller och identiteter innebär att vi har flera alternativa *jag*, även om vi känner till i vilken situation vi befinner oss. Att veta vem *jag* är kräver således avgränsningar.

En andra utmaning är veta vilken *situation* vi befinner oss i. När Goffman beskriver organiseringen av det vi upplever, beskriver han hur flera alternativa, motstridiga och till och med illusoriska definitioner av: ”*what is it that's going on here*” ofta är möjliga, och till och med möjliga samtidigt (Goffman 1974/1986:8, 9, 19 samt fotot 20). För att kunna ge företräde åt en definition framför en annan krävs därför enligt Goffman något att hänga upp tankar och sinnesintryck, så att den upplevda verkligheten inte fragmenteras eller bryter samman. Det finns inget skäl att denna avgränsningsproblematik inte gäller när en regel ska följas i en viss *situation* utan snarare kan vi dra slutsatsen att det kan finnas flera alternativa *situationer* som skulle kunna vara aktuella när vi ska avgöra om och på vilket sätt vi ska följa en viss regel.

En tredje utmaning är att identifiera vad *bör* kan vara. En fråga är om *bör* kan betraktas som slutsatsen av två givna premisser (*jag* respektive *situation*) eller om modellens *bör* bättre kan liknas vid det sista ledet i en ofullständig syllogism där det krävs ett visst mått av omdöme (Aristoteles AI:i). Det senare skulle innebära att *bör* kräver mer än kunskap om premisserna *jag* och *situation*, det vill säga att även *bör* förutsätter något utöver det som ges i regeln. March och Olsens modell visar med all önskvärd tydlighet att regelföljaren endera måste veta saker som inte går att utläsa från regeltexten enbart, alternativt kan dra slutsatser om förhållanden som inte går att utläsa av regeltexten enbart om regeln ska kunna följas. March och Olsens modell behöver således kompletteras för att regelföljande ska gå att analysera med hjälp av den.

Ett alternativt sätt att tänka om vad regelföljande är och hur det går till och som berör såväl *jag*, som *situation* och *bör* kan hämtas från Wittgenstein – en av 1900-talets mest omskrivna filosofer. Wittgensteins första förslag



till hur regelföljande går till trots att en regel inte innehåller tillräckligt med information för att den ska kunna följas, är att regelföljaren tolkar regeln så att den följs på rätt sätt. Genast identifierar Wittgenstein emellertid ett problem. Wittgenstein beskriver *tolkning* som en personlig akt, att se något som... (Wittgenstein 1953/1992:xi). Regelföljande däremot, är enligt Wittgenstein inte ett resultat av en sådan personlig tolkningsakt: ”Att tro att man följer regeln är inte att följa regeln” (ibid:§202, samt Thornton 1998:31–34). Wittgenstein gör således en skillnad mellan den presumtiva regelföljarens subjektiva uppfattning om sitt beteende som ett följande av en viss regel och själva regelföljandet. Det faktum att regler tolkas ska därför inte förväxlas med tolkning som en förklaringsvariabel till hur regelföljandet blev möjligt.

Wittgensteins invändning mot tolkningsbegreppet kan förstås dels som att mängden möjliga tolkningar inte går att avgränsa om vi inte har någon slags regel för det. Att förklara en regel med en annan riskerar nämligen att leda analysen till en oändlig regress, då extrareglerna också måste tolkas, vilket kräver ytterligare regler vilka i sin tur måste tolkas... Dels att vi inte kan tala om regelföljande om vi följer regeln efter eget huvud, det vill säga tolkar den, som Wittgenstein uttryckt det:

Om varje handling kan fås att stämma med regeln,<sup>23</sup> så kan också varje handling fås att bryta mot den. Därför finnes det här varken överensstämmelse eller motsättning. (Wittgenstein 1953/1992 §201)

En central fråga är emellertid vilken slags regler Wittgenstein diskuterar, det vill säga gäller hans kritik mot tolkningsbegreppet alla typer av regler och är hans regelbegrepp detsamma som i den regeltypologi jag valt att använda? Nej, en sådan slutsats kan inte dras. Wittgenstein gör inte någon begreppsmässig skillnad mellan olika slags regler. Det går emellertid att göra en viss indelning i efterhand. I och med att Wittgenstein använder språkregler för att illustrera hur regelföljande går till (Wittgenstein 1953/1992 §201) och dessa i sin skrivna form endast är härledda men likväl kan följas eller brytas mot, uppfyller de i stort definitionen av en norm. Det gör att Wittgenstein idealtypiskt sett har behandlat följandet av normer, dock med

---

<sup>23</sup> Det vill säga genom vår tolkning.

den skillnaden att språket är meningsbärande för varje individ som använder det vilket följdandet av en norm inte behöver vara, eftersom vi kan följa dem utan att vara medvetna om dem.

En andra regeltyp Wittgenstein diskuterar är regler för spel.<sup>24</sup> Spelregler kan i stort likställas med direktiv eftersom de är explicita och eftersom regelbrott leder till sanktioner från ett auktoritativt center. Det gör att Wittgenstein idealtypiskt sett kan sägas ha behandlat regelföljande till direktiv. Inte i något av dessa fall är tolkning en tillfredsställande förklaring på regelföljande enligt Wittgenstein, då vare sig normer eller direktiv kan följas på ett privat sätt.

Eftersom Wittgensteins slutsats, att tolkning inte kan förklara regelföljande, inte omfattar det idealtypiska regelslaget standarder, går det emellertid utifrån Wittgensteins resonemang *inte* att hävda att Wittgenstein avvisat tolkning som förklaring till regelföljande när regeln ifråga är en standard. Wittgenstein låter detta vara osagt. Det vi kan se är att Wittgensteins diskussion utmynnar i att regeltexten enbart inte är tillräcklig för att en regel kan följas och följas på rätt sätt. Regelföljandet visar sig istället i regelföljarnas praxis<sup>25</sup>.

Jag kommer här inte att redogöra för den omfattande diskussion som alltsedan Wittgenstein förts inom filosofin med avseende på relationen regelföljande-praxis, utan istället diskutera hur vi kan förstå *bör* i March och Olsens modell i relation till Wittgensteins argument att regeltexten enbart inte är tillräcklig för att en regel kan följas och följas på rätt sätt. Istället vill jag för ett ögonblick rikta uppmärksamheten mot Searle, då denne liksom Wittgenstein använt regler för spel för att belysa regelföljarproblemet. I sin diskussion om regelföljande drar Searle följande slutsatser (Searle 1997:157):

### 1. Regler är aldrig självtolkande

---

<sup>24</sup> Wittgenstein diskuterade även andra typer av regler, till exempel inom matematik. Jag har inte bedömt dessa exempel som användbara för att förstå hur följdandet av en standard blir möjligt då matematiska regler relaterar till ett abstrakt, instrumentellt område som och därmed inte är att betrakta som en handlingsföreskrift, vilket är den betydelsen av standarder jag diskuterar här.

<sup>25</sup> När det gäller vad mer precist Wittgenstein menade med praxis, kommer inte behandlas här då det finns en lång och omfattande filosofisk diskussion av den frågan som spänt över årtionden och som ännu inte utmynnat i konsensus.

2. Regler är aldrig uttömmande, men
3. Likväl finns det situationer där vi vet vad vi ska göra och hur vi bör handskas med en viss situation utan att det kan förklaras av regeln enbart, eller med ytterligare en regel

Vid en första anblick kan detta verka motsägande. Där March och Olsen antar ett sammanlänkande *bör*, tycks Searle inte diskutera *bör*, istället problematiserar han regelföljandebegreppet genom att i likhet med Wittgenstein hävda att det finns situationer där regelföljande sker men där det likväl är så att beteendet inte fullt ut kan förklaras enbart utifrån en eller flera regler.

Ett av Searles exempel på spelregler gäller schack och av ovan kan vi dra slutsatsen att Searle behandlar två slags regler, konstituerande i bemärkelse vad det överhuvudtaget är att spela schack och reglerande i bemärkelse vad respektive spelare får och inte får göra. Av ovan framgår emellertid också att schack (liksom andra spel) kan spelas mer eller mindre väl och att hur ett visst parti utvecklar sig inte kan förklaras utifrån de konstituerande eller reglerande reglerna enbart (*ibid*). Där March och Olsen länkar samman *jag* och *situation* med *bör*, innebär Searles resonemang att vi kan veta vad vi ska, hur en viss reglerande regel ska användas trots att detta inte följer av vare sig *jag* eller *situation* per se. Det blir istället en fråga om kunskap eller omdöme. För att följa eller använda en regel där varken givna normer eller något auktoritativt center finns som avgör frågan om *bör* i March och Olsens modell för regelföljande, blir det tydligt att samtliga komponenter, det vill säga såväl *jag* som *situation* respektive *bör*, måste utrustas för att regelföljande ska vara möjligt.

## Nödvändigheten av villkorsramar, tolkningsramar och kunskap

En person som särskilt behandlat frågan om hur en *situation* kan definieras, vem *jag* kan vara och vad denne *jag bör* göra är Ervin Goffman. Han skriver om detta utifrån observationer och empiriska studier av öbor i *Jaget och maskerna* (1959/1974) och mentalpatienter i *Totala Institutioner* (Goffman

1961/1983), men också i sitt mer teoretiska arbete *Frame Analysis* (1974/1986). Jag kommer i det här avsnittet diskutera två för detta senare arbete centrala begrepp: tolkningsramar och villkorsramar och därefter argumentera för kunskap som något skilt från både standarden och de ramar som jag menar behövs för att standarden ska bli begriplig, gå att följa.

I *Frame Analysis* sätter Goffman fokus på i synnerhet två frågor, dels hur vi förstår det som händer omkring oss och vad vi utifrån detta *bör* göra. Dels att det finns faktorer och förhållanden som sätter gränser för vad vi kan göra, ”*frames*” vilket kan översättas med *ramar* och som gör det möjligt för oss att identifiera och förstå något som något (Goffman 1974/1986:21–39, 247–300).

Ett första begrepp hos Goffman är ”*natural frameworks*” vilket jag översatt till *villkorsramar*. Hos Goffman (1974/1986) syftar dessa ramar på förutsättningarna för att kunna bete sig på ett visst sätt, gränser för beteenden, orsak-verkan samband, som inte avgränsas genom någons tolkning. För att illustrera kan vår fysiska kropp betraktas som en villkorsram för medicinsk behandling. Andra exempel på villkorsramar kan vara geografiska faktorer, tid, väder, tekniska system med mera, då detta kan sätta gränser för vad för slags beteende som är möjligt i en viss situation. Det kan också finnas rutiner, som påverkar ett beteende och därmed villkorar det. Andra regler kan i vissa fall också fungera som villkorsramar även om det inte är huvudbetydelsen av begreppet här.

Av exemplen ovan kan vi se att idén med villkorsramar också är att de är relativt stabila. Även om vädret ständigt växlar, återkommer vissa slags väder oftare på vissa platser än andra. Även om personliga, privata, rutiner kan förändras hastigt, är beteendesequenser i en organisatorisk miljö inte lika föränderliga.

En annan slags ram som Goffman beskriver som nödvändig för hur vi kan avgränsa och förstå något som något, är det han benämnt ”*social frameworks*”, och som jag valt att översätta till *tolkningsramar*. Tolkningsramar handlar om begripliggörandet av något som något på i huvudsak två sätt: dels kognitivt i termer av vad som kan tänkas pågå; dels i termer av meningsfullhet, vilket har bäring på personens upplevelse av sig själv, roll och identitet, eller kort och gott – personens *jag*. Den *primära tolkningsramen* baseras enligt Goffman på det vi kan kalla grundantaganden, *förbegrepp* och

tankefigurer, inklusive de bibetydelser, känslor och värden dessa väcker inom oss.

Med primär tolkningsram syftar Goffman således inte på en viss tolkning av *situation*, *jag* eller *bör*, utan grunden för tolkning, tolkningens byggs-tenar om vi så vill, det vi använder när vi försöker begripliggöra det vi inte säkert kan veta något om, tankar och intryck för vilka det inte är meningsfullt att diskutera i termer av regler. Det socialpsykologiska begreppet primär tolkningsram har likheter med retorikens *topos* (Aristoteles RI, 137a), ett begrepp som syftar på organiseringen av associationer, ett: ”*associativt komplex*”, med vilket vi begripliggör världen. Som Hellspong skriver: ”*Där inga topos finns, finns heller inget att tala begripligt om...*” (Hellspong 2006a). En viktig skillnad mellan *topos* och primär tolkningsram är att den primära tolkningsramen hela tiden gäller en viss specifik händelse, berättelse, nedtecknad utsaga, uttalande, standard och ger sammanhang till detta. Tolkningsramen står inte för sig själv som *topos* gör.

För att kunna diskutera inte bara avgränsningarna som vi gör när vi upplever något som något, utan också förändringar inom en viss tolkningsram och hur dessa förändringar skapas, beskriver Goffman den som uppbyggd av tre beståndsdelar: den primära tolkningsramen, ”*keyings*” respektive ”*layers*” (Goffman 1974/1986, kapitel 3, samt *ibid*:82). Jag har översatt *keying* med termen *variant* då detta ord säger något om det Goffman syftar på, vilket är åtminstone två delvis olika saker: dels att samma berättelse, utsaga, uttalande eller liknande kan återkomma i olika form, eller att de varierar tematiskt inom formen. Som exempel på *variant* mellan olika former kan vi ta Shakespeares pjäs *Romeo och Julia*, en berättelse som inte bara spelats i formen teater, utan också satts upp i andra konstformer, som balett (där Prokofiev gjort musiken), musikal och så vidare...

Men *variant* syftar också på varianter inom en och samma form. För att använda exemplet med teater igen, ges förståelsen av vad ett visst teaterstycke handlar också om dess gestaltning och litterära genre. Dessa varianter kan sammantaget visa på nya sätt att se något på, men också bekräfta förståelsen av något genom att vissa att det som sker i den ena varianten är det som också sker i den andra, trots att varianterna utspelas i olika sammanhang, litterära genrer, iscensättningar.

Ett exempel på detta finner vi i Shakespears komedi: ”Mycket väsen för ingenting”, där sidoberättelsen har en parallell i det tragiska kärleksdramat ”Othello”. I båda fallen spelas ett triangeldrama upp där en vän till en viss man framgångsrikt påstår att dennes kära är honom otrogen. I ”Mycket väsen för ingenting”, är den bedragna en ung, naiv soldat vid namn Claudio, medan hans motsvarighet i ”Othello” beskrivs som en erfaren härförare. I ”Mycket väsen för ingenting” är det brodern till Claudios överordnade, Don Juan, som är intrigmakaren (en brutal man utan finesse) medan ”Othellos” Jago beskrivs som intelligent och raffinerad. I ”Mycket väsen för ingenting” ordnar allt upp sig till slut, Claudio och hans flickvän Hero får varandra. I ”Othello” däremot slutar allt i tragedi då Othello dräper sin hustru för att strax därefter inse att Jago bedragit honom varpå Othello tar sitt liv. Trots skillnaden i litterär genre (komedi respektive tragedi) visar Shakespeare genom båda berättelserna hur mänskliga drivkrafter som svartsjuka och avund kan slå ut vårt förstånd, oavsett personliga status, ålder, mognad. I det avseendet ger de båda berättelserna samma budskap.

Förutom varianter, som i sig tillsammans kan förändra en tolkningsram, diskuterar Goffman också förändring utifrån begreppet ”*laminations*”, vilket här översatts till meningsskikt. Meningsskikt handlar om betydelser som kan läggas till eller falla bort och på så sätt successivt förändra tolkningsramen (Goffman 1974/1986, kapitel 3). För att ta Shakespeares Romeo och Julia som exempel, har pjäsen, baletten, musiken, musikalen, och alla de uppsättningar och filmer som gjorts recenserats och kommenterats i oändlighet. Tillsammans med de varianter och uppsättningar vi själva sett, har dessa andras kommentar format vår uppfattning om vad berättelsen handlar om: en banal tonårsförälskelse, sann passion, tragisk berättelse om hur etiketter på en människa och dennes familj bokstavligen tar över och dödar innehållet, livet självt.

Tolkningsramar kan vara olika lätta att identifiera. Dess struktur kan vara tydlig, men oftare kan vi identifiera dem, härleda dem, genom de associationer de väcker, de perspektiv som lagts på något, det ljus vi betraktar ett händelseförlopp eller en enskild händelse i. Det karaktäristiska för tolkningsramarna är således inte dess struktur, utan att de ger en ”*lore of understanding*”, väcker ett associationskomplex:

... a system of entities, postulates, and rules; others – indeed most others – appear to have no apparent articulated shape, providing only a lore of understanding, an approach, a perspective (Goffman 1974/1986:21)

Distinktionen mellan villkorsramar och tolkningsramar gör det möjligt att analysera hur olika typer av ramar och meningsskikt interagerar med varandra och på så sätt bidrar till förändring eller stabilitet. En analytisk poäng är att Goffman, med sina exempel, visar att förändringen i villkorsramar och tolkningsramar tidsmässigt kan skilja sig åt. Villkorsramen kan förändras utan att tolkningsramen gör det och tvärtom. Sättet att utföra ett visst arbete på kanske förändrats samtidigt som arbetskulturen och föreställningar om arbetet förblir under ”*traditionernas ok*” (Gustafsson 1987). Eller så förändras tolkningsramen plötsligt, vilket får ett beteende att tolkas i ett helt nytt ljus. Som när trollkarlens trick blivit avslöjat – illusionen av magi bryts trots att ingenting i sak förändrats (Goffman 1974/1986). Olika ramar kan tas i anspråk, undertryckas och förändras av både regelsättare och regelföljare. En viss ram kan stå emot en annan, den ena kan underordnas den andra och de kan förstärka varandra.

### Kunskap, kunskapsanspråk och etiska överväganden

Jag har tidigare nämnt att kroppen kan ses som en villkorsram för ett visst medicinskt handlande. Men kroppen kan också ses som en kunskapsdomän som är föremål för tolkning. Detta gör det till en utmaning att skilja tolkningsramar från kunskap. I ett längre perspektiv kan de ses som utfall av samma process, de hakar i varandra, förutsätter och samskapar ibland varandra (Elzinga 2006, Fernler och Helgesson 2006). Tolkningsramar och kunskap är emellertid inte detsamma i ett kortare, tidsmässigt avgränsat, perspektiv. För att kunna analysera hur regler och kunskap interagerar med varandra måste vi därför, åtminstone tillfälligtvis, göra åtskillnad.

Begreppet kunskap har definierats på olika sätt. En tidig definition är att kunskap kan vara absolut och oomtvistligt eller i form av doxa, något som vi (människor) allmänt tror oss veta<sup>26</sup>, respektive problematisk och föremål för tvister och kontroverser<sup>27</sup> (Aristoteles PAT, band 1, §86a och

---

<sup>26</sup> Doxa (Wolrath Söderberg 2012:70).

<sup>27</sup> Endoxa (Ibid:81).

88b, Aristoteles refererad i Hellspong 1996, Wolrath Söderberg 2012: 70, 81). Detta kan förstås som att kunskap kan vara mer eller mindre trovärdig och mer eller mindre möjlig att demonstrera och förmedla till andra. Ett exempel på absolut kunskap är när en allsmäktig Guds (eller dennes uttolkare) uttalanden uppfattas som oomtvistligt sant. Ett exempel på kunskapsområden där kontroverser anses ligga i kunskapens natur är vetenskapen, där trovärdighet visats bero på vem som hänvisar till den och vem den presenteras för (MacKenzie 1990/1999).

Definitionsmässigt kan kunskap vara esoterisk och ockult, baserad på insikter och upplevelser som inte kan explicitgöras fullt ut, eller intuitiv, baserad på egna erfarenheter. Den egna erfarenheten kan delas in i förfogandekunskap, förmågan att göra något samt orienteringskunskap, kunskap om vad som är lämpligt att göra. Båda dessa kunskapsformer har med hänvisning till Polanyi's "*tacit knowledge*" (Polanyi 1974) och idén om kunskap i handling benämnts som tyst (Rolf 1995, Molander 1996). Denna kunskaps hemvist står att finna i praxis, sättet att göra något på, och i doxa,

Mot den intuitiva, erfarenhetsbaserade kunskapen kan man ställa det som ibland kallas påståendekunskap eller kunskap utan subjekt – föreställningen att det finns objektiv kunskap (Popper 1972). Ett kriterium för denna typ av kunskap är att den är möjlig att förmedla, till exempel som text eller som en bild. Ofta krävs emellertid också för denna kunskapsform uttolkare och initierade personer med erfarenhet av det som ska förmedlas. En ritning eller prototyp för ett medicinskt instrument kanske, kräver kunskap och erfarenhet för att förstås och kunna omsättas till det konstruktören avsett (Collins 1985/1992).

Praxis har ibland också det setts som en slags kunskap. Enligt Wittgenstein ges ett visst ords mening inte av den lexikala betydelsen eller hur väl ordet i sig representerar det som avses utan av användningen. Detta kan förstås som att regeln och hur den ska följas blir densamma. Searle pekar än tydligare på att det i regelföljandets praktik, finns en kunskapsdimension, en erfarenhetsbaserad kunskap, som gör att regler kan följas på det sätt regelsättaren tänkt sig och likväl på ett oväntat sätt. För schack finns regler för vad schack är men det är den erfarenhetsbaserade kunskapen som bäst förklarar vem som vinner.



Generaliserar vi Searles resonemang till frågan om hur en standard kan följas, blir kunskap därmed både en lösning och ett problem för frågan om regelföljande. Kunskap är en lösning på regelföljarproblemet såtillvida att kunskap kan komplettera regeln och göra den mer möjlig att följa. Kunskap är emellertid också ett problem såtillvida att det kan finnas konkurrerande kunskapsanspråk vilket öppnar upp för olika sätt att följa en viss regel. *Tolkningsutrymmet* som därmed uppstår blir problematiskt för regelslaget standarder om önskan hos regelföljaren är att standarden ska följas på ett visst specifikt sätt, då ett *auktoritativt center* för att avgöra det rätta regelföljandet, saknas.

Samtliga exempel på kunskap jag nämnt ovan, betraktas här som kunskap. De explicita anspråk som görs på att något är kunskap, kommer jag kalla kunskapsanspråk. Det mönster av beteenden som jag kan iakttä på ett visst område, kommer jag att kalla praxis. När någon betar sig baserat på sin erfarenhetsbaserade kunskap, kommer jag att tala om erfarenheten som kunskap även om inga explicita kunskapsanspråk gjorts. Kunskap ska således inte förväxlas med alla strategier vi kan ha för att försöka följa en regel. Vet jag inte hur en regel ska följas kan jag titta på hur någon som följer regeln gör, imitera den personen, men att imitera är således inte detsamma som att följa en regel och inte heller detsamma som att imitera regelföljande baserat på kunskap. Lärandet kan få det ena att övergå i det andra, men jag kommer inte diskutera lärande utan regelföljande och därför lämnar jag lärandet därhän.

Det finns ytterligare en distinktion som kort ska nämnas, distinktionen mellan kunskap om något och moraliska och etiska aspekter på vad vi *bör* göra. Vad en läkare *bör* göra för att spjälka ett benbrott på det mest medicinskt ändamålsenliga sättet är en *bör*-fråga i termer av kunskap *om* något. Ett *bör* som relaterar till läkarens expertis och den aktuella kunskapsdomänen på området medicin. Principen om professionell autonomi relaterar här till möjligheten för läkaren att använda sin kunskap om hur, fri från yttre styrning. *Om* läkaren *bör* spjälka benbrottet kan däremot vara en etisk och moralisk fråga, Principen om autonomi relaterar här till läkarens möjlighet att utan yttre, administrativ styrning basera sitt omdöme på sitt samvete och det uppdrag gentemot patienten och samhället som denne anser sig ha. Även om också etiska och moraliska överväganden är sam-

manlänkade med kunskapsproduktionen över tid, är kunskap *om* något och etiska övervägningar *om* detsamma således i ett kortare perspektiv är att betrakta som olika företeelser och därmed viktiga av analytiska skäl att skilja åt.

## Utmaningar, möjligheter och möjliga mekanismer...

Förutom svårigheten att predicera utfallet av en regel utifrån enbart den information som regeltexten innefattar, utmaningen i att dels hantera villkors- och tolkningsramar i regelsättande och regelföljandesammanhang, dels hantera möjliga kunskapsanspråk och etiska värden, finns ytterligare utmaningar som måste hanteras när regeln är en standard. Villkors- och tolkningsramar, kunskap, etiska värden kan inte fastslås av ett auktoritativt centrum. Någon absolut kontroll över villkors- och tolkningsramar, kunskapsanspråk och etik kan regelsättaren aldrig ha. Även personer med expertkunskap eller dokument som bedömts som trovärdiga kan ifrågasättas. Den formella sanktionsmöjligheten som kan minska oklarheten i regelföljandet, det vi ytterst kan förstå som våld, saknas också för detta.

Ytterligare en komplikation är hur eventuella konkurrerande regler ska hanteras och/eller om det finns faktorer som gör vissa regler och/eller regelsättare ogiltiga. Ska en viss regel, eller i det här fallet standarder, följas på ett visst sätt, kanske någon annan regel måste brytas. Alternativt kan en högre logik (regelhierarki) behöva etableras (Sahlin-Andersson och Östergren 1998:158, Brunsson och Jacobsson 1998a) eller någonting utanför det inomorganisatoriska systemet av regler (till exempel ett lands rättssystem) avgöra vad som borde göras i förhållande till en viss regel eller inte. I och med att en standard saknar ett givet auktoritativt centrum ger oklarheten, ofullständigheten och osäkerheten i vilken tolkningsram som gäller, ytterligare utrymme för variation. Att den som vill styra med standarder inte kan styra regelföljandet genom sanktionsmöjligheten ens inom den egna organisationen, gör att det finns en än större risk för att standarderna inte följs på det sätt regelsättaren tänkt sig. Vad exakt som är det rätta sättet att följa en standard på eller inte blir oklart, som Brunsson uttryckt det:

Att följa standarder innebär [...] att man försöker översätta en generell formulerad regel till den egna situationen (Brunsson 1998a:167)

Frågan blir då: *vad är* ett försök att översätta eller följa en regel och *vem* kan avgöra *när* ett försök skett? Eftersom det finns ett betydande tolkningsutrymme för vad det är att följa en standard aktualiseras frågan om också regelföljande och tillämpning kan skilja sig åt. Av diskussionen ovan blir det rimligt att beakta möjligheten att så är fallet om regeln ifråga är en standard. Att standarden som styrverktyg rymmer möjligheten att följas utan att tillämpas kan förstås som en extrem form av regelföljande, men är standarden det styrmedel som valts och inget ytterligare kommer till, skulle detta kunna inträffa. Detta skulle kunna vara ett bekymmer för regelsättaren, om regelsättarens syfte med regeln är något speciellt. Risker finns att regelsättarens inflytande blir mer begränsat än vad denne kanske tänkt sig. Om det är så och om det är ett problem, är emellertid en empirisk fråga. Det behöver inte vara ett problem. Det är inte givet att regelsättaren anser att någon särskild tillämpning är nödvändig. Förändringsförsök kan vara en del i organisationens tradition, det hör kanske till att förändra organisationen då och då (Brunsson, Forssell, Winberg 1989).

En annan extrem form av tillämpning är att standarden i alla avseenden följs såsom regelsättaren tänkt sig. Detta kan förstås som att regelföljaren tillämpar standarden på det sätt regelsättaren tänkt sig. I det fallet blir följande och tillämpning detsamma och regelsättare och regelföljare är helt eniga. Som vi sett ovan är detta emellertid inte helt lätt att åstadkomma. Det kanske kan vara så i vissa fall att det är möjligt för regelsättaren att definiera standarder och direktiv så precist att de kan tillämpas rakt av, men definitionsmässigt ser det inte ut att vara så. Det är inte heller säkert att ett sådant absolut regelföljande är önskvärt. Ett alltför bokstavligt eller strikt regelföljande kan till och med hindra en verksamhet att fungera effektivt (Law 2003). Alternativt finns kanske flera möjligheter att följa en viss standard som alla i någon mån uppfyller regelsättarens syfte och förhoppningar eller på annat sätt bidrar till något som regelsättaren vill.

Förhållandet mellan regelföljande och tillämpning skiljer inte bara standarden från direktivet utan också från normen. Normer liknar direktiv på så sätt att regelföljande och tillämpning är detsamma. Det går inte att följa en

norm på ett privat sätt precis lika lite som det går att hävda en privat användning av språket. Trots avsaknaden av ett auktoritativt centrum, att normer är frivilliga att följa, är de starka och styrkan i dem kan uttryckas som att de är:

... tvingande i betydelsen att det är svårt att bryta mot dem, och frivilliga i betydelsen att det verkar som om vi följer dem för att vi vill det och inte därför att vi utsätts för något yttre tryck (Brunsson och Jacobsson 1998a:15)

Ett empiriskt exempel på styrkan i en viss norm är att individer visats följa gruppens uppfattning, till och med när det finns starka skäl att inte hålla med, och fastän ett sådant avvikande inte skulle ge någon annan konsekvens än att avvika från gruppen i denna uppfattning (Asch 1956<sup>28</sup>). Denna karaktäristika hos normen ger å ena sidan subjektet en frihet att avstå från regelföljandet, å andra sidan ett starkt incitament att följa normen om det ses som viktigt av den enskilde att fortsätta höra till gruppen. Asplund kallar leken ett elementärt beteende (1987) och Jorup och Preisler 2001 har i sin analys av barns lek visat att tillhörigheten till gruppen i barns fria lek (det vill säga gruppen av barn som leker med varandra) baseras på en intuitiv förståelse av rådande leknormer<sup>29</sup>. Tillhörighet kan således ses som en viktig mekanism för benägenheten att internalisera och följa normer, och givet att det är så består frivilligheten i den enskildes utrymme att definiera bort sig från gruppen genom att inte följa normen. Samtidigt är normen ett

---

<sup>28</sup> Experimentet i fråga handlade om i vilken mån enskilda individer påverkas i sin perception av något, när en tillfälligt engagerad grupp av främlingar påstår sig se något uppenbart felaktigt. Resultatet visar att den enskilde kommer att svara i linje med den övriga gruppen. Studien visar därmed inte att det är perceptionen som påverkas. Finns någon eller några i gruppen som också ger ett korrekt svar, kommer försökspersonen istället sälla sig till denna minoritet. Den mest rimliga förklaringen är därför att försökspersonen inte vill avvika i sitt svar från gruppen (i den mån alla i gruppen uttrycker en viss uppfattning, även om den är felaktig) och att detta förhållande, att inte vilja avvika ens från en till synes tillfälligt sammansatt grupp av främlingar talar för att styrkan i en viss norm har med grupptillhörighet att göra.

<sup>29</sup> Sett så bygger också leken på normer såtillvida att barns fria lek med varandra baseras på den leknorm som för tillfället råder mellan barnen, inte på ämnet för leken eller direktiv: ”För att en gemensam lek skall komma till stånd och utvecklas måste barnet anpassa sig till vissa sociala regler [enligt begreppsapparaten ovan motsvarande normer, Anna-Maria Lagrelius] samt de förväntningar som rollen kräver”... ”Reglerna i leken skiljer sig från andra regler i betydelsen att barnet underordnar sig reglerna för att få vara med och leka...” (Jorup och Preisler 2001:17).

regelslag som saknar en identifierbar regelsättare, vilket gör att de inte är ett för regelsättaren helt tillgängligt regelslag. Vad som kan vara mer möjligt är att knyta an standarden till lämpliga normer och föreställningar.

En andra utmaning för standarder är frivillighetsaspekten. Där direktivet gäller den tänkta regelföljaren bara genom att utfärdas har den som vill styra med standarder inte mandat att besluta om dess giltighet, och inte heller vilka som ska omfattas av den. Standarden kan visserligen riktas till en viss grupp eller organisation, men regelsättaren kan inte utifrån standarden enbart ensidigt bestämma vilka som ska följa den – den blir inte bindande bara för att den utfärdas (Brunsson och Jacobsson 1998a). Organisationer kan dessutom rymma flera olika idéer om vad organisationen är och bör göra, det kan finnas flera olika organisatoriska identiteter (Pratt och Foreman 2000). Därmed finns risken att endast vissa grupper, personer eller delar av organisationen låter sig påverkas. Regelföljandet på individnivå kan också strida mot principer och värden som den presumtive regelföljaren personligen tycker är viktiga (Dworkin 1967, 1968). Den av regelsättaren föreslagna identiteten skiljer sig kanske från den identitet den presumtive regelföljaren känner igen sig i. Det kan därmed också finnas aspekter på vem *jag* är, som kan skapa variation. Den som vill använda standarder som styrverktyg blir beroende av att dem standarden riktar sig också tar den till sig och vill följa den:

Om en viss praktik skall 'uppstå' på ett nytt ställe måste nog en aktör aktivt ha valt att börja handla på just detta nya sätt. (Brunsson 1998c: 163)

Att regelsättaren är beroende av regelföljarens frivilliga medverkan behöver emellertid inte vara något negativt. Argumentet att standarden är frivillig att följa kan göra den mer attraktiv, då frivillighet ofta ses som mer positivt än tvång. När Tamm-Hallström diskuterar standarden utifrån Webers auktoritetsbegrepp är det bland annat den rationella-frivilliga aspekten som lyfts fram – att följandet av en standard antas ske baserat på förnuft och inte på tvång (Tamm Hallström 2000). Kan regelsättaren definiera dem standarderna riktar sig till på ett attraktivt sätt skulle de presumtiva regelföljarna till och med vilja följa dem som en del i att stärka sin identitet (Brunsson och Jacobsson 1998b, 2000a).

Frivilligaspekten i standarden, att de regelföljare som så önskar kan upprätthålla sin identitet som autonoma och kapabla och betrodna att själva välja (Brunsson och Jacobsson 1998a, 2000a), kan därför vara extra viktigt för personer och grupper som i sina egna och andras ögon vill uppfattas som autonoma i förhållande till yttre styrning. Att en organisation har flera olika organisatoriska identiteter behöver inte heller vara ett problem utan kan till och med vara en fördel. Givet att en enhetlig organisatorisk identitet inte passar med regelsättarens predefinierade regelföljande *jag* är det kanske mer fördelaktigt att några följer standarderna än att ingen gör det.

Ovan har jag hävdad att det auktoritativa centrumets tolkningsföretråde, sanktionsmöjligheten, kan ses som en mekanism som gör det möjligt att forma utfallet av direktivet. Jag har också föreslagit tillhörighet som en mekanism för hur normer följs, och följs på rätt sätt. Frågan är om det också finns mekanismer som är specifika för standarden? Den teoretiska diskussionen gör det inte möjligt att skapa starka hypoteser om mekanismer av det skälet att det inte är givet att standarderna har någon effekt. Likväl kan åtminstone tre områden där möjliga mekanismer borde kunna finnas här identifieras. Ett första område har med standardens oklara karaktär att göra då oklarhet är ett av standardens kännetecken. Eftersom ett auktoritativt centrum saknas är det rimligt att tänka sig mekanismer som triggar en regelföljare att dels ta sig an standarden på något sätt, dels skapa begriplighet, sammanhang och kanske också engagemang kring den (Goffman 1974/1986:345). Ytterligare en möjlig ingång har med frivilligheten att göra. I och med att standarden åtminstone formellt sett är frivillig att följa, borde det finnas mekanismer som gör att frivilligheten övergår i ett stabilt regelföljande av något slag.

## Sammanfattning

Jag har argumenterat för att frågan om en standard haft effekten på ett specifikt beteende, kräver noggranna empiriska studier och att regelföljande bör vara utgångspunkt för att förstå både om, och i så fall på vilket sätt, en viss standard haft effekt. Jag har vidare argumenterat för att regelföljande inte står i ett dikotomt förhållande till regelbrott och därför behöver analyseras i egen rätt. Ett sätt att ta sig an frågan är att utgå från en modell för

hur regelföljande går till, som inte förklarar regelföljandet med dess konsekvenser, ett auktoritativt center eller lika gärna kan förklaras med något annat styrverktyg.

Den modell för regelföljande jag valt som grund för att ta mig an forskningsfrågan: om standarden haft effekt och i så fall genom vilka mekanismer, är March och Olsens modell för regelföljande där följandet av en viss regel beskrivits som en process där regelföljaren ställts inför tre frågor som en regelföljare måste besvara: vem *jag* är, i vilken *situation* jag befinner sig i samt vad *jag bör* göra utifrån detta. Eftersom det finns flera möjliga *jag*, sätt att definiera en *situation* och därtill flera möjliga *bör* har jag argumenterat för nödvändigheten att komplettera March och Olsens modell med teori om hur *jag*, *situation* och *bör* skapas, vidmakthålls och förändras.

Med tanke på att frågan om jag, situation och bör rör sig i gränslandet mellan strukturer och individens egna avvägningar, har jag funnit det lämpligt att kombinera March och Olsens modell med några begrepp från socialpsykologin där särskilt Ervin Goffman gjort sig känd för att ha identifierat och formulerat flera empiriskt baserade och analytiskt användbara begrepp. För kunna besvara forskningsfrågan och samtidigt kunna studera processen att följa en viss standard på ett systematiskt sätt, har jag funnit det Goffman definierat som villkorsramar och tolkningsramar, särskilt lovande, då dessa kan antas vara strukturer som utrustar standarden med både innehåll och riktning. Jag fann det också nödvändigt att beakta kunskapsargument i de empiriska studierna av processen från standard till beteende, då tongivande regelteoretiker (egentligen filosofer), Wittgenstein och Searle, båda pekar på kunskapsaspekter i sina diskussioner av hur regler kan följas och följas på rätt sätt.

I fallet med att studera Läkemedelskommittéernas standarder fann jag det också nödvändigt att vara uppmärksam på etiska aspekter av *bör*, både med avseende på om, och i så fall vilket läkemedel, läkarna *bör* välja för olika medicinska problem då det dels ligger i läkaruppdragets dubbla natur att läkarens *bör* relaterar till såväl den medicinska fackkunskapen som läkarens personliga autonomi och ansvar i moralisk bemärkelse, gentemot patienten och gentemot staten.

Med standarder som handlingsföreskrifter i en komplex organisatorisk miljö, följer också möjligheten eller risken att frivilligheten i regelföljandet

samt avsaknaden av ett auktoritativt centrum med mandat att avgöra vad det rätta sättet att följa standarden öppnar upp för en paradox – att standarder är ett styrverktyg som skiljer sig från andra regelslag (direktiv och normer, se kapitel 1), då de potentiellt sett skulle kunna följas utan att tillämpas. Genom att utrusta standarden med lämpliga villkors- och tolkningsramar, kunskapsargument och förse den med lämpliga etiska värden, borde visserligen en viss styrning av regelföljandet vara möjligt från regelsättarens sida. De tolkningsramar regelsättaren tar i anspråk kanske skulle backas upp av nya eller förändrade villkorsramar, tilläggslagstiftning, nya administrativa rutiner och system eller ekonomiskt-administrativa tekniska system som begränsar antalet möjliga tolkningar i den miljö där standarden är tänkt att användas.

I vad mån detta sker och hur det i så fall tar sig i uttryck är empiriska frågor (om än med teoretiska implikationer för vad en standard är och gör). På samma sätt som forskningsfrågan: Om läkemedelskommittéernas standarder påverkat läkarnas beteende på önskat sätt och genom vilka mekanismer, som har med standarderna att göra, som effekten uppnåtts, kräver empiriska studier för att kunna besvaras.





# Kapitel 3

## Design, tillvägagångssätt, och tolkning av data

Som jag diskuterat i kapitel 1 är syftet med studien att undersöka standarder som styrverktyg: vad som kan förklara effekten av dem givet att effekt på beteendet kan påvisas. Det är processen att följa en standard som varit mitt fokus, inte utvärdering av dess effekt. För att empiriskt undersöka detta och då möjligheten öppnade sig att studera en reform i pågående, Läkemedelsreformen, valde jag att följa några av de standarder för val av läkemedel som skapades i och med reformen. Det empiriska materialet består av tre delstudier som behandlar olika perspektiv på standarden: syftet med dem ur reformatörernas perspektiv, regelsättarnas och de presumtiva regelföljarnas. I det här kapitlet kommer jag att närmare beskriva hur jag gått tillväga.

### Design och tillvägagångssätt

Forskningsfrågan var relativt öppen. Jag valde att definiera effekt som en potentiell konsekvens av att standarden följdes samt låta frågan vilka effekterna kunde vara, visa sig under studiens gång. Jag gjorde heller inga starka antaganden kring vilka standardens mekanismer skulle vara utan visade endast på två av standardens specifika egenskaper där mekanismer skulle kunna finnas. Att låta den empiriska gränsdragningen för vad standarden var (standard sett som en stimulus) och vilken effekt den hade (den eventuella responsen) har varit ett försök att analysera standarden som ett fe-

nomen där ingången fått vara dess sannolika komponenter: regeltexten, den tryckta standardens utformning, dess villkors- och tolkningsramar, aktuella kunskapsanspråk som associerats med den.

För att kunna vara så öppen som möjligt i mina definitioner av standardens syfte, tillkomst och följandet av den, valde jag att designa studien som en fallstudie (Yin 1984). Slutsatserna växte fram genom successiva analyser av respektive studie, det sammantagna empiriska materialet och successiva fördjupningar av teoretiska resonemang. Denna pendling mellan empiri och teori gör att det teoretiska kapitlet (kapitel 2) delvis är ett resultat av studien och inte enbart en utgångspunkt.

Sammantaget gjordes tre delstudier som på olika sätt belyser standarderna i Läkemedelsreformen, följandet av dem, och dess mekanismer. Den första delstudien handlar om läkemedelskommittéerna som fick uppdraget att formulera regeltexten, innehållet i standarderna. Den andra delstudien handlar om distriktsläkarna, dem som standarderna riktades till, hur de följde standarderna och vilka effekterna blev på deras beteende. Den tredje studien är ett försök till rekonstruktion av reformatörernas perspektiv. Jag valde också att i efterhand komplettera studien med en historisk tillbakablick över reformens bakgrund och hur relationen läkare-staten sett ut historiskt.

Nedan kommer jag presentera studierna i den ordning de genomfördes. I de kapitel som därefter följer presenteras de däremot i kronologisk ordning med början i bakgrunden till Läkemedelsreformen till studien av läkemedelskommittéernas arbete med att ta fram standarderna och slutligen hur de upptogs (eller inte) i distriktsläkarpraktiken vad som möjliggjorde (eller hindrade) detta.

### Delstudie ett – kommittéerna

Studien av kommittéerna startade som en förstudie hösten 1999 och fördjupades med ytterligare material hösten 2000 och våren 2001.<sup>30</sup> Avsikten med studien var dels att studera hur kommittéerna formulerat standarderna i text men också hur syftet med dem framställdes samt hur arbetet i kommittéerna med att ta fram standarderna gick till. Det här sättet att intressera

---

<sup>30</sup> Se Lagrelius 2000, 2001a-c.

sig för styrverktyget (standarden) genom att både undersöka texten i standarderna och de regelsättande kommittéernas arbete inspirerades av hur rättssociologer tänker när de studerar på vilket sätt reglerna i vårt rättssystem följs och varför:

Är man intresserad av rättens tillämpning ligger det nära till hands att använda sig av den normativa dimensionen. Här får man [...] besked om hur rätten är tänkt att tillämpas i olika situationer (Hydén, 1998:34)

Idén om att något följs förutsätter således kunskap om den normativa dimensionen, vad utfärdarna tänkte om följsamheten till den regel de utfärdade, vad den syftade till och hur de föreställde sig att den skulle tillämpas.

Då en studie av hur läkare förhöll sig till kommittéerna och deras standarder på nationell nivå visade variation i hur landets olika län svarat med avseende på egenupplevd användning och upplevt förtroende för kommittén (Salwen och Sund 1998), tänkte jag mig att variationen skulle kunna tjäna som ett urvalskriterium. Jag skapade därför ett estimat på följsamhet (Estimat F) genom att transformera de aggregerade värdena per landsting för följande tre enkätfrågor:

1. i vilken grad läkarna ansåg sig använda standarderna i sitt arbete (val av läkemedel),
2. vad läkarna tyckte om standarderna, och
3. vilket förtroende läkarna hade för det egna länets kommitté.

De tre nominella värdena i enkäten: låg, mellan, hög; Jag transformerades till en tregradig numerisk skala, där svarsalternativet låg gavs 0 poäng, medel gavs 1 poäng och hög gavs 2 poäng på respektive fråga. Estimat F kunde därmed beräknas till som mest 6 poäng och som minst 0 poäng. Därefter grupperades samtliga landsting om. Landsting med ett Estimat F på mellan 5–6 poäng klassificerades som landsting med hög följsamhet till standarderna. Landsting med ett Estimat F på mellan 0–2 poäng klassificerades som landsting med låg följsamhet, och landsting med ett Estimat F på mellan 3–4 poäng klassificerades som landsting med mellanhög följsamhet.

Baserat på dessa tre grupper valde jag ut ett län per grupp vars standarder jag ämnade undersöka.

Urvalet har således baserats på olikhet i syfte att minimera antalet undersökningsobjekt. Denna urvalsmetod baseras på det Glaser och Strauss kallat *maximerings-minimeringskriteriet* (Glaser och Strauss 1967), en metod för urval som används vid empiriska studier där syftet är att täcka in så stor empirisk variation som möjligt (maximering) utan att för den skull behöva undersöka allt och alla (minimering). När ytterligare empiriskt material inte givit någon väsentlig ny information är det enligt maximering-minimeringskriteriet dags att avsluta datainsamlingen, ett kriterium för att avsluta datainsamlingen som Glaser och Strauss benämnt *teoretisk mättnad* (ibid).

I syfte att maximera variationen i data och samtidigt minimera antalet intervjupersoner intervjuade jag kommittémedlemmar av olika kön, från olika specialiteter, med olika position akademiskt och administrativt. Också kommittémedlemmar som inte var läkare intervjuades (apotekare och administratörer).

Maximerings-minimeringskriteriet fick också styra valet av standarder. För att undvika allmänna svar på hur standarderna utformades och med vilka argument och syften behövde jag å ena sidan studera specifika, verkliga, standarder och samtidigt begränsa antalet standarder att undersöka empiriskt. Jag kom därför att välja två standarder<sup>31</sup> som valdes med likheten att båda explicit syftade på att förändra förskrivningen av läkemedel i något avseende, samtidigt som syftet med standarderna, det som standarderna skulle förändra, åtminstone inledningsvis framstod som olika

Att syftet med de två standarderna, styrglappet, föreföll skilja sig åt skulle kunna ge variation i vad följandet av dem kunde innebära och vilka mekanismer eventuella effekter på beteendet dessa standarder hade, som aktualiserades. Den ena standarden, standarden för läkemedel på området Ont-i-magen, syftade enligt Läkemedelsreformens förarbeten till att förändra förskrivningen, minska förskrivningen av ett visst populärt preparat för att istället förskriva ett annat, billigare läkemedel. Därutöver fanns styrambitionen att minska läkemedelsförskrivningen mot Ont-i-magen överhu-

---

<sup>31</sup> Från början var det fyra standarder som studerades (Lagrelius 2001) redovisat i två rapporter (Lagrelius 2000, samt 2001a).

vudtaget, genom styrambitionen att minska den för vissa typer av magont, vissa diagnoser. I det andra fallet, standarden för läkemedel mot Depression, fanns istället i Läkemedelsreformens förarbeten en explicit uttryckt hypotes att förskrivningen av läkemedel för Depression borde öka.

Förutom *maximerings-minimeringskriteriet* valde jag också att arbeta med olika typer av data, vilket kan ses som ett sätt att försöka triangulera data, pröva de framväxande slutsatserna med olika slags empiriskt material för att upptäcka motsägelser som kunde behöva redas ut eller korrigeras. (Alvesson och Sköldberg 1994). Eftersom det visade sig att kommittéerna arbetade mycket med kunskapsöverföring till distriktsläkarna och standarderna också beskrevs som en del i detta arbete, kompletterade jag till studien av standarderna med bulletiner, internt kommittématerial mm som riktade sig till distriktsläkare och som kunde betraktas som meningsskikt som endera kunde stärka en viss tolkningsram för vad syftet med standarderna var, nyansera den alternativt förändra tolkningsramen. Jag gjorde också deltagande observationer av utbildningsseminarier som arrangerats av kommittéerna för att se hur interaktionen mellan kommittéläkare-distriktsläkare såg ut vilket gav information om vilka meningsskikt kommittémedlemmarna gav standarderna i mötet med de potentiella regelföljande läkarna (främst distriktsläkare) liksom vilka meningsskikt dessa presumtiva regelföljare (distriktsläkarna) gav standarderna ifråga.

Vid varje intervju informerade jag de intervjuade om studiens syfte (*informationskravet*), att mitt forskningsintresse var en del i mitt avhandlingsarbete (*nyttjandekravet*), att deras medverkan uppskattades men också var frivillig och att de själva närhelst de önskade kunde avbryta sin medverkan med följd att materialet inte skulle tas med (*samtyckeskravet*). De blev också informerade om att intervjumaterial och observationer skulle anonymiseras på så sätt att vare sig deras namn, vilka specifika kommittéer och standarder som undersökts inte skulle nämnas samt att jag också i övrigt i så stor utsträckning som jag bedömde möjligt skulle utelämna sådan information som skulle kunna göra att de själva eller de kommittéer de representerade skulle kunna utläsas (*konfidentialitetskravet*).<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Uppfyllandet av informationskravet, nyttjandekravet, samtyckeskravet samt konfidentialitetskravet var de forskningsetiska riktlinjer HSR/VR samt RJ krävde vid tiden för studien

### Tillvägagångssätt vid intervjuerna av kommittémedlemmarna

Totalt sett intervjuades 21 kommittémedlemmar varav en medlem intervjuades vid två olika tillfällen, i början av studien av kommittéläkarna 1999 och i slutet av den 2001. Kontakterna till respektive kommitté togs av mig genom samtal och mail till kommitténs ordförande. I ett fall hjälpte ordföranden mig med att tipsa om och/eller kontakta andra i kommittén som jag skulle kunna intervjuas i syfte att få veta mer om kommittéerna och deras arbete, i synnerhet vad gäller standarderna för Ont-i-magen och Depression. I ett annat fall blev kommittén som helhet informerad om min önskan att träffa dem, varpå jag själv fick möjlighet att fråga de personer jag önskade träffa personligen. I den tredje kommittén var ordföranden själv inte villig att medverka alls men gav klartecken till att jag själv kunde ringa och fråga de kommittémedlemmar jag önskade träffa direkt.

I dessa samtal om möjligheten att kunna intervjuas kommittéläkarna presenterade jag personligen mitt projekt till var och en av de jag träffade. Informerade om studiens syfte (*informationskravet*), berättade att mitt forskningsintresse var en del i mitt avhandlingsarbete (*nyttjandekravet*), att deras medverkan var frivillig och att de själva kunde avbryta den närhelst de önskade med följd att materialet inte skulle tas med (*samtyckeskravet*). De blev också informerade om att intervjumaterial och observationer skulle anonymiseras och att jag också i övrigt i så stor utsträckning som jag bedömde möjligt skulle utelämna sådan information som skulle kunna göra att de själva eller de kommittéer de representerade skulle kunna utläsas (*konfidentialitetskravet*). Vi samtalade också om dessa etiska frågeställningar när vi sen träffades vid själva intervjuerna.

Av de intervjuade arbetade 16 som läkare (2 var ordförande i kommittén), 2 var apotekare och 3 var administrativa sekreterare. Av läkarna var 15 anställda av landstinget och 1 var privatpraktiserande. De medicinska områden som representerades var distriktsläkare (4), psykiatriker (4), mage-tarm (4), hjärta-kärl (2), samt övriga specialiteter (2). Antalet intervjuade läkare per kommitté var 5, 3, respektive 8. Som stöd för intervjuerna i huvudstudien använde jag fem teman som utgångspunkt för samtalet:

1. Bakgrundsdata om personen
2. Skälet till att hon/han var med i kommittén
3. Hur arbetet med att ta fram standarderna gick till
4. Varför just det läkemedlet valts ut (som föreskrivet) och vilket läkemedel hon/han själv använde i arbetet med patienter
5. En öppen fråga om vad personen tyckte att jag missat, borde frågat om eller på annat sätt fann det angeläget att berätta om.

Den första nivån kan beskrivas som presentationsfasen där jag introducerade mig och studien och bad kommittémedlemmen berätta om sin bakgrund och roll i kommittén. I nästa fas fokuserade jag på läkemedelsval, arbetet med att ta fram standarderna och kommittémedlemmens tankar kring detta. Den tredje delen av intervjun bestod av en helt öppen fråga och gav mer inblickar i deras sätt att tänka och resonera. Alla de intervjuade läkarna ägnade tid åt denna sista fråga, även de som i förväg aviserat att de hade tidsbrist och därför behövde hålla intervjun kort. I synnerhet vid denna avslutande fråga kom information om sådant jag inte tänkt på att fråga om, ifrågasättanden av standarderna, tankar kring syftet med att vara läkare, problemet att vara läkare och kommittémedlem, kritik och lovord mot både enskilda auktoriteter (läkare, organisationer och idéer) och mer filosofiska frågeställningar om läkaren och läkaryrkets plats i världen. Baserat på det respondenterna svarade ställde jag inom varje tema följdfrågor av typen: när, var, hur, varför, vilka, på vilket sätt, och beroende på hur intervjun utvecklades fann jag det ibland nödvändigt att återvända till något tema med uppföljningsfrågor. Andra gånger berättade respondenterna så fritt och strukturerat att den formella styrningen av intervjun blev längre.

Intervjuerna varade som regel omkring 1,5 timmar. Fyra intervjuer skedde under läkarens jourpass (bakjour) på sjukhuset och dessa intervjuer tog längre tid. Två andra intervjuer kom också att bli långa, dels på grund av att omständigheterna tillät det, dels då jag inte ville avbryta samtalet eftersom respondenten fortsatte att ge information som jag bedömde som värdefull i studien. Samtliga intervjuer utom två bandades och skrevs ut i sin helhet. Utifrån analysen av svaren extraherade jag teman som framstod som särskilt typiska och/eller viktiga, teman som successivt blev fylligare eller framstod som mindre centrala med varje ny intervju.



### **Deltagande observationer – delstudie ett (läkemedelskommittéerna)**

I syfte att bilda mig en uppfattning om kommittéernas relation till läkarna i länet och hur de arbetade för att genom medicinska kunskapsanspråk förändra förskrivningen gjorde jag som nämnts också deltagande observationer. Tre av dessa innebar att jag närvarade vid utbildningsseminarier i kommittéernas regi där en eller ett par kommittémedlemmar presenterade kommitténs syn på förskrivningen för ett medicinskt område och standarden för detta för inbjudna distriktsläkare. Genom dessa deltagande observationer fick jag möjlighet att observera distriktsläkarnas reaktioner på både standarderna och kommittéernas syn på vad som borde förskrivas och inte. Vid flera tillfällen hade jag också sällskap på vägen hem med en eller flera distriktsläkare varpå samtalet fortsatte på ett informellt plan. Det var också vid dessa seminarier jag fick en tydlig inblick i att det fanns skillnader i kunskapssyn, sjukdomssyn respektive människosyn, mellan kommittéläkarna och de läkare som inte var med i kommittén. En slutsats av dessa observationer var att val av läkemedel till standarderna och val av läkemedel i konsultationen med verkliga patienter var två olika situationer med olika förutsättningar.

Eftersom författningsregleringen av kommittéerna var ett statligt initiativ, ville jag också få en uppfattning om relationen mellan kommittéerna och staten. I syfte att öka min förståelse av kommittéernas plats i den regelsättande medicinsk-statliga världen i jämförelse med andra aktörer på fältet närvarade jag också som delegat vid två större konferenser, där inte bara representanter från läkemedelskommittéer utan också representanter för SBU, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen deltog. I det ena fallet behandlades informationens betydelse för framtidens läkemedelsförskrivning och vikten av ökat oberoende gentemot läkemedelsindustrin och i det andra fallet diskuterades behovet av att öka läkarnas kunskap på det medicinska området. Observationerna av dessa två konferenser gav mig en inblick i den uppmärksamhet som kommittéerna och deras standarder fick vid den här tiden (1999) och vilka stora förhoppningar som uttrycktes på kommittéernas arbete och standarder vid den här tiden.

### **Kvalitativ prövning av resultaten – delstudie ett**

I studien av kommittéerna visade det sig att alla läkare gav uttryck för ett dilemma mellan rollen som regelsättande och regelföljande läkare, rollen som ämbetsman i statens tjänst och rollen som livmedicus i det personliga mötet med patienten. De gav också uttryck för det rimliga i att de tog ansvar för läkemedelskostnaderna. Att läkarna själva ansåg sig ha ansvar för läkemedelskostnaderna förvånade mig då de tidigare beskrivits som svårstyrda och ointresserade av ekonomiska argument. Jag valde därför att kvalitativt pröva dessa empiriska iakttagelser och resultat genom att försöka fördjupa studien något genom att titta tillbaka på hur läkarnas autonomi gentemot staten sett ut historiskt och hur styrningen av läkemedelskostnaderna och idéerna kring det sett ut tidigare under 1900-talet (se kapitel 4). Undersökandet av dessa tolkningsramar och villkorsramar visade att de framväxande kommittéstandarderna hakade i sedan länge existerande arbetsvillkor och föreställningar. Dilemmaproblematiken löpte till exempel som en röd tråd i läkaryrkets flerhundraåriga historia medan idén om att läkarna borde ta kostnadsansvar framstod som något helt nytt.

En tid efter huvudstudien valde jag även att kvalitativt pröva mina slutsatser att det skett en förändring i synen på läkemedelskostnader under de senaste decennierna. Jag valde därför att komplettera intervjuerna med ett samtal med Lars Erik Böttiger, en av grundarna till den första moderna kommittén (se Barkman et al 1966). Min tanke var följande: Om en läkare som grundat en av de första kommittéerna och som därefter varit verksam i decennier gav uttryck för att ekonomiskt ansvarstagande var en naturlig del i läkarens och kommittéernas plikter, försvagade det min hypotes att kommittémedlemmarnas acceptans av ekonomiskt ansvar som nytt. I intervjun framkom inget som tydde på att tanken på kostnadsansvar funnits tidigare. Att ekonomiskt ansvar ingick i läkarrollen framgick inte heller i de föreläsningssammanhang från 1996 som jag fick som exempel på viktiga frågeställningar som han vid den tiden önskade förmedla till nya läkarkandidater.

### **Delstudie två – distriktsläkare på tre vårdcentraler**

Studien av standarderna på kommitténivå visade att skillnaderna i mitt inledande estimat på följsamhet (Estimat F) inte kunde förklaras av vilka läkemedel som föreskrevs och inte heller vilka medicinska argument de motive-

rades med. En slutsats blev istället att det hade en tydlig betydelse att kommittéerna arbetade på olika sätt (Lagrelius 2001, Forssell, et al 2004). Studien visade emellertid också att styrambitionen mellan kommittéer och mellan olika standarder varierade (Lagrelius 2001, Lagrelius 2006) vilket gjorde mitt inledande estimat på följsamhet oanvändbart eftersom själva definitionen, idén om följsamhet varierade mellan kommittéer. Därmed gick det inte att utifrån studien av standarderna och kommittéerna enbart dra slutsatser om vare sig följsamheten, vad följsamhet kunde tänkas vara och därmed inte heller om vilka mekanismer i standarden som styrverktyg betraktat, som skulle kunna förklara en eventuell följsamhet.

Oklarheten i vad som egentligen följdes ökade när ytterligare två studier publicerades 2001 och där den ena visade att följsamheten till standarderna var hög (Mattsson och Riml 2001) medan den andra visade att följsamheten till standarderna var låg (Melander och Nilson 2001). Definitionen på följsamhet var därmed, med all den variation och osäkerhet som framträdde ovan, inte att betrakta som robust. Det blev därför nödvändigt att fördjupa studien av standarderna och då jag inte kunde komma längre i att besvara forskningsfrågan med studien av läkemedelskommittéerna, beslutade jag mig för att gå vidare med att studera de tänkta regelföljarna, det vill säga distriktsläkare på vårdcentraler som kanske eller kanske inte följde standarderna på något sätt.

Studiens design att börja med ett fall för att vid behov gå vidare med fortsatta empiriska studier, gjorde det möjligt att göra en sådan fördjupning. Som empirisk ingång till denna fördjupning valde jag mellan två möjliga strategier. I det ena fallet föreställde jag mig en enkätstudie, där jag tänkte mig möjligheten att precisera frågeställningarna om vilka läkemedel de aktuella distriktsläkarna valde för Ont-i-magen och Depression och hur de motiverade dessa val. I det andra fallet tänkte jag mig att besöka läkare på vårdcentraler och både iaktta dem på plats i deras dagliga arbete med patienter och komplettera observationerna med intervjuer och om möjligt också informella samtal, för att på så vis förstå mer om vad de själva ansåg om sitt regelföljande och tillämpning var för dem, och vad i standarderna eller dess utrustning i termer av villkors-, tolkningsramar och kunskapsanspråk som i så fall gjorde regelföljande och/eller tillämpning mer eller mindre möjligt.

Eftersom ett problem med enkätstudierna ovan var att följsamhet definierades på olika sätt såg jag möjligheten att förstå regelföljande och tillämpning baserat på ännu en enkätstudie som begränsad. Att undersöka följsamheten krävde snarare både förskrivningsdata och möjlighet att såväl observera som samtala med distriktsläkarna direkt. Detta blev med vissa restriktioner möjligt.

### **Val av vårdcentraler och distriktsläkare – delstudie två**

Jag tänkte mig inledningsvis att studera två vårdcentraler i två olika län, det vill säga totalt fyra och välja dem baserat på skillnader i förskrivningsdata för Depressions och Ont-i-magen läkemedel vilket jag föreställde mig kunde vara ett bättre estimat på följsamhet än det jag inledningsvis arbetade med. Jag tänkte mig också att vårdcentralerna skulle kunna väljas så att demografiska förhållanden skulle vara likartade för samtliga vårdcentraler. Detta visade sig emellertid inte genomförbart, dels då jag inte kunde få tillgång till den statistik som skulle behövts (förskrivningsdata kombinerat med demografiska data), dels då frågan om vad som var att betrakta som regelföljande var oklar. Jag fick emellertid tillgång till viss förskrivningsstatistik i ett av de studerade landstingen vilket gjorde det möjligt att välja två vårdcentraler utifrån skillnader i förskrivningsstatistik mellan dem (Bilaga 1 och 2).

Jag introducerades av ordföranden i Mellanstads läkemedelskommitté till respektive enhetschef våren 2002, som i sin tur bokade ett veckolångt program åt mig på respektive vårdcentral, där jag fick möjlighet att både intervjua ett antal läkare och följa dem i deras vardag. Inför besöken fick jag på båda vårdcentralerna möjlighet att presentera mig och projektet inför hela gruppen av läkare och informera om följande: studiens syfte (informationskravet), mitt forskningsintresse som en del i mitt avhandlingsarbete (nyttjandekravet), att deras medverkan uppskattades men också var frivillig, att de själva närhelst de önskade kunde avbryta sin medverkan med följd att materialet inte skulle tas med (samtyckeskravet). I praktiken kan det emellertid ha känts svårt att avböja medverkan på dessa vårdcentraler då de tillfrågats av respektive vårdcentralschef.

Läkarna på dessa vårdcentraler blev också informerade om att intervju material och observationer skulle anonymiseras på så sätt att vare sig

deras namn, vilka specifika kommittéer och standarder som undersökts inte skulle nämnas samt att jag också i övrigt i så stor utsträckning som jag bedömde möjligt skulle utelämna sådan information som skulle kunna göra att de själva, arbetsplatsen och i möjligaste mån inte heller vilket län de arbetade i skulle kunna utläsas (konfidentialitetskravet).

Samtliga distriktsläkare på Bruket intervjuades. I Kyrkbyn gjorde vårdcentralchefen ett urval. En läkare i Kyrkbyn som inte var inbokad på en intervju tog också kontakt med mig för samtal, och eftersom jag funderat över risken att vårdcentralchefen selekterat de intervjuade läkarna på något sätt som kunde påverka min förståelse av dem och standarderna, såg jag det som ett bra tillfälle att undersöka eventuell bias i urvalet. Ingenting framkom i denna intervju som inte på något sätt också framkommit i andra intervjuer. Totalt intervjuades 13 läkare på dessa två vårdcentraler.

Jag släppte emellertid inte helt tanken på att kunna jämföra vårdcentraler mellan län, varför jag tog möjligheten att också studera läkare på vårdcentralen Ön, i Storstad. Syftet med detta var att använda Ön som ett referensfall, det vill säga att med hjälp av Ön urskilja vilka aspekter av regelföljande och andra förhållanden som var specifika för de studerade vårdcentralerna i Mellanstad, och vilka aspekter (som kunde kopplas till standardens effekter) som var lika på alla tre vårdcentralerna. Jag intervjuade 5 läkare på Ön mellan oktober 2001 och april 2002. Dessa intervjuer bokades av mig och urvalet var ett bekvämlighetsurval. Jag valde läkare som jag samtalat med vid endera presentationen av min studie hösten 2001, eller i samband med en utbildningskväll med tillhörande middag som arrangerades av läkemedelsindustrin och som jag fick möjlighet att närvara vid några dagar därefter.

Också dessa läkare blev informerade om att intervjumaterial och observationer skulle anonymiseras på så sätt att vare sig deras namn, arbetsplats eller ens län skulle nämnas, samt att jag också i övrigt, i så stor utsträckning som jag bedömde möjligt, skulle utelämna sådan information som skulle kunna göra att de själva, arbetsplatsen eller vilket landsting de arbetade i, skulle kunna utläsas.

Efter studien av läkarna på Ön hade jag möjlighet att fortsätta studera läkare på en fjärde vårdcentral som jag varit i kontakt med. Jag bedömde emellertid att detta inte var nödvändigt då jag i slutet av studien på Ön

uppnått teoretisk mättnad, en fas i studien som indikerar att den bör avslutas då ytterligare empiri inte visat sig ge mer förståelse än den redan erhållna (Glaser och Strauss 1967).

I det material som redovisats har jag valt att också inkludera intervjuer med de två enhetschefer (och läkare) jag samtalande med i sökandet efter lämpliga vårdcentraler att undersöka. Eftersom intervjun med enhetschefen på Ön inte gick att få till tidsmässigt, såg jag en risk för att chefsperspektivet skulle bli underrepresenterat. Jag intervjuade därför också en representant för Läkarförbundet i Mellanstad då jag i tidigare intervjuer blivit uppmärksam på arbetsförhållanden som gjorde läkarna pressade. Jag intervjuade också en före detta sjukskriven läkare.

Skälet till att jag också intervjuade en sjukskriven läkare var att jag såg också deras perspektiv som underrepresenterat. Att det fanns sjukskrivna distriktsläkarna omnämndes på varje vårdcentral jag besökte, fastän de av naturliga skäl alltid var frånvarande. Flertalet av de intervjuade distriktsläkarna berättade också om hur de organiserade sitt arbete på ett sätt som kan förstås som en medveten strävan i att undvika sjukskrivning. Två distriktsläkare berättade till exempel uttryckligen att de valt att inte arbeta heltid med patienter för att inte bli sjukskrivna. Nio distriktsläkare gav explicit uttryck för sitt eget behov av att komma bort från mottagningen för att skapa variation i sin arbetsvardag för att orka fortsätta med patientarbetet. Av de distriktsläkare som inte själva explicit tog upp att de hade behov av andra uppgifter för att orka fortsätta, nämnde 9 stycken att de hade andra uppdrag som gjorde att de inte arbetade heltid på mottagningen.

Att få tag på en sjukskriven distriktsläkare var emellertid inte lätt utan dröjde till 2005 och då via kontakter. Informationen med den (före detta) sjukskrivne distriktsläkaren avvek inte på något avgörande sätt från de i tidigare intervjuer, men gav ändå värdefull information om en upplevt brist på inflytande över arbetsvillkoren för distriktsläkare samt ett värdefullt efterhandsperspektiv på omständigheterna kring och effekten av standarden för Ont-i-magen.

### **Intervjuer – delstudie två**

Totalt sett intervjuade jag 21 distriktsläkare varav två av dem intervjuades vid två olika tillfällen. Intervjuerna baserades på följande teman:

1. Bakgrundsdata om personen
2. Hur en vanlig arbetsvecka såg ut
3. Vilka slags patienter läkaren ifråga träffade;
4. Hur läkaren tyckte att Ont-i-magen skulle behandlas och motivet till det
5. Hur läkaren identifierade deprimerade patienter, och hur denne ansåg att det borde behandlas
6. Om standarderna hade någon betydelse för val av behandling och hur denne såg på standarderna
7. Vad läkaren ifråga tyckte att jag missat, borde frågat om eller på annat sätt fann det angeläget att berätta om.

Totalt sett bandades 18 intervjuer, varav 1 fick rekonstrueras med hjälp av anteckningar på grund av problem med bandspelaren. Av de 5 intervjuer som inte bandades berodde detta på praktiska problem. En intervju arrangerades spontant och övriga intervjuer kom till vid en annan tidpunkt än den planerade, varför jag inte hade bandspelaren med mig. En bandad intervju har exkluderats ur materialet då det visade sig att läkaren ifråga inte arbetat tillräckligt länge för att erhålla legitimation.

### **Deltagande observationer – delstudie två**

Förutom intervjuerna gjorde jag också deltagande observationer av läkarvardagen. Studiet av läkarna på vårdcentralerna Bruket och Kyrkbyn skedde i två veckolånga block våren 2002, där jag följde med läkarna varhelst de befann sig, skuggade dem kan man säga (jämför Czarniawska-Joerges 1992). Platsen för mina observationer varierade således med den läkare som följde med vilket gjorde att jag kom att se olika arbetsplatser och situationer: mottagningen, äldreboenden, distriktsläkarjouren vid sjukhuset, interna läkarmöten, utbildningstillfällen arrangerade av läkemedelsindustrin och luncher och fikaraster samt enskilda möten med representanter för läkemedelsbolag på det egna rummet, något som vid den här tiden var vanligt.

Studien av läkarna på Ön var utspridd över en längre period, från sen höst 2001 till sen höst 2002 och där hade jag också möjlighet att följa med på en kvällsutbildning sponsrad av läkemedelsindustrin. Dagarna i Bruket och Kyrkbyn började vid 08.00 tiden och fortsatte som regel till omkring

17.00, som längst till 21.00 vid kvällspass på akutjouren. Dagarna på Ön bestod av en serie halvdagar. Eftersom jag var närvarande också under själva konsultationerna fick jag skriva samma sekretessförsäkran som används för vårdpersonal i landstinget. Totalt tillbringade jag delar av 18 dagar tillsammans med dessa 21 läkare förutom intervjutillfällena.

Att både intervjua distriktsläkarna och göra deltagande observationer av dem visade sig vara viktigt för att få en grundläggande förståelse för deras livsvärld. Det skulle ha varit svårt för mig att urskilja hur de följde, använde och såg på standarderna utan att ha tillbringat tid tillsammans med dem, sett hur läkarvardagen fungerar, hur distriktsläkare arbetar och hört dem tänka högt om sitt arbete, sina patienter och kollegor och på det sättet kunnat dra slutsatser om likheter och skillnader i kunskapssyn, sjukdomssyn och människosyn som kom till uttryck hos dem. Att jag tillbringade tid med dem gav mig också möjlighet att ställa kompletterande frågor, om något som nyss hänt, som de tidigare sagt och om begrepp och fackuttryck som jag trots bredvidläsning inte förstätt, vilket blev viktigt för att kunna följa samtalen läkarna emellan. De empiriska teman som framkom i studien skulle jag nog kunnat bli varse ändå, men utan samma nyansrikedom och jag hade inte känt samma trygghet i min analys och mina slutsatser utan dessa deltagande observationer.

### **Prövning av resultaten delstudie två**

Efter studien av distriktsläkarna gjorde jag tre kvalitativa prövningar. En första prövning syftade till att pröva i vilken mån någon medicinsk kunskapsöverföring från kommitté till distriktsläkarna kunde fastställas. Studien hade visat att kommittéläkarna och distriktsläkarna visste samma saker om Ont-i-magen. Det fanns distriktsläkare i kommittén och många av distriktsläkarna hade på olika sätt deltagit i andra regelsättande verksamheter. Om slutsatsen att standarderna inte bidragit till någon medicinsk kunskapsöverföring, borde standarden för Ont-i-magen förändras i riktning mot praxis. Eftersom jag på grund av personliga skäl blev tvungen att göra ett längre uppehåll i mitt avhandlingsarbete blev det möjligt för mig att följa upp standarderna till och med 2008. Denna uppföljning visade mycket riktigt att en förändring av standarderna i riktning mot distriktsläkarnas sjukdomssyn skett från och med 2004 års standard och att ingen ytterligare förändring



skedde till och med standarden för 2009. Slutsatsen: att stöd för behovet av medicinsk kunskapsöverföring på området läkemedel för Ont-i-magen, vilket angavs som huvudskäl i reformens förarbeten samt av kommittémedlemmarna som deltog i verksamheten, betraktar jag därför som väl underbyggd.

På samma sätt följde jag också upp standarden på området Depression. Min tanke var följande: Om läkemedel som förskrevs vid tiden för intervjuerna 2001–2002, rekommenderades senare, var det en indikation på att den medicinska kunskapsöverföringen också på området Depression från läkemedelskommittén och standarderna var begränsad och till och med snarast gick åt motsatt håll, från praxis till det standarderna kom att föreskriva. Uppföljningen visade att standarderna förändrats i riktning mot praxis. En fråga som uppstod var då om det möjligen var så att praxis styrde standarderna snarare än tvärtom. Uppföljningen visade emellertid att någon sådan slutsats inte kunde dras baserat på det här materialet.

Som jämförelsematerial till intervjuerna 2001–2002 lyckades jag finna både senare års standarder i Storstad och Mellanstad och tidigare standarder som de tidigare frivilligt organiserade läkemedelskommittéerna utfärdat. Den sammanlagda studerade perioden för standarderna i Mellanstad inklusive dessa tidigare standarder blev omkring 17 år (1989, samt 1992–2008). För storstad blev motsvarande period drygt 13 år (1989, 1991, samt 1997–2008). Samtliga antidepressiva läkemedel som förskrevs vid tiden för studien på de aktuella vårdcentralerna kunde därför matchas med uppgifter om förskrivning vid tiden för studien men också med vad som hade rekommenderats i Mellanstad tidigare.

En andra empirisk prövning handlade om observationen att samtal om standarderna ofta följdes av att läkarna berättade att de uppfattade som allt mer styrda av staten. Detta ledde till hypotesen att läkemedelskommittéernas standarder uppfattades som en del av en statlig reglering. Prövningen gjordes genom att jag med vänligt bemötande från Mattsson och Riml samt NM Pharma samt godkännande av dåvarande VD, Marie Thorvid, fick tillgång till originaldata om läkares attityder till läkemedelskommittéer och andra producenter av läkemedelsinformation såsom myndigheter, apoteket och läkemedelsindustrin från studien. Min hypotes som vuxit fram ur de empiriska observationerna var att läkarna uppfattade standarderna som ett

påbud mer än en kollegialt baserad standard, var att om läkarnas syn på kommittéernas samvarierade med deras syn på statliga myndigheters information (Socialstyrelsen och Läkemedelsverket) och skilde sig från andra informationsgivare (som Apoteket och Läkemedelsindustrin), tydde det på att kommittéernas standarder uppfattades som en del av en statlig reglering. En faktoranalys av enkätsvaren visade på en samvariation i synen på kommittéerna, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen, vilket jag tolkat som ett stöd för denna slutsats.<sup>33</sup>

Efter en tredje kvalitativ prövning av de empiriska slutsatserna började resultatet framstå som hyfsat stabilt. Efter studierna av läkemedelskommittéer och läkare på vårdcentraler beslutade jag mig för att ta mig för en enklare bakgrundsstudie av hur läkarnas relation till staten sett ut historiskt, om än med nödvändighet översiktligt.

### Delstudie tre – Bakgrunden till delreformen med standarder

Studien av kommittéerna och distriktsläkarna indikerade att läkarna var påverkade i sitt tänkande av ekonomiska argument, vilket fick mig att börja se på läkarna som mindre svårstyrda än jag inledningsvis trott. De villkors- och tolkningsramar som framstått som självklara vid avhandlingsarbetets början framstod inte längre som självklara alls. Jag fann det därför nödvändigt att göra utsnitt bakåt i tiden för att bättre förstå vilka tolknings- och villkorsramar som standarderna byggde vidare på och därmed i viss utsträckning kan förklara de effekter av dem som studien påvisar. Detta undersökande resulterade i två kapitel. Ett bakgrundskapitel som enbart behandlar hur läkarnas autonomi (och idén om dem som autonoma) sett ut historiskt samt hur läkemedelskostnaderna diskuterats tidigare under 1900-talet (kapitel 4). Och ett kapitel där jag undersökt Läkemedelsreformen och de villkors- och tolkningsramar som byggde om idén om att standarder behövdes (kapitel 5). Detta för att få en mer robust förståelse av vilka tolknings- och villkorsramar reformen och dess genomförande baserades på och vilka förändringar (om några) som kunde iakttas för dessa villkors- och

---

<sup>33</sup> Faktoranalysen gav ett egenvärde på  $>1$ , vilket innebär att förklaringen på variationen i förtroende för respektive organisation sannolikt beror på att organisationerna tillhör olika grupper, i det här fallet tre olika grupper där kommittéerna kom att grupperas tillsammans med de två statliga aktörerna Läkemedelsverket respektive Socialstyrelsen (Lagrelius 2004, opublicerat).

tolkningsramar med bäring på Läkemedelsreformen, standarderna och dess eventuella effekter och mekanismer.

### **Urval av data för delstudie tre– reformatörernas perspektiv**

När det gäller bakgrundskapitlet (kapitel 4), skedde urvalet av källor baserat på de två tolkningsramar jag ville undersöka kritiskt – idén om läkarna som svårstyrda och idén om läkemedelskostnaderna som ett problem. När det gäller studien av reformatörernas perspektiv (kapitel 5) var urvalet av källor mer systematiskt, jag valde texter utifrån de Läkemedelsreformens förarbeten samt alla relevanta texter jag fann och kände till från tidigare studier.

Viss inblick i tidigare arbeten och underlag av betydelse, blev möjlig att få genom att följa upp referenserna från Läkemedelsreformens huvud- och slutbetänkande (SOU 1995:122 och SOU 1999:66). Baserat på dessa referenser gick jag bakåt genom att följa upp referenser, ibland i flera led, och komplettera med närstudier av några av dessa tidigare rapporter. Jag valde också att analysera protokollet den riksdagsdebatt som fördes i direkt anslutning till beslutet om reformen, vilket också det gav en glimt av de politiska diskussioner som fördes vid tiden för reformen.

Min metod blev att ställa enkla frågor till materialet som: Hur såg diskussionen ut tidigare? Vilka skulle förändra och vad skulle förändras? Vad var bakgrunden till det? Vad var syftet? Baserat på dessa frågor sökte jag nå en tillräckligt robust bakgrund till Läkemedelsreformen att det skulle bli möjligt att jämföra detta syfte med de effekter jag iakttagit. Jag har således använt materialet för att dra slutsatser om villkors- och tolkningsramar vid tiden för reformen, vilken kunskap som åberopades av reformatörerna, återigen för att kunna få en uppfattning om på vilket sätt dessa användes och/alternativt förändrades med reformens genomförande. I ett efterhandsperspektiv slår det mig som förvånande att jag inte började med en mer noggrann genomgång av reformens tillblivelse redan från början.

### **Bakgrundskapitlet – urval**

Bakgrundskapitlet, kapitlet om den historiska bakgrunden till reformen, skrevs allra sist, med syftet att ge en tolkningsyta till det regleringstema och den rollproblematik som studien av kommittéer och distriktsläkare visade på (jämför Ödman 1979). Att det blev viktigt att få en historisk förankring

av såväl läkarens position i förhållande till staten som reformen berodde på att empirin gjorde mig uppmärksam på två teman som krävde ett ökat djup. Det första temat handlade om läkarrollen, hur läkarrollen sett ut historiskt. Det andra temat handlade om synen på läkemedel som ett kostnadsproblem, varför det blev viktigt att undersöka hur synen på statligt subventionerade läkemedel sett ut under tidigare decennier. Urvalet av källor har huvudsakligen skett genom att följa referenserna bakåt där den ena källan hänvisat till den andra. Jag har också beaktat forskningsarbeten jag kommit i kontakt med genom de empiriska studierna samt arbetet med det teoretiska kapitlet. Något mer exakt bedömningskriterium för vilka texter som valdes mer än att jag sökte på information om läkarrollen respektive utgick från Läkemedelsreformens betänkanden i frågan om synen på läkemedelskostnaderna och utifrån detta för texter som föreföll extra relevanta följde referenserna bakåt när sådana fanns, formulerades inte av mig.

För urval av källor som kunde ge ökat ljus på den dubbelhet i läkarrollen jag kom att bli varse i de empiriska studierna av läkarna, använde jag i huvudsak tidigare studier och forskningsarbeten som berört läkarrollen. Jag sökte material om föreställningen om läkaren som svårstyrd relativt autonom respektive som en ämbetsman genom professionsstudier där läkarprofessionen diskuterades. Några viktiga generella källor för synen på läkaren som autonom blev Sarfatti Larson (1977) respektive (Abbott 1988) samt Lipsky (1980). För att skapa förståelse av hur den svenska läkarens roll i hälso- och sjukvården diskuterades tog jag hjälp genom att konsultera avhandlingar (såsom Öberg 1996, Eklöf 2000, Björkman 2001), men också klassiska arbeten i svensk medicin- och vårdhistoria (till exempel Gustafsson 1987, Johannisson 1990, Qvarsell 1991/2001). Då referenser till läkarnas ämbetsmannaplikter gentemot staten successivt framträdde som ett centralt tema, sökte jag information också om detta, distriktsläkarna, provinsialläkarna och deras arbetsförhållanden (Kuuse och Dahlin 2005, <http://bengtdahlin.se>).

Informationen om tidigare reglering på läkemedelsområdet inhämtades genom samma metod som ovan, att följa referenser bakåt där den ena referensen till en tidigare SBU-rapport eller artikel ledde vidare bakåt till den andra. Viktiga arbeten blev SOU 1998:50, SOU 1944:15). Viktigt kom också uppslagsverket Svensk Farmaci på 1900-talet att bli då den täckte

många områden och frågeställningar som kom upp i samtal med läkarna och de texter om Läkemedelsreformen jag tog del av (i referenslistan angivet som SF 1999).<sup>34</sup> Något exakt bedömningskriterium för vilka texter som valdes annat än att det refererades till och föreföll relevant, formulerades inte av mig.

## Förhållningssätt vid intervjuer, deltagande observationer och tolkning av data

Under intervjustudierna skrev jag löpande PM baserat på enskilda intervjuer, observationer eller textmaterial som underhand sammanfattats och tematiserades. Vissa teman som först framstod som viktiga fick successivt minskad betydelse medan andra framträdde som mer centrala. Detta sätt att successivt så långt möjligt tematisera utifrån ett framväxande empiriskt material inspirerades av Glaser och Strauss (1967) och är en huvudkomponent i metoden Grundad Teori. Dilemmat mellan ämbetsmannasidan av läkaryrket och rollen som livmedicus är ett exempel på ett sådant tema.

En avvikelse från Glaser och Strauss strikt empiriska metod ligger i att jag gjorde en omfattande brevidläsning, av termer, medicinhistoria, media mm för att kunna orientera mig i läkarvärlden och förstå vad de läkare jag träffade pratade om. En annan avvikelse från den strikt baserade empiriska hållning Glaser och Strauss förespråkade, är att jag använde olika förhållningssätt i olika delar av avhandlingsarbetet, baserat på vilken fråga jag sett som nödvändig att fördjupa och vilken data jag bedömt som lämpligast för att besvara och fördjupa sådana framväxande frågeställningar. I likhet med hur till exempel Söderberg (1992) använde Grundad Teori i sin studie, har teori och teoretiska resonemang varit centrala också i mitt empiriska arbete. Både i arbetet med att formulera forskningsfrågan och i att teoretisera kring och tolka det empiriska materialet i relation till forskningsfrågan på ett så robust och rikt sätt materialet och tiden medgivit.

---

<sup>34</sup> Delar av arbetet med att analysera tidigare reglering har också skett i samarbete med Ebba Sjögren (se Lagrelius och Sjögren 2004).

### Ett fenomenologiskt förhållningssätt

I några avseenden har även ett fenomenologiskt förhållningssätt haft ett inflytande. Ett uttryck för detta är att jag inledningsvis inte bara såg på standarderna som en stimulus som orsakade responser, utan som ett fenomen i egen rätt vars innehåll och egenskaper jag inte kunde ta för givna. En annan aspekt på ett fenomenologiskt (och inte bara tolkande) förhållningssätt är att jag studien igenom betraktade det läkarna skrev och sa om standarderna som meningsbärande för dem, något som återspeglade deras upplevelser och uppfattningar om standarderna, sig själva och de *bör* de strävade efter. Ett fenomenologiskt förhållningssätt kom också till uttryck genom att jag auskulterade på vårdcentralerna, var med dem i arbetet med patienter, på vidareutbildning, i pauser, möten mm i syfte att åtminstone till någon del nå en robust intersubjektivitet med dem. Jag önskade se något av distriktsläkarvärlden ur deras perspektiv (jämför Husserls livsvärldsbegrepp, Husserl 1992) genom att uppmärksamma samma saker som dem på ett så inlevelsefullt sett jag förmådde (Shütz 1967, samt Shütz 1967 refererad i Heritage 1984, kapitel 3).

Ytterligare en aspekt av det fenomenologiska förhållningssätt jag sökt följa i den empiriska delen av avhandlingsarbetet som gäller mina möten med läkarna och deras värld, var att ta mina egna reaktioner och upplevelser i mötet med det jag studerat på allvar och så förutsättningslöst som jag förmådde möta förståelsehorisonten hos de läkare jag träffade. Att förnimma, och möjligheten att använda sig av dessa förnimmelser i sökandet efter kunskap i vetenskapliga sammanhang kan kritiseras, inte minst utifrån vetenskapsteoretiska utgångspunkter då det ytterst handlar om på vilken grundval vi kan hävda att vi vet något. Med utgångspunkt i medvetandeforskning menar jag emellertid att vi i viss mån kan lita på vår intuition (i brist på bättre ord) när det gäller att bedöma riktigheten i det vi upplever (Damasio 2002, Kolb och Whishaw 2008). Detta medveten om att en intuitiv förståelse och upplevande vid någon del i avhandlingsarbetet också måste kunna explicitgöras, motiveras och prövas.

### Ett tolkande förhållningssätt

Med ett tolkande förhållningssätt avser jag min strävan att försöka att dels bedöma det skriftliga källmaterialets vederhäftighet och dels försöka sätta

det i ett sammanhang. Förutom att flitigt konsultera Läkarboken och medicinska lexicon för att kunna hänga med i fackuttryck och jargong, jag läste till exempel på om de medicinska tillstånd standarderna syftade till att reglera förskrivningen för, Ont-i-magen och Depression, prenumererade jag också på Läkartidningen och Dagens Medicin för att hålla mig någorlunda ajour med debatten. Min utgångspunkt var att ta de intervjuades utsagor om vilket som helst ämne, som ett uttryck för respondenternas uppfattningar, representativa för personen ifråga där och då och berättande när det gäller personen själv (se empiribegreppet i Jarrick och Söderberg 1999). Att den bild av läkarna och deras situation som jag beskrivit ska vara förankrad i det läkarna själva berättat. Då och då ställdes jag emellertid inför abstrakta påståenden eller faktapåståenden som inte kunde verifieras med egna exempel. Ibland uppfattade jag det till och med som att läkarna återgav en slags vandringsräppling som mer handlade om urtypspatienter än egna erfarenheter. Detta har jag tolkat som spår av en mer övergripande diskussion på professions- och samhällsnivå och inte som fakta (Jarrick och Söderberg 1999).

I det tolkande perspektivet ligger också en kontinuerlig pendling mellan del-helhet (Ödman 1979), att det enskilda måste prövas utifrån sammanhanget samtidigt som sammanhanget inte får göra våld på enskilda data. Detta ledde dels till att jag försökt att vara observant på temporala aspekter, likheter och skillnader mellan nuläge, tidigare uppfattningar och förhållande och senare utveckling för det jag studerat och velat säga något om (Ödman 1979, Yin 1984, Alvesson och Sköldberg 1994). Dels till att jag under bearbetningen av data gjorde successiva prövningar av mina slutsatser.

### Särskilda omständigheter

Det finns två specifika förhållanden i själva intervjusituationen och i tolkningen av data som jag avslutningsvis finner det viktigt att nämna. Att komma från Handelshögskolan för att fråga om läkares val av läkemedel i en tid när ekonomi är på mångas läppar, innebär en risk för att i någon mening styra läkarnas resonemang i riktning mot sådant som är förenligt med ekonomiskt tänkande. Med tanke på att tidigare studier gjorts med liknande förutsättningar (se Nilssons redogörelse för tidigare studier av läkare och administrativa reformer (Nilsson 1999) och att dessa studier visat ett obe-

roende från läkarnas sida gentemot liknande ekonomiska frågeställningar, tror jag dock inte att min påverkan i dessa avseenden varit så stor. Min bedömning är att jag i introduktionen av både mig och studien, på gruppnivå gjort det tydligt för läkarna att studien inte avsett att vara normativ.

Ett annat förhållande var hur jag skulle hantera upptäckten att jag då och då lämnade min observerande position och istället började fundera över varför patienten överhuvudtaget var där, en frågeställning som jag i efterhand märkte att de läkarna jag intervjuade och observerade och då gav uttryck för. Som kontrast till denna oavsiktliga bias blev jag en tid efter studien av distriktsläkarna, allvarligt sjuk. Från att fråga mig varför patienterna kom dit när de inte hade något medicinskt problem, undrade jag istället hur läkarna kunde inbilla sig att någon kom dit utan upplevd ohälsa. I syfte att hantera dessa upptäckter och därmed få distans till både mig själv som patient och det empiriska materialet i delstudie två, prövade jag själv på rollen som behandlare perioden 2006–2007, under handledning under 1.5 års tid baserat på teori som utvecklats för analys av omedveten mellanmänsklig kommunikation och parallella processer (främst genom studier i psykoanalytisk teori, senare även neuropsykologi, utvecklingspsykologi samt socialpsykologi på Stockholms Universitet).

## Begränsningar och avgränsningar

Som jag beskrivit ovan innehåller den här studien många olika typer av data och många olika uppgiftslämnare. Jag har nämnt flera olika metoder och förhållningssätt: Grundad Teori, fenomenologi, tolkning, till och med statistiska termer med bäring på orsak-verkan samband. Det gör den sammantagna ansatsen pragmatisk, eklektisk. Min ambition har varit att ge en hyggligt representativ bild av vad läkarna uttryckt vid den tid då jag träffade dem. Ur detta har jag successivt extraherat för studien relevanta frågeställningar och resultat. Jag vill därför också vara tydlig med att studiens resultat också fått ge viss mærg också till avhandlingens teoretiska frågeställningar.

Jag har också gjort förenklingar i terminologin, vilket har med studiens teoretiska fokus att göra. När jag omnämner medicinska termer eller, som i något fall, gör analyser av en medicinsk text gör jag det främst utifrån ett organisationsteoretisk perspektiv. Dessa analyser ska därför bedömas som



relaterade till forskningsfrågan och inte som en kommentar till vare sig någon medicinsk debatt om vilken slags behandling som är lämplig att ge vid vissa medicinska tillstånd eller vad läkare borde göra.

En sista passus handlar om det långa tidsspänn som studerats och den tid det tagit från de första stegen 1999 till avhandlingens fullbordande 2017. Under en så pass lång tidsperiod hinner många frågeställningar och reformer komma och gå. Avhandlingens empiriska del omfattar i huvudsak perioden 1997–2009. Dess teoretiska bidrag och bas kompletterades utifrån de ursprungliga frågeställningarna fördjupades successivt perioden 2004–2010, och ytterligare perioden 2012–2015. De empiriska slutsatserna att standarderna hade effekt, vilka villkors- och tolkningsramar som var de centrala och att standarderna kunde betraktas som trojaner för ökad styrning, stabiliserades teoretiskt perioden 2004–2008 och uttrycktes explicit i ett konferenspapper 2004 (Lagrelius 2004). Den kvalitativa hypotesprövningen av dessa slutsatser genom analysen av alternativa förklaringar till effekten gjordes perioden 2008–2010. Extraheringen av de empiriska slutsatserna till vilka mekanismer som förklarar de studerade standardernas effekt gjordes huvudsakligen perioden 2008–2012, samt perioden 2016–2017. Kapitel 2 har arbetats fram till och med 2017 (med uppehåll perioden 2014–2015 på grund av sjukdom), liksom det avslutande kapitlet om standardens mekanismer, sammanfattning av studiens resultat samt reflexioner och tankar kring möjliga och relevanta forskningsfrågor som för min del får höra framtiden till (kapitel 9).

Därefter är det främst förtydliganden och språklig bearbetning som gjorts.

## Avslutningsvis

Jag har i tidigare kapitel argumenterat för att standarder är ett styrverktyg skilt från andra regler genom att de inte bara är nedskrivna och utfärdade av en identifierbar regelsättare, utan också frivilliga att följa och att frågan om standarden följts på rätt sätt inte kan avgöras av något auktoritativt centrum (då det ligger i definitionen av en standard att något sådant centrum inte finns). Jag har också argumenterat för att frågan om standarderna i Läke- medelsreformen haft effekt och i så fall genom vilka för standarden speci-

fika mekanismer, kräver empiriska studier. Jag har vidare argumenterat för att regelföljande måste studeras som en process och inte utifrån ett fördefinierat mått på effekt, då en komplex miljö som hälso- och sjukvården och standarder inte medger kontroll över relevanta oberoende variabler. Ovan har jag även försökt att redogöra för skälet till respektive delstudies syfte, tillvägagångssättet, ansatserna, typer av källor och urval, vilka metoder som använts samt hur analysen gått till för respektive delstudie (och det sammantagna materialet).

För att sammanfatta består det empiriska materialet av tre delstudier och ett bakgrundskapitel inom fallet. Totalt har 46 intervjuer genomförts med 43 personer, 14 kvinnor och 29 män. 38 av de intervjuade var läkare, varav 11 kvinnor och 27 män. Totalt tillbringade jag delar av 21 dagar med dem. Utöver detta har jag studerat ett antal texter om Läkemedelsreformen, dess historia och gjort en fördjupning i frågan om läkarnas autonomi gentemot staten samt hur läkemedelskostnaderna betraktats innan reformen. Med nedanstående figur önskar jag åskådliggöra studiens design och genomförande.

Och med det vill jag hänvisa vidare till nästföljande kapitel (Kapitel 4) där de dominerande tolkningsramarna: Läkaren som svårstyrd och relativt autonom (principen om autonomi) i förhållande till statlig styrning (ledningskontroll) samt Läkemedelskostnaderna som ett problem (ett hot mot välfärden) undersöks bakåt i tiden. Syftet är att ge en historisk tillbakablick till såväl styrproblemet (önskan att öka ledningskontrollen med avseende på läkarnas förskrivning) och identifiera centrala tolknings- och villkorsramar som föregick reformen och sannolikt haft betydelse för såväl valet att använda standarder som styrverktyg och ingång till att identifiera genom vilka mekanismer standarderna påverkat läkarnas val av läkemedel, givet att sådan påverkan kan påvisas.

Figur 1. En översikt över genomförandet av de tre fallstudierna samt bakgrundskapitlet

	<i>Kapitel 4</i>	<i>Kapitel 5</i>	<i>Kapitel 6</i>	<i>Kapitel 7</i>
	Bakgrundskapitel	Delstudie tre	Delstudie ett	Delstudie två
<i>Ansats</i>	Hermeneutisk	Hermeneutisk	Fenomenologiskt	Fenomenologisk-hermeneutiskt
<i>Empiriskt fokus</i>	Tolknings- och villkorsramar under 1900-talet, med avseende på: a) läkarnas föreställningar om sig själva och i förhållande till frågan om autonomi gentemot staten, samt 2) synen på läkemedelskostnaderna och regleringen av dem under 1900-talet	Läkemedelsreformens tillkomst/reformatörernas perspektiv	Tre läkemedelskommittéer och deras standarder/regelsättarnas perspektiv	Distriktsläkare och arbetsvillkor (dem standarderna skulle påverka)/regelföljarnas perspektiv
<i>Teoretiskt fokus</i>	-----	Styrglapp	Regelsättande och styrglapp	Regelföljande
<i>Typ av källmaterial</i>	Historiska skildringar Offentligt tryck	Riksdagsprotokoll Offentligt tryck  Artiklar, rapporter	Intervjuer  Deltagande observationer Standarder  Rapporter Kommittéernas bulletiner Kommittéprotokoll Kommittéinternt material	Intervjuer  Deltagande observationer Statistiskt material
<i>Studerad period</i>	1900-tal	1966–1999	1991–2009	2001–2002
<i>Huvudstudien gjord</i>	2008–2012	2002–2004	1999–2004	2001–2002
<i>Kompletteringar</i>		2006–2010	2004–2010	2004–2006

## Kapitel 4

# Föreställningar om läkargestalten och föreställningar om läkemedels- kostnader under 1900-talet

När jag studerade utredningstexter och samtalade med läkare, kollegor och administratörer blev jag uppmärksam på att det fanns två föreställningar som framstod som självklara: föreställningen att läkaren var svårstyrd och föreställningen om läkarna som en orsak till de höga läkemedelskostnaderna genom sin förskrivning. Det självklara i dessa föreställningar gjorde mig övertygad om att de var viktiga att undersöka närmare då tolkningsramar är betydelsefulla för hur vi begriper, definierar en viss *situation*, vad som *bör* göras och vem som *bör* göra det. Uttryckt annorlunda, att titta närmare på dessa två tolkningsramar skulle kunna ge en mer empiriskt förankrad bild av på basis av vad standarderna slagit an eller inte.

Nedan kommer jag först pröva föreställningen om läkaren som autonom, det vill säga svårstyrd. Jag kommer först diskutera autonomi utifrån de beskrivningar som de i senare kapitel intervjuade läkarna gav av sig själva, men också baserat på hur styrproblemet med att påverka läkarna beskrivits i Läkemedelsreformens förarbeten. Givet att autonomi kan förstås som en tolkningsram för de delar av Läkemedelsreformen som berörde läkarna och deras arbete, har jag sökt pröva tolkningsramen autonomi i förhållande till autonomins villkorsramar, hur relationen mellan läkaren och staten sett ut historiskt. Frågan som avsnittet syftar till att problematisera är tolkningsramen autonomi, givet att det vid en prövning visar sig att läkare

inte är lika autonoma som de framstår i förarbeten och genom egna utsagor. Efter detta kommer jag pröva föreställningen om läkemedelskostnaderna som ett kostnadsproblem. Återigen kan föreställningen att läkemedelskostnaderna var höga, för höga och att de måste minska betraktas som en tolkningsram. Den fråga som här problematiseras är dels om och i så fall när läkemedelskostnaderna blev ett problem, dels jämföra med läkemedelskostnadernas villkorsramar för att kunna säga om, och i så fall på vilket sätt, läkare hade något med kostnaderna att göra. Avslutningsvis sammanfattar jag kapitlet.

## Läkarna och folkningsramen autonomi: föreställningen om läkarna som svårstyrda

Om läkarna var svårstyrda och motståndskraftiga gentemot administrativ styrning skulle principen om autonomi dominera över styrprincipen ledningskontroll. Autonomi skulle då kunna betraktas som en villkorsram för statsmakternas beteende. Alternativt skulle det kunna visa sig vara en tolkningsram, en föreställning snarare än en fakticitet. För att undersöka läkarnas utrymme för autonomi gentemot statsmakterna behövdes källor som kunde belysa hur relationen mellan läkarna och staten sett ut historiskt. Frågan här var således inte om läkarna haft större möjligheter att styra över sin arbetslivssituation än andra yrkesgrupper, utan hur fria att handla autonomt gentemot staten de var vid tiden för Läkemedelsreformen.

### Den tidiga organiseringen

Ända sedan läkaryrket uppstod har det funnits regler för vad en läkare får göra och ibland också ett auktoritativt centrum i form av en särskilt mäktig patient. Som ett exempel på en tidig regelsamling har vi läkareden, tillskriven Hippokrates 400 f kr, som påbjöd läkaren att se till sina patienters bästa. I de svenska landskapslagarna på 1200-talet fanns påbudet att läkaren måste utöva sin kunskap med skicklighet, vilket kan ses som ett tidigt direktiv (Eklöf 2000).

Med reformationen på 1500-talet blev den organiserade vården, som dittills bedrivits av kyrkan i helgeandshus och infirmatorier ett statligt åta-

gande (Gustafsson 1987). Med tiden kom utbildade läkare hit från Europa och så småningom började denna blygsamma skara av läkare att organisera sig. Collegium Medicum som bildades 1663 syftade till att ge läkarna kontroll över det medicinska fältet, dess substanser, utbildning och arbetsvillkor och de privilegier som dessa förde med sig. Genom att upprepade gånger vända sig till statsmakterna för att få statens uppbackning och stöd till en överordnad position på det medicinska området i förhållande till andra yrkesgrupper (apotekare, barnmorskor och kirurger) och få staten att genom direktiv begränsa möjligheten för kloka gummor och gubbar att bedriva läkekonst, kom läkarna successivt att få en överordnad position på det medicinska området i förhållande till såväl andra yrkesgrupper och i viss mån också staten (Öberg 1996, Eklöf 2000).

### Läkaren blir ämbetsman i statens tjänst

Från och med 1700-talet och framåt ökade antalet läkare liksom organiseringen. Ett system med statligt anställda läkare, provinsialläkare, inrättades med syfte att tillhandahålla medicinsk vård till allmogen. Arrangemanget med provinsialläkarväsendet kom med tiden att kompletteras med statligt anställda läkare också i städerna, så kallade tjänsteläkare. I och med dessa organisatoriska arrangemang kom allt fler läkare att bli ämbetsmän i statens tjänst (Gustavsson 1987, Johannisson 1990:22, Kuuse och Dahlin 2005). Med dessa förändringar stärktes läkarkollektivets band till staten och började i än högre grad skilja ut sig från traditionell lekmannavård. Men med den statliga uppbackningen följde också ett underordnande. Uppdraget som statligt anställd läkare innebar säkrare inkomster och en överordnad position gentemot lekmannamedicinen, men också krav på myndighetsutövning och återrapportering av lokala förhållanden till statsmakterna från de orter där läkaren var verksam. Den traditionella läkarrollen – att personligen ansvara för patienternas hälsa, en tjänst som innan den statliga organiseringen var förbehållen kungliga, de mycket rika och höga ämbetsmän<sup>35</sup> utökades. Rollen som den medicinska vetenskapens företrädare stärktes – en läkarroll

---

<sup>35</sup> Som exempel på livläkarens roll och förpliktelser i rollen som livmedicus, kan nämnas porträtteringen av Johann Friderich Struensee, hans relation och förpliktelser gentemot den danske kung Kristian VII, såsom den porträtteras i Per-Olov Enquists roman *Livläkarens besök*, en visserligen fiktiv berättelse, men likväl en berättelse med historiska rötter (Enquist 1999).

som av tradition ansetts ha sina rötter i antiken (Stolt 1997) och rollen som ämbetsman i statens tjänst tillkom. Tillkomsten av ämbetsmannarollen innebar att förutsättningen för läkarens autonomi, villkorsramen för autonomi, förändrades. Från och med 1700-talet och framåt kan läkaren inte längre med självklarhet betraktas som en fri yrkesman, autonom gentemot statlig administrativ kontroll.

Relationen mellan läkarna och staten har allt sedan dess präglats av både inflytande och beroende, autonomi och ledningskontroll. Att vara läkare under 1900-talet har till exempel inneburit ett ämbetsmannansvar med ekonomiska förtecken (Johannisson 1990:42–71), en förväntan på att aktivt medverka till en friskare befolkning, något som Johannisson (1990) och Quarsell (1991) diskuterar i sina redogörelser över medicinens och vårdens historia i Sverige. Men läkarens uppdrag har också handlat om att kontrollera och skilja ut de hälsosamma från de ohälsosamma, mäta och väga, klassificera människor och jämföra med ett politiskt konstruerat människoideal (Olsson 1999). Baserat på värderingen av människor efter detta ideal och idén om medborgarna som en råvara, möjlig att förädla, skildes de icke-lämpade och placerades utanför samhällskroppen. Björkman (2001) har diskuterat detta i sin analys av läkarnas roll i tvångsvården. Quarsell uttrycker det som följer:

Tanken att staten skulle kunna förbättra folkhälsan genom att göra läkarna till en slags ämbetsman hade också sin grund i den samhällsuppfattning som fick allt större spridning under 1700-talet, och som var nära förbunden med upplysningsfilosofin och den samtida vetenskapen. Man tänkte sig att samhället måste kunna förstås och förklaras på samma sätt som naturen och därmed även kunna kontrolleras och manipuleras. Människornas sjukdomar liksom svagheter i samhällskroppen borde kunna kartläggas och bekämpas. (Quarsell 1991:37)

Deras viktigare roll som samhällstjänare och statstjänstemän kan ses som ett tidens tecken då samhället ofta sågs som en organism och då befolkningen hotades av degeneration (Björkman 2001:80)

## Den administrativa ordningen befästs

I slutet av 1800-talet kom allt fler av läkarnas och hälso- och sjukvårdens angelägenheter att inordnas det offentliga (Eklöf 2000). Organiseringen av läkarna ökade och kom i allt högre grad att inordnas i en administrativ, byråkratisk struktur. Staten ökade kraven på formell kompetens, sitt inflytande på vad kompetensen skulle bestå av och hur vården skulle organiseras och hur läkarnas arbetsvillkor skulle se ut (Nordgren 2000:152). Ibland var det framväxande regelsystemet till gagn för läkarkåren. När titeln läkare på 1960-talet blev en skyddad titel fick läkarna en legitimation som avskiljde och privilegierade dem gentemot andra yrkesgrupper med anspråk på bot- och läkekonst (Eklöf 2000) vilket kan ses som en förstärkning av autonomi. När arbetstiden reglerades ner i samband med 7-kronorsreformen på 1970-talet och principen om månadslön och fastställd ordinarie arbetstid började gälla också för läkarna försvagades emellertid autonomin på det administrativa planet och den offentliga administrationens grepp om hälso- och sjukvården stärktes. Som Nordgren uttryckt det tog de offentliga sjukvårdshuvudmännen nu: ”den totala kontrollen över ledning och administration av hälso- och sjukvården” (Nordgren 2000:162). De nya reformerna, inte minst löneregleringen, innebar enligt Eklöf att statens syn på läkaryrket hade förändrats:

Läkarnas arbete ansågs nu vara ett yrke bland flera och hade i statens ögon förlorat sin exklusiva air av icke definierbar och i viss mån också okontrollerbar ’konst’. (Eklöf 2000:171).

För vissa läkare innebar de nya reglerna en ekonomisk förbättring, men för andra blev det en försämring. I samband med de nya ekonomiska reglerna på 1970-talet minskade till exempel läkarnas inflytande över vårdkedjan, det sätt på vilket patienterna administrerades mellan olika vårdnivåer och vem som vid olika tidpunkt hade ansvaret för vården av dem, att förändras och försvagas. Innan reformen på 1970-talet hade läkarna kunnat bedriva privata mottagningar på sjukhuset och de hade möjlighet att lägga in egna patienter, vilket borgat för en kontinuitet i läkarkontakten som den nya administrativa ordningen inte kunde garantera (Widman 2003:103). Detta exempel visar att det inte bara var läkarnas arbetsvillkor som förändrades



med reformerna, reformerna minskade också deras autonomi i det direkta patientarbetet, deras möjlighet att bestämma över vården.

Ytterligare regelverk som berörde både läkarnas arbetsförhållanden och konsekvenserna av det medicinska arbetet kom under 1980- och 1990-talen. Under 1980-talet inrättades Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), en nämnd dit en läkare kunde anmälas för fel i vården. Möjligheten att anmäla läkare kompletterats med disciplinpåföljdslagen (Nordgren 2000:142–143). Dagmarreformen 1984 innebar att läkare inte längre fick driva praktik på sin fritid utan huvudmannens tillåtelse. Journallagen (1985:562) innebar att läkarnas plikt att dokumentera och i efterhand kunna redovisa sina åtgärder ökade. Sedan dess har frågan om vem som får skriva ut läkemedel reglerats ytterligare (LVFS 1997:10) och Socialstyrelsen har fått uppdraget att bedriva tillsyn över läkarnas förskrivning (Lag 1996:786). Vem som får kalla sig läkare avgörs inte av läkarna själva, utan legitimationen utfärdas av Socialstyrelsen som också har rätt att dra in den (Lag 1998:531). De etiska aspekterna för vad en läkare medicinskt sett bör göra lyder under en etik som delvis formulerats av staten.<sup>36</sup>

Flera av de förändringar som diskuterats ovan innebar ett förverkligande av Axel Höjers förslag från den så kallade Höjerska utredningen från 1940-talet (Krakau 1995, Wennström 1995, Widman 2003). Utredningen väckte på sin tid omfattande och kraftfulla protester från läkarhåll (Eklöf 2000:78, Wennström 1995). Detta gör utredningen och förverkligandet av reformerna intressanta eftersom den säger något om läkarnas autonomi genom att utgöra ett exempel på deras förmåga till motstånd.

I början av 1950-talet utspelades den förmodligen bittraste konflikt som den svenska läkarkåren varit inblandad i. Den handlade om den plan för att skapa en primärvårdsorganisation med offentligt anställda läkare som Medicinalstyrelsens dåvarande generaldirektör J Axel Höjer hade presenterat. Landets många privatpraktiserande läkare uppfattade detta som ett hot mot sin verksamhet och beskrev förslaget som en >>socialisering<< av hela sjukvården. (Qvarsell 2003:159)

---

<sup>36</sup> Till exempel dödsbegreppet (Lag om kriterier för bestämmande av människas död, SFS 1987:269).

Det faktum att förslagen successivt ändå genomfördes kommenteras på följande sätt av Quarsell:

Om man ser denna konflikt i ett lite mer övergripande perspektiv är den ett illustrativt exempel på att den svenska läkarkåren haft förhållandevis svårt att påverka de stora sjukvårdspolitiska besluten. Tvärt emot vad man antagit när man talat om läkarkåren som den mest framgångsrika professionen har makten över de centrala besluten snarare legat hos politikerna än hos yrkesgruppens företrädare. (Quarsell 1993:160)

Dessa sidor av ämbetsmannauppsdraget är fortfarande aktuella. Läkaren förmedlar välfärd genom att undersöka, behandla och skriva ut läkemedel till de sjuka, men de har också anmälningsplikt vid smittsamma sjukdomar och makt att tvinga psykiskt sjuka till vård (Lag 1991:1128). Så länge Sverige haft en offentligt finansierad vård, har det således funnits en till autonomi komplementär styrprincip – ledningskontroll, och som redogjorts ovan har staten i hög grad satt villkoren för läkaryrket, utövat visst inflytande över medicinska frågor och också påverkat etiken.

### Läkaren och kritiken mot praxis

Den medicinska vetenskapen och dess praktik kom under 1900-talet att nå ett brett erkännande i och med introduktionen av framgångsrika behandlingar för medicinska tillstånd som tidigare tagit miljontals liv (till exempel behandlingar som penicillin, kortison, psykofarmaka, cellgifter mm, (Stolt 1997, Le Fanu 1999). Den auktoritet som läkarna erhöll genom de nya behandlingsmetoderna skulle emellertid avta. Mängden vetenskapliga studier under 1990-talet gjorde det vetenskapliga kunskapsläget svårt att överblicka och de ibland motstridiga medicinska sanningarna ledde till frågetecken. Som svar på dessa frågetecken ökade organiseringen av den medicinska kunskapen. En ny analysnivå steg fram, *meta-analysen*, en statistisk sammanvägning av den sammanlagda evidensen av många vetenskapliga studiers resultat inom ett specifikt och hårt definierat område. Begreppet *evidensbaserad medicin* (EBM) myntades, vilket började användas för att skilja mellan olika kunskapsanspråk och i och med att läkarnas praxis inte alltid fick stöd av den nya evidensbaserade kunskapen, ökade kritiken mot läkarnas personliga omdömesförmåga i styrka. Därmed blev läkarens omdömesförmåga

föremål för ökade styrambitioner och kontroll. I synnerhet en organisation kom att bli särskilt inflytelserik, *the Cochrane Collaboration*.

Att ifrågasätta läkarens kunnighet var i sig inget nytt. I äldre tider mötte läkaren ofta skepsis gentemot sina kunskaper: ”*Man finner att en allmoges häldre förgås i elende, än själfmant eftersänder medicus*” (Johannison 1990:22)<sup>37</sup> och i skönlitteraturen finner vi exempel på att läkarkåren betraktats med misstro.<sup>38</sup> Men, med den medicinska vetenskapens framgångar under 1900-talet kom läkarens anseende att öka. Nya och förbättrade behandlingsmetoder gjorde tidigare obotliga sjukdomar botbara (Stolt 1997) och detta väckte respekt och beundran för medicinen som vetenskap (Le Fanu 1999). Att efter denna långvariga framgångssaga ifrågasätta läkarna och deras kunskap var nytt för 1900-talet. Det nya var också att ifrågasättandet inte bara kom utifrån, utan från det medicinska samfundet självt och under medial öppenhet. Många som var drivande i kritiken mot läkarkårens praxis var själva läkare.

En viktig fråga är på vilka grunder läkarnas praxis började ifrågasättas. Att förskrivningen av läkemedel varierade geografiskt hade varit känt sedan 1940-talet (Bradley 1991). Först så småningom kom forskare att intressera sig för varför. Jag har nämnt motstridiga vetenskapliga resultat och införandet av nya statistiska metoder (till exempel meta-analyser). Under 1960-talet föreslogs skillnader i kollegiala nätverk vara en möjlig förklaring, en förklaring som i sig blev möjlig först när metoder och datakraft var tillräckligt utvecklade för att göra sådana statistiska analyser möjliga.

Ytterligare en faktor som dock inte diskuteras explicit i de offentliga källor jag tagit del av, var införandet av en ny typ av medicinska beslut vilket här utgör ett exempel på en till konsultationen ny variant. Införandet av experimentet möjliggjorde en förändring av den tidigare tolkningsramen för läkarnas val av läkemedel. Där den tidigare tolkningsramen var baserad på tidigare villkorsramar för själva konsultationen, det fysiska mötet mellan läkare och patient och den personliga kunskap och erfarenhet som materialiserades i läkarens fysiska person, tillkom nu pappersmötet. Patienten standardiserades och blev en fallbeskrivning som möjliggjorde jämförelser. Mö-

---

<sup>37</sup> Citat från läkaren CF Geijer i Svenska och finska medicinalverkets historia 1663-1812:17.

<sup>38</sup> Ett exempel på detta finner vi i berättelsen om ”Den inbillade sjuke” (Molière).

tet mellan läkaren och patienten fick konkurrens av möten mellan läkare och ett papper med text, information och ledtrådar skraddarsydda för att passa urvalskriterierna för specifika preparat. Det analoga mötet digitaliserades genom en omfattande redigering och reducering av en slags verklighet eller kanske snarare, skapandet av en helt ny.

Det exakta skälet till detta kan inte diskuteras här. Med införandet av experimentet kom emellertid nya förklaringar. På 1970-talet började fokus riktas på kognitiva faktorer, i synnerhet begränsningar i läkarnas förmåga att värdera och vikta läkemedelsinformation. Experimentstudierna kompletterades så småningom med expertpaneler som beslutade vilket läkemedel som de studerade läkarna borde välja. Därmed blev det möjligt att jämföra testresultatet (läkarnas fiktiva förskrivning) med ett facit, konstruerat av försöksledarna och expertgruppen. Den synliggjorda skillnaden gjorde det möjligt för tolkningsramen att förskjutas ytterligare genom att avvikelserna tolkades som bevis för bristfälligheter i praxis. Synen på vilka kunskapsargument som var mest giltiga förändrades med experimentet och dess väl definierade och operationaliserade variabler. Från det erfarenhetsbaserade, till det som gick att uttrycka i diskreta avgränsade enheter. Mot det mätbara och i enlighet med fördefinierade kategorier, istället för ostandardiserade patienter med mångtydiga berättelser.

Ett exempel på en experimentbaserad studie som fått tjäna som en prototyp för idén om hur val av läkemedel borde gå till, är Liljas studie från 1976. Ett skäl till att ta upp just den, är att den finns i det bakgrundsmaterial som utredarna använt sig av (Bradley 1991, Denig 1994, SOU 1995:122:249). I Liljas studie påvisades en skillnad mellan de läkemedel läkare valde och det som en expertpanel kommit fram till som mest lämpligt. Analysen visade att de studerade läkarna viktade de oberoende variablerna (effekt, pris...) annorlunda än expertpanelen och skillnaden i viktning tolkades som otillbörlig varumärkespåverkan. De studerade läkarnas avvikelser tolkades som en brist i deras beslutsfattande, en brist i deras omdömesförmåga, vilket tillskrevs förklaringen att de sannolikt var otillbörligt påverkade av läkemedelsreklam.

Variationen i praxis blev i kombination med resultatet om avvikelser mellan expertpanelernas val och studerade läkarnas bevis för att läkarna borde göra annorlunda och experimentet blev en överordnad variant av det

verkliga patient-läkarmötet. Att denna omvändning skulle spegla något riktigare och mer sant sätt med avseende läkarnas *bör*, kan emellertid inte hävdas. Den hierarkiska omvändningen blev i fallet med Liljas studie möjlig genom att alternativa tolkningsramar för avvikelserna inte uppmärksammades. Att de som avvek från expertpanelens bedömning var sådana som läste fler än det förutsatta antalet medicinska tidskrifter inom området och behandlade fler patienter diskuterades inte nämnvärt. Nya meningsskikt i form av alternativa förklaringar till varumärkespåverkan som till exempel att de avvikande läkarna baserade sin förskrivning på en bredare och möjligen bättre kunskap än den som tillhandahölls i experimentsituationen, tycks inte ha uppstått. Varför alternativa förklaringar och tolkningar kom i skymundan ska inte diskuteras här. Det jag vill lyfta fram är att experimentet förefaller ha förändrat tolkningsramen för läkarnas beslutsfattande. Från att försöka avbilda och renodla läkarnas beslutssituation och därmed bli en variant på den, tycks experimentet bli beslutssituationen par excellence.

### Läkargestalten – tolkningsramar och ideal

Att vara läkare är att bete sig enligt vissa föreställningar och förutsättningar på ett visst område – medicinen. Eftersom tron på föreställningen att läkare är svårstyrda bygger på idén om dem som autonoma, bör idén om autonomi återfinnas i läkarnas beskrivningar av sig själva. Det gör det också – autonomi *är* ett läkarideal.

Ett exempel på autonomi som läkarideal finner vi i Henry E Sigerist uppräknings av de tre faktorer som han menar styr läkarens beteende: ”*staten, läkarkåren och det egna samvetet*” (Sigerist refererad i Eklöf 2000:62). Både ”*kåren*”, den kollegiala styrningen och ”*det egna samvetet*”, förutsätter en idé om detta som något skilt från statlig styrning, det vill säga autonomi med avseende på både användningen av den medicinska kunskapen och autonomi i moralisk bemärkelse.<sup>39</sup> När historikern Gelfand skriver om läkarkårens historia, vad som gör läkaren till läkare nämns liknande kriterier: ”*kunskap, etik och institutionell organisering*” (Gelfand 1993, refererad i Eklöf 2000:98). Givet att ”*kunskap*” här syftar på något som är skilt från ”*institut-*

---

<sup>39</sup> Att den moraliska autonomin underordnats den statliga finns många exempel på, några av de mer kända exemplen rör tvångssteriliseringar och euthanasi som praktiserades i vissa europeiska länder under delar av 1900-talet.

*ionell organisering*”, återkommer ramen autonomi som ideal också här. Autonomi beskrivs emellertid också som något som från tid till annan strider mot de krav och förväntningar som ämbetsmannasidan av läkarrollen, huvudmannen staten, ställer. Som Eklund uttryckt det med anledning av 1990-talet och ”*den nya tidens sjukvård*”:

...allt mer opersonlig och att ansvaret för de enskilda patienterna späds ut. Läkarens dubbla lojaliteter – mot den enskilda patienten och mot huvudmannen – blir allt tydligare och nya etiska problem kräver nya lösningar. Dessutom har makten över sjukvården förskjutits från läkarna till andra grupper – administratörer, hälsoekonomer, politiker med flera – grupper som inte har någon egentlig yrkesetik. (Eklöf 2000:258).

I Eklöfs analys av läkarens identiteter och ideal under 1900-talet är det tydligt att diskrepanser och rollkonflikter löper som en röd tråd i läkarkårens historia. Det finns något stabilt i diskrepanserna, hur olika läkarroller ibland ställs mot varandra och hur vissa aspekter av läkarrollen kontinuerligt ställs mot de egna idealen samtidigt som idealet autonomi, som till exempel i Läkarförbundets jubileumsskrift från 2003, försvaras med pathos:

Vi måste ha fortsatt inflytande och gemensamt kunna påverka såväl yrkets som sjukvårdens framtida utformning och innehåll. Då når vi vårt viktigaste mål med bästa möjliga vård, säkerhet och omhändertagande av våra patienter [...] Kåren måste fortsätta arbetet och hävda att den medicinska kunskapen, byggd på vetenskap och beprövad erfarenhet, alltid skall vara kärnan i den svenska hälso- och sjukvården. Kraven på bästa tänkbara kvalitet och säkerhet i vården är oeftergivliga, för våra patienters skull. Den mångtusenåriga patient-läkarrelationen skall fortsätta värnas, liksom patienternas rättigheter och önskemål. Läkekonsten måste ges ännu större plats i vårt arbete och behovet av autonomi i det kliniska arbetet understrykas. (Grewin 2003:10)

Förutom läkaridealet autonomi, finns ett antal dygder som läkarna tillskrivit sig själva, inte minst etiska ideal som är knutna till livläkarrollen. Men Eklöf diskuterar också andra kollektiva representationer av läkaridentiteter, till exempel läkaren som: centralgestalt i samhället, framstående (bildad, mångkunnig, framgångsrik), genial och pliktrogen (Eklöf 2000, kapitel 4). En person som med hänsyn till sin egen bekvämlighet följt sitt kall, ”*en allve-*

*tande kämpe mot förgänglighetens och dödens makter*” (Ibid:197). Till detta kan vi lägga våra egna förväntningar på läkaren som någon vi kan anförtro våra medicinska problem så till den grad att vi till och med lägger vårt liv i deras händer.

Men vad innebär det att vara läkare? Är det att vara medicinskt kunnig, visa omsorg om patienten, vara autonom gentemot ekonomiska intressenter eller föreställningen om yrket som ett kall är viktiga ideal? Inte nödvändigtvis. Det finns flera yrkesgrupper än läkare som är medicinskt kunniga. Omsorgstanken gentemot sjuka och gamla har funnits i de flesta samhällen och föreställningen om yrket som ett kall återfinns också i andra sammanhang. För att kunna definiera vad som kännetecknar den yrkesgrupp som fått monopol på titeln läkare, måste flera faktorer vägas samman. I syfte att kunna formulera en utgångspunkt så att läkargestaltens villkors- och tolkningsramarna framträder tydligare, föreslår jag följande definition; läkaren är:

1. en person med behörighet grundad på en högre medicinsk examen, pliktig att använda sin medicinska kunskap och
2. fatta beslut
3. till gagn för patienters- och/eller samhällets bästa.

Läkargestalten, idén om vad en läkare är, består enligt ovan av tre centrala grundantaganden som alla relaterar för hur vi kan förstå läkarens villkor, formella kriterier och lojaliteter i relation till Läkemedelsreformen och valet att använda standarder för att öka styrningen av dem. Det första grundantagandet berördes genom att Läkemedelsreformens standarder syftade till att upplysa läkarna och öka deras medicinska kunskap. Behörigheten som grundad i läkarens examen ansågs inte längre vara nog. Det andra grundantagandet berördes genom reformatörernas uttryckliga önskan att standarderna skulle påverka läkarnas val av läkemedel. Också det tredje grundantagandet berördes då reformen motiverades med att läkarnas val av läkemedel inte längre med självklarhet var till samhällets bästa.

## Principen om autonomi – principen om ledningskontroll...

Att läkaren historiskt sett haft och fortfarande har plikter gentemot det allmänna betyder inte att läkaren behöver ha känt sig styrd på något oönskat sätt. Enligt Öberg, som analyserat läkarkårens historia utifrån barnmorskans perspektiv, har kraven på läkaren och dennes krav på sig själv ibland gått så väl ihop att det inte funnits någon konflikt:

Om man, istället för att se läkarkåren [...] som subjekt, förskjuter perspektivet så att de blir objekt för statens maktutövning kan man se byråkratins kontroll som en form av disciplinering. Kontrollsystemet hade till syfte att skapa självdisciplin bland befattningshavarna. Det rådde hög grad av överensstämmelse mellan de krav yrkeskåren ställde på sig själva och de krav den medicinska byråkratin ställde. (Öberg 1996:259)

Det fanns emellertid också som vi sett ovan tidsperioder då relationerna varit ”*mycket ansträngda*” och till och med haft karaktären av öppen konflikt (Einarsdóttir 1977:77). Detta har inte haft med de sidor av ämbetsmannauppgiften som nämnts ovan att göra, utan med den administrativa styrningen och den successivt utökade kontrollen av läkarnas arbetsvillkor.

Sammanfattningsvis uppvisar både villkors- och tolkningsramarna stabilitet och förändring. Ömsom har medicinen haft inflytande på politiska skeenden. Medicinen har varit villkorsram för det politiskt möjliga på hälso- och sjukvårdsområdet och en tolkningsram, ett medicinskt öka för att använda Johannisson's uttryck, att betrakta samhällsmedborgaren genom (Johannisson 1990, Björkman 2001: 288). Ömsom har läkaren och dennes kunskap underställts politiska visioner, medicinen och läkaren har varit medel i strävan efter ett mer hälsosamt folkmaterial med uppgiften att till exempel skilja de fullvärdiga medborgarna från de undermåliga. Selektera ut människor, som inte själva valt att bli selekterade på det sättet, till ideologiskt-politiskt initierade projekt som till exempel folkhälsa (Johannisson 1990, Olsson 1999, Sundström 2001:322–332). Såväl villkors- som tolkningsramarna har gång på gång begränsat möjligheten för läkaren att i sin läkarroll och rollen som tjänsteman agera med automin gentemot staten. Rollen, den sociala delen av läkarnas *jag* oavsett om det gällt läkarrollen: förväntningarna på läkarna och dennes skyldigheter gentemot patienten och



det vetenskapliga samfundet, och rollen som ämbetsman, ämbetsmannaupdraget har sett olika ut under olika tidsperioder men agera autonomt gentemot statsmakterna har läkaren inte kunnat.

## Läkemedelskostnaderna och tolkningsramen: läkemedelskostnader som ett problem för statskassan (och den framtida välfärden)

I mitten och slutet av 1990-talet kom läkemedelskostnaderna i allt högre grad att definieras som ett kostnadsproblem, en situation som staten behövde åtgärda. Som en del av problembeskrivningen fanns också idén om läkarna som ansvarig för de höga kostnaderna. Att läkarna på något sätt skulle vara ansvariga för läkemedelskostnaderna och statens budget, kan emellertid inte ses som någon självklarhet. Idén kan lika gärna ses som obegriplig. Om läkarna var ansvariga, borde det gå att säga något mer om saken, förklara sambandet mellan deras val av läkemedel och statens budget om inte annat. Texten nedan är ett försök att säga något om idén om ett samband mellan läkarens val av läkemedelskostnaderna och statskassan som något självklart, genom att titta på både tolkningsramar och villkorsramar. Tolkningsramarna: läkemedelskostnaderna som ett problem och föreställningen att läkarna hade ansvar för problemet och villkorsramarna kring kostnadsproblematiken och läkarnas eventuella ansvarighet. För att förstå mer precist vilka problem statsmakterna ville åtgärda med Läkemedelsreformen och Lagen om läkemedelskommittéer, görs några utsnitt nedan över hur synen på läkemedelskostnader varierat över tid och på basis av vad just läkarna tillskrevs ansvar.

### Läkemedelskostnaderna 1944 till 1955 – kostnader som ett uttryck för välfärd

Läkemedelsfrågan har varit föremål för reformer och utretts av statsmakterna otaliga gånger under 1900-talet (SOU 1998:50), och även sättet att resonera kring läkemedel och kostnader har varierat. Under 1900-talets första decennier var det läkemedelssubstanserna som var i fokus för statens intresse. Första hälften av 1900-talet skrev läkarna inte recept på färdigpro-

ducerade läkemedel, utan receptet patienten fick i sin hand var en innehållsdeklaration. Baserat på det patientspecifika receptet läkaren skrivit skapade apotekaren patientens medicin på plats, på Apoteket det vill säga, *ex tempore*. Detta gjorde frågan om standardiserade priser för råvaror viktig för såväl staten, som apoteken, som läkarna som patienterna. Några kostnader för läkemedel som belastade statskassan existerade inte, det som reglerades var hantering av och priset på råvaror och substanser och att samma prisättning gärna fick gälla i hela landet.

Under krigsåren tillkom andra frågor, bland annat frågan om tillgänglighet och distribution av substanser, beredningar och läkemedel, det vill säga det som idag ingår i begreppet läkemedelsförsörjningen. Med idén om folkhem och välfärd kom andra frågor i fokus, som frågan om vad staten kunde göra för att hjälpa medborgarna att ha råd med läkemedel (SOU 1944:15, SOU 1944:16). Med den ökande industrialiseringen av färdigproducerade läkemedel (den framväxande läkemedelsindustrin) kom frågan om säkra läkemedel i fokus. På 1960-talet visade det sig att läkemedlet Neurosedyn (substansen Talidomid) visat sig kunna ge allvarliga fosterskador. Myndigheterna i många länder ställde därför nya krav så att de läkemedel som producerades var säkra och godkännandeprocedurer för läkemedel skapades liksom nya regler, lagar, procedurer. Under 1970-talet, då Apoteken kom att tillhöra samma organisatoriska enhet som övriga hälso- och sjukvården, det vill säga staten, var det bland annat Apotekens monopolställning som utreddes (SOU 1998:50).

Synen på läkemedelskostnaderna som ett problem tycks inte kommit i fokus förrän i mitten på 1990-talet. Det finns en rad olika faktorer som kan ha bidragit till detta. Ett skäl att det dröjde tills 1960-talet innan recepten standardiserades och producerades som färdiga läkemedel av läkemedelsindustrin, till skillnad mot tidigare då de tillverkas på apotek (Lagrelius och Sjögren 2004). Utan standardiserade läkemedel fanns inga läkemedelskostnader såsom vi idag talar om dem.

Ett annat skäl till att läkemedelskostnaderna inte sågs som ett problem för statskassan var att det dröjde länge innan läkemedelskostnader överhuvudtaget kom att belasta statskassan. Det fanns ingen läkemedelsförmån, inget statligt åtagande för läkemedel förrän i mitten av 1950-talet och därmed saknades förutsättningarna för att kostnaderna kunde belasta statens

budget innan dess. När beslutet att subventionera läkemedel till befolkningen med statliga medel väl kom, hade det med en önskan om att låta systemet med frivilliga sjukförsäkringar omfatta alla medborgare, att göra (SF 1999, kapitel 5). Diskussionerna om sjukförsäkringen utmynnade i förslaget att införa en obligatorisk och allmän sjukförsäkring kompletterad med en läkemedelsförmån. Förslaget att ta in läkemedelskostnader i statsfinanserna, motiverades med att de var nödvändiga för välfärden. Det sågs inte som rimligt att medborgarna stod ensamma med ”*stora direkta utgifter för [...] läkemedel*” som en sjukdom kunde medföra då: ”*Den ojämförligt vanligaste ordinationen har varit och synes alltmera bli begagnandet av läkemedel*” (SOU 1944:15:173). Det ansågs helt enkelt inte:

... mycket bevänt med en läkarvård, som fastställer patientens sjukdom och de för sjukdomens botande erforderliga åtgärder, om icke samtidigt möjlighet beredes att begagna sig av dessa åtgärder. (SOU 1944:15:173)

Först i mitten av 1950-talet, några år efter kriget, trädde reformen med en allmän sjukförsäkring och tillhörande läkemedelsförmån i kraft. Först nu blev läkemedelsförskrivningen en faktor som påverkade statens budget och då inte genom förskrivningen i sig, utan via läkemedelsförmånen. Villkorsramen för läkemedelskostnaderna var således inte något som läkarna hade mandat över genom sin förskrivning, utan var resultatet av politiska beslut.

Att tolkningsramen för läkemedelskostnaderna förändrades från läkemedelsförmånens införande till Läkemedelsreformen bör därmed stå klart: i mitten av 1900-talet sågs de som nödvändiga för välfärden, i mitten på 1990-talet som ett hot mot välfärden. Frågan är vad som gjorde att tolkningsramen för läkemedelskostnaderna kom att förändras så drastiskt och hur läkarnas autonomi kom att uppfattas som en villkorsram.

### Läkemedelskostnaderna på 1980-talet – en icke-fråga

Efter reformen 1955 var kostnaderna för läkemedel länge en icke-fråga för statsmakterna. I en tid av ständigt nya banbrytande medicinska och teknologiska landvinningar fanns det däremot en oro för att läkaren skulle bli en teknokrat och glömma läkemedelskonsten (Böttiger 1996, Stolt 2003, Böttiger 2005). När läkemedel började diskuteras på 1980- och tidiga 1990-

talet var det istället andra aspekter än kostnaderna för dem, som diskuterades. Nya sjukdomar och nya medicinska metoder gav upphov till diskussioner om hur en allt äldre och vårdkrävande befolkning skulle kunna garanteras framtida vård och de åtgärdsförslag som diskuterades handlade inte primärt om läkemedel utan om behovet av ökad effektivitet och bättre kunskapsunderlag i allmänhet (Spri 1985).

I Riksrevisionens rapport från 1986 omnämns kostnaderna, och åtgärder som kan begränsa statens kostnader för läkemedelsanvändningen exemplifieras, men något fokus på läkemedelskostnaderna som problem kom inte till uttryck (RRV 1986:58). I Läkemedelsboken som utgavs av Apoteket AB omnämns kostnader för läkemedel i upplagan för 1989 som något att beakta, vid livslång behandling (Läkemedelsboken 1989/90:700). I upplagan därefter (Läkemedelsboken 1991/1992) har resonemanget utökats något och resonemanget om kostnader framträder tydligare, men också här är det priset på läkemedel som något att beakta vid livslång behandling, som står i fokus (Läkemedelsboken 1991/1992:779, avsnittet ”Rätt läkemedel”). I upplagorna därefter finns däremot avsnitt med kostnadsjämförelser mellan olika läkemedel (Läkemedelsboken 1993/94 och framåt). Av materialet att döma tycks läkemedelskostnaderna definierats som ett problem relativt sent.

### Tolkningsramen för synen på läkemedelskostnaderna under 1990-talet – från höga till orimligt höga?

Det finns flera möjliga förklaringar till att läkemedelskostnaderna började uppmärksammas som ett problem i början av 1990-talet. Att kostnaderna i sig blivit högre än förväntat var känt redan några år efter 1955-års reform utan att definieras som problematiskt. Jag kommer därför inte lägga fokus på skälen till kostnadsökningarna per se, utan istället diskutera några av de centrala faktorer och skeenden som kan ha påverkat föreställningen om läkemedelsförmånen som kostsam och möjligen alltför kostsam. Några av dessa faktorer har inte med kostnaden för läkemedel att göra, andra faktorer har med läkemedelskostnaderna att göra men är inte specifika för Sverige och förklarar därför varken varför kostnaderna kom att uppfattas som ett problem här, eller varför staten behövde gå in och reformera.

Till att börja med genomfördes flera förändringar av organisatorisk art inom hälso- och sjukvården under det tidiga 1990-talet, vilket kan ha gjort att kostnaderna började uppmärksammas. Sedan Landstingens tillkomst i slutet på 1800-talet hade en allt större del av sjukvården drivits i landstingsregi med statlig finansiering. Med 1992 års Ädelreform överfördes emellertid delar av vårdansvaret för gamla till kommunerna medan läkemedelskostnaderna fortsatte att vara ett statligt åtagande. Detta kan ha gjort läkemedelskostnaderna mer synliga som poster i statsbudgeten då den relativa kostnaden för läkemedel i förhållande till annan vård ökade sett ur statens perspektiv. Förutom förändringarna i huvudmannaskap ovan, försämrades Sveriges offentliga finanser i början av 1990-talet och detta i sig krympte det ekonomiska utrymmet för utgifter i statsfinanserna varför utgifterna och den offentliga sektorn i sig blev ett problemområde. Detta sakförhållande, som alltså i sig inte orsakades av läkemedelskostnaderna överhuvudtaget, kan mycket väl ha bidragit till att också frågan om läkemedelskostnader kom på den statliga agendan (Wennström 1995:11).

En annan faktor som kan ha påverkat var att det under 1980-talet infördes nya ekonomiska styrmodeller i den svenska hälso- och sjukvården, marknadstänkande eller managementtänkande om man så vill, som ledde till ökade statliga styrambitioner av läkarnas roll och arbetsförhållanden (Sahlin-Anderson och Östergren 1998:21). Denna förändring var ingenting som kan förklaras utifrån Sverige som land eller specifika behov här, utan sammanfaller med en ökad användning av managementmetoder också i andra länder. I USA hade trenden med management gått långt redan under 1980-talet och konkurrerade sedan länge med den traditionella medicinska och professionella logiken, enligt vissa organisationsforskare var det redan den dominerande logiken (Scott et al, 1999). Också sådana omvärldsförhållanden och organisationstrender kan ha försvagat legitimiteten, av en i förhållande till administrativ styrning professionell autonomi.

En annan förklaring ligger i att läkemedelsbehandling kom att bli ett framgångsrikt alternativ till sjukhusinläggning för vissa medicinska åkommor på 1980-talet. Å ena sidan sparade detta resurser då kostnaderna för sjukhusvård minskade. Å andra sidan ökade efterfrågan på behandling och förskrivningen av läkemedel, vilket gjorde att kostnaden för dessa läkemedel ökade. Dessa förändringar i villkorsramarna ökade läkemedelskostna-

dernas relativa del av den svenska statens hälso- och sjukvårdskostnader ytterligare (SF 1999, kapitel 23). Också detta kan ha påverkat tolkningsramen för läkemedelskostnaderna så att de började uppfattas som allt högre och till slut alarmerande höga.

Men det fanns vid tiden innan reformen ytterligare omvärldsförhållanden som kan ha påverkat. I slutet av 1990-talet kom en våg av kritik mot läkarnas val av behandlingsmetoder. Själva kärnan i läkarens kompetens, dennes autonoma omdöme, ifrågasattes och begreppet evidensbaserad kom på agendan, en förändring i frågan om läkarnas vetenskapliga kompetens som kom inifrån den medicinska professionen själv. I början av 1990-talet var det inte ens en artikel per år som hade EBM i titeln eller som nyckelord, för att under 1999 öka till omkring 10 artiklar och drygt 20 artiklar per år därefter.<sup>40</sup> En ny tidskrift som behandlade EBM, SBU Alert, började ges ut från 1999 med SBU som avsändare med det uttryckliga syftet att öka uppmärksamheten kring brister i rådande medicinsk praxis och förändra valet av läkemedel i riktning mot det som ansågs evidensbaserat. Därutöver spåddes en kraftig ökning av livsstilssjukdomar som fetma och Depression, en global ”*global gloom*”, öka läkemedelskostnaderna ytterligare... (The Economist 1998:115). Intresset för läkemedelsbehandling av båda dessa sjukdomar hade ökat och utan att ta ställning till orsakerna, hade nya läkemedel med bäring på dessa områden introducerats och andra låg i startblocket att lanseras. I slutet av 1980-talet och början av 1990-talet hade flera nya och dyra läkemedel introducerats, och några av dem kom inte bara att ta marknadsandelar från äldre preparat, utan kom också att skrivas ut för åkommor som tidigare inte behandlats, vilket i sig också ökade statens kostnader för läkemedel (SBU 1997-137:23).

I synnerhet två nya läkemedel som introducerats i slutet av 1980-talet fick stor uppmärksamhet, i Sverige och internationellt. Det svenska läkemedelsföretaget Astra lanserade magsårsläkemedlet Losec och den forskning som låg bakom Losec rönt uppmärksamhet över hela världen. Ungefär samtidigt lanserades ett nytt antidepressivt läkemedel av det amerikanska läkemedelsföretaget Eli Lilly. Det nya läkemedlet Prozac blev snabbt en enorm försäljningsframgång. Den ökade användningen av antidepressiva

---

<sup>40</sup> Källa: Sökning i Läkartidningens arkiv på titlar med orden EBM (2006) för åren 1990-2001.

preparat skulle till en början betraktas med skepsis och kritikerna talade om de nya antidepressiva läkemedlen som lyckopiller. Men Prozac följdes snabbt upp av fler liknande preparat inom den nya läkemedelsklassen Selektiva serotonin återupptagshämmare (SSRI). Det Prozac-liknande läkemedlet Cipramil, producerat av det danska läkemedelsföretaget Lundbäck som sedan tidigare hade en stark ställning på den skandinaviska läkemedelsmarknaden, kom på kort tid att tillsammans med Losec toppa listan av mest försålda läkemedel. Bara Losec beräknades vid tiden för Läkemedelsreformen stå för fem procent av hela den svenska läkemedelsnotan.

## Sammanfattning

I det här kapitlet har jag undersökt två föreställningar som under studiens gång kom att framstå som så allmänt accepterade att de inte behövde diskuteras: föreställningen att läkarna som svårstyrda med betydande autonomi gentemot statsmakterna samt föreställningen att läkemedelskostnaderna var ett problem som statsmakterna behövde hantera.

Materialet ovan visar emellertid på sedan tidigare etablerade tolknings- och villkorsramar med bäring på uppfattningen om Läkaren som svårstyrd och relativt autonom i förhållande till staten. Materialet ovan visade emellertid att staten sedan 1700-talet och framåt har haft ett betydande inflytande över hur läkarnas arbete organiserats och vad de tillåtit göra. Till och med när läkarna med kraft motstått genomgripande administrativa reformförsök har förändringarna kunnat genomföras. Samtidigt kan vi se att att tolkningsramen autonomi är en viktig del av läkaridealet och att tillhörigheten till en stark yrkeskår med betydande autonomi har varit en bild av läkargestalten historiskt och något som läkarna identifierat sig med. Analysen ovan visar emellertid på en diskrepans mellan villkorsramarna och tolkningsramarna för läkarnas autonomi som bestått under lång tid och trots att statsmakterna successivt ökat sin ledningskontroll.

Ovan har jag också härlett föreställningen om läkaren som en delorsak till läkemedelskostnaderna med fokus på i synnerhet villkorsramarna för hur kostnader kom att belasta staten överhuvudtaget. Jag har argumenterat för att läkemedelskostnaderna i grunden är en följd av politiska beslut, förändringar i villkorsramar som läkarna inte råar över och som blev en realitet

i och med läkemedelsförmånens införande 1955. Därefter har jag visat att tolkningsramen så småningom kom att förändras från läkemedelskostnader som något gott och nödvändigt för välfärden, till att först i mitten av 1990-talet definieras som ett hot mot välvärden. Oavsett hur vi betraktar kostnaderna och kostnadsökningarnas rimlighet eller inte, visar analysen att läkemedelskostnadernas effekt på statskassan var resultatet av politiska beslut, villkorsramar som förskrivande läkare inte haft något som helst direkt inflytande över.

Sammanfattningsvis är mina slutsatser av ovan att tolkningsramen autonomi, att läkarna skulle vara svårstyrda och autonoma inte stämmer med villkorsramarna för läkarens autonomi, då staten successivt ökat ledningskontrollen. Tolkingsramen att läkarna var delansvariga för de reella kostnaderna för läkemedelsförmånen i kraft av sin förskrivning och val av läkemedel överensstämmer inte inte med det faktum att kostnaderna kom att belasta statskassan genom politiska beslut.

Jag vill avslutningsvis vara tydlig med att jag med dessa slutsatser vare sig har ambition, önskan eller underlag att bedöma rimligheten i läkemedelskostnaderna eller huruvida den oro för kostnadsökningarna som i mitten och slutet av 1990-talet påkallade sådan uppmärksamhet, var befogad. Analysen visar snarare på att villkorsramar och tolkningsramar inte nödvändigtvis behöver följas åt, utan att de till och med kan existera samtidigt och under decennier.





## Kapitel 5

# Från frivillig organisering till lag: läkemedelskommittéer och läkemedelsråd perioden 1960–1995

Hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU 2000) fick i början på 1990-talet uppdraget att se över bland annat finansieringen av den framtida vården, ett uppdrag som kom att inkludera finansieringen och konstruktionen av läkemedelsförmånen (SOU 1999:66:42). Som nämnts tidigare mynnade utredningen bland annat ut i förslaget att lagstifta om läkemedelskommittéer med uppdraget att utfärda standarder för att påverka läkarnas val av läkemedel. Men på vilket sätt skulle läkarna påverkas? Vilka förhoppningar på standarderna som styrverktyg gav utredare och reformatörer uttryck för och vilken roll antogs läkemedelskommittéerna och deras standarder kunna spela i detta? I det här kapitlet kommer jag att diskutera dessa frågor. Jag kommer återigen att beskriva förändringar i termer av villkors- och tolkningsramar och jag kommer återigen försöka skilja mellan dessa för att i möjligaste mån kunna säga något om vad i reformen som byggde vidare på befintliga föreställningar och strukturer och vad just standarderna syftade till att förändra. Som Hydén uttryckt det:

Är man intresserad av rättens tillämpning ligger det nära till hands att använda sig av den normativa dimensionen [...för att få...] besked om hur rätten är tänkt att tillämpas i olika situationer (Hydén, 1998:34)

I det här kapitlet är det således organisatoriska-administrativa aspekter som står i fokus. Vilka organisationer som började framträda, vilka frågor som var aktuella och när och vilka förhoppningar statsmakterna kom att få på organiseringen samt varför förhoppningarna då och då också falnade. Jag önskar också säga något om de medicinska områdena Ont-i-magen och Depression, då det är standarderna för val av läkemedel på dessa två områden som kommer att följas från Läkemedelsreformens förarbeten till läkemedelskommittéernas standarder och vidare ut på vårdcentralerna och tillbaka. Detta då min bedömning är att bakgrunden är viktig för att kunna sätta ett sammanhang kring dessa standarder, mer än att båda exemplifierade var sitt styrproblem enligt hur det beskrevs i Läkemedelsreformens förarbeten (SOU 1995:122:73,74–77).

## Bakgrunden till läkemedelskommittéerna

Lagen om läkemedelskommittéer uppstod inte ur intet. Det hade under lång tid funnits frivilliga läkemedelskommittéer och läkemedelsråd som varit verksamma på olika sätt i landet. Läkemedelsreformen och den nya lagstiftningen kan därför både ses som en formalisering av något redan pågående och början på något nytt, ett explicit styrförsök av läkarna på deras eget område. För att förstå på vilket sätt lagen om kommittéerna och standarderna kanske skulle göra skillnad, behövs en del sägas om läkemedelskommittéernas historia, från den tidigaste organiseringen fram till den nya lagen.

De tidiga sjukhusbaserade kommittéerna på 1930- och 1940-talet: läkemedelsförsörjning och säkerhet i fokus

Både SOU 1995:122 och SF1999 tecknar bilden av läkemedelskommittéer och standarder som en idé med grund i frivilliga läkemedelskommittéer, som kom att bildas på olika sjukhus ett par decennier in på 1900-talet. Det finns olika datum för när de första kommittéerna uppstod. Vanligen hänförs tidpunkten för de första läkemedelskommittéerna till 1930-talet. Anledningen till denna första kommitté ska ha varit olyckan på Maria sjukhus 1936 i Stockholm, där förväxlingen mellan en flaska lokalbedövningsmedel

och ett kvicksilverpreparat ledde till fyra patienters död (Socialstyrelsen 2001).

En annan anledning till att läkemedelskommittéer började bildas ska ha varit en strävan efter bättre kontroll på vilka läkemedel som borde användas lokalt. Både Danderyds och Umeå sjukhus ska till exempel ha standardiserat sitt sortimentet i slutet av 1930-talet. Redan 1938 berördes fenomenet med att försöka få kontroll över och begränsa antalet läkemedel och beredningar som användes på sjukhus, då en kungörelse detta år utfärdades där frågan om standardisering av läkemedelssortimentet vid sjukvårdsinrättningarna explicit föreslås:

direktionen med apoteksinnehavaren må avtala om åtgärder i syfte att möjliggöra önskvärd standardisering av på sjukhuset använda läkemedel (SF 1999, kapitel 17:302).

Det äldsta kända exemplet på en läkemedelsstandard av ovan slag, utformad som en lista över godkända läkemedel, är från Danderyds sjukhus 1941 (Jenteg och Persson 1996) och som kuriosa kan nämnas att det åtminstone finns ett exemplar bevarat på Kungliga biblioteket i Stockholm. Oavsett vilket exakt datum organiseringen av antalet läkemedel på sjukhus börjar, finns två tidiga skäl att utläsa från det magra materialet. Det ena skälet handlar om behovet av ökad säkerhet i läkemedelsanvändningen så att inga onödiga förväxlingar mellan läkemedel och substanser görs. Det andra handlar om behovet av en effektiv läkemedelsförsörjning, något som kan ha varit extra aktuellt under krigsåren (1939–1945).

Karolinska sjukhusets läkemedelskommitté på 1960-talet  
(ny teknik gör entré)

Början på en mer systematisk organisering av läkemedelskommittéer förknippats ofta med 1960-talet och Karolinska sjukhusets läkemedelskommitté i Stockholm. Två av eldsjälarna bakom denna kommitté var apotekaren Börje Alm respektive internmedicinaren Lars-Erik Böttiger, som båda ansåg att ett begränsat sortiment av läkemedel inom sjukhusets väggar skulle ge en säkrare hantering inom vården (SF 1999, kapitel 17, Barkman et al 1966). Idén spred sig och vid slutet av 1960-talet hade kommittéer bil-

dats vid ett stort antal sjukhus i landet (Barkman et al 1966, Agnhage och Nordlund 1974).

Men det finns också en annan förklaring till läkemedelskommittéernas bildande än olyckor, krigsår, säkerhetsfrågor och eldsjälur. Enligt SF 1999 var en förutsättning för 1960-talets läkemedelskommittéer tillgång till god statistik. Sett så var det inte bara säkerhetsfrågor och eldsjälur som möjliggjorde att Karolinska sjukhusets läkemedelskommitté bildades på 1960-talet, utan bildandet sammanföll också med framväxten av en ny teknisk era, den automatiska databehandlingen som ökade möjligheten att föra statistik över stora volymer (SF 1999, kapitel 17).

#### Entusiasm och förhoppningar: Läkemedelskommittéerna 1966–1981

Vid mitten av 1960-talet hade ett tjugotal kommittéer bildats på olika sjukhus i landet och i början av 1970-talet hade antalet ökat till ca hundra kommittéer. Det var flera faktorer som gjorde att läkemedelskommittéerna skulle komma att uppmärksammas. En viktig faktor var artikeln i läkartidningen 1966, om framgångarna med Karolinska sjukhusets läkemedelskommitté. En annan faktor var sannolikt den uppmärksamhet som en rapport från Handelshögskolan 1974 skulle få (Agnhage och Nordlund, 1974). Rapporten visade att sjukhus som hade fungerande läkemedelskommittéer hade en mer kostnadseffektiv läkemedelsanvändning än andra sjukhus (ibid). Rapporten förefaller att ha blivit flitigt citerad, och bidrog därmed till att skapa förväntningar på kommittéerna också från administrativt och politiskt håll. Lite senare samma år hade kommittéerna fått en sådan väletablerad status att riktlinjer för organisation och verksamhet blivit inskriven i medicinalväsendets författningssamling (MF 1974:83), dock utan att kommittéer på något sätt blivit ett obligatorium. Under senare delen av 1970-talet förefaller aktiviteten i kommittéerna emellertid ha minskat.

Vid 1980-talets början, omnämns kommittéerna på nytt som en av få instanser som tillhandahöll oberoende läkemedelsinformation och därmed utgjorde en motvikt till den dominerande industriproducerade informationen. Kommittéerna beskrevs som:

...de enda organ som idag finns allmänt förekommande på regional och lokal nivå och som har till direkt uppgift att arbeta med läkemedelsfrågor på en mer övergripande och samordnande nivå (RRV 1981:446).

I Riksrevisionsverkets utvärdering från 1981 rekommenderades därför att kommittéerna gavs en roll i arbetet för effektivare läkemedelsanvändning, såväl medicinskt som ekonomiskt. Förhoppningarna om vad kommittéerna skulle kunna åstadkomma tycks således ha blossat upp från tid till annan, för att därefter falna.

#### Misslyckanden och nya förväntningar: läkemedelskommittéerna 1981–1995

Det var Hälsa- och sjukvårdsutredningen, *HSU 2000*, som fick till uppgift att ta fram förslag till det åtgärds paket som blev Läkemedelsreformen. I arbetet med detta gick utredarna igenom en rad tidigare utredningar, bland annat 1983 års läkemedelsutredning och 1992 års läkemedelsförsörjningsutredning där vikten av att den industriproducerade läkemedelsinformationen gjordes tillgänglig på ett överskådligt sätt togs upp. Som visats ovan hade också Läkemedelskommittéerna vid olika tillfällen tidigare nämnts som en av få instanser utanför läkemedelsindustrin som arbetade specifikt med läkemedelsinformation.

Men förhoppningarna på vad kommittéerna skulle kunna göra hade gång på gång grusats. I Riksrevisionsverkets rapport från 1981 ställdes en rad frågetecken upp med anledning av att regionala skillnaderna i läkemedelsanvändning genom statistiska metoder nu blivit möjliga att uppmärksamma. I samband med detta uppmärksammades också skillnader i de olika läkemedelskommittéernas organisation och aktivitet. Alla kommittéer var inte lika framgångsrika. Faktum var att alla kommittéer inte ens var aktiva.

Några år senare kom Socialstyrelsen med en utvärdering av läkemedelskommittéernas verksamhet. Rapporten utmynnade i många bör och många skall för hur läkemedelskommittéernas verksamhet fortsättningsvis borde bedrivas (Socialstyrelsen 1985:2). Utredarna uppmärksammades emellertid också det faktum att kommittéerna inte var författningsreglerade, något de ansåg borde åtgärdas. Likaså uppmärksammade utredarna att kommittéernas bakgrund i frivillighet medförde brist på resurser. Tidsbrist och brist på

finansiering hindrade intresserade läkare från att delta. Med bättre organisation, mer resurser och tydligare uppdrag hade emellertid Socialstyrelsens utredare 1985 stora förhoppningar på vad kommittéerna skulle kunna uträtta.

Tidigare ändå, vid 1969 års läkemedelsförsörjningsutredning, hade ett förslag om att ge läkemedelskommittéerna en budget motsvarande en viss del av läkemedelskostnaderna lagts fram (SOU 1994:110: 197, 201). Ytterligare en utredning från Riksrevisionsverket 1986 spann vidare på samma tema. Läkemedelskommittéerna ansågs ha potential att via informationsförmedling kunna påverka läkemedelsanvändningen om bara kommittéernas organisation och uppdrag tydliggjordes och fler kommittéer blev verk-samma (RRV 1986:446).

## Läkemedelreformens tillblivelse

I mitten av 1990-talet skulle frågan om läkemedelskommittéer och deras roll återigen komma upp på agendan då en del av uppdraget för HSU 2000 var att:

överväga vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att stärka läkemedelskommittéernas inflytande över läkemedelsförskrivningen (SOU 1995:122:27).

I och med den nya utredningen tog de tidigare utredarnas slutsatser upp och analyserades. I *Läkemedelsförsörjningsutredningen* (LFU92) föreslog utredarna att de regionala läkemedelskommittéerna och de regionala avdelningarna för klinisk farmakologi skulle stärkas (SOU 1994:110:183), något som utredarna i HSU 2000 tog fasta på. Återigen framhölls att en del av problematiken låg i att antalet kommittéer var för stort och att många kommittéer i princip inte drev någon verksamhet alls. Återigen uppmärksammades bristerna i kommittéernas organisation, liksom bristen på direktiv för vad kommittéerna egentligen skulle åstadkomma. Och återigen uppmärksammades bristen på resurser för de dåvarande frivilliga läkemedelskommittéerna att bedriva verksamhet.

## Delbetänkandet Reform på Recept 1995:122

Utredningen *HSU 2000* utmynnade i delbetänkandet ”Reform på Recept” där huvuddragen i Läkemedelsreformen drogs upp (SOU 1995:122). Flertalet av de problem och lösningar som kom att presenteras i 1995 års betänkande blev mer eller mindre identiska med tidigare förslag och i de fall förslagen vidareutvecklats och konkretiserats baserades förslagen i stort på sådant som väl fungerande kommittéer redan gjorde. Förslaget om en kommitté per landsting praktiserades redan på flera håll liksom att organisera kommittéerna i expertgrupper. Även idén att ha med läkare i öppenvård i kommittéerna och förslaget om sjuksköterskor som medlemmar var redan förekommande.

Men det fanns också genuina nyheter. Förslaget att involvera hälsoekonomer var till exempel nytt. Å andra sidan hade hälsoekonomer inte funnits tidigare utan var en ny disciplin. Ytterligare en nyhet var det starka fokus som lades på att standarderna främst skulle rikta sig till öppenvården – föregångarna till de författningsreglerade läkemedelskommittéernas standarder jag funnit dokumenterade exempel på var främst riktade mot slutenvården. I utredningen förutsattes det också att landstingen inom de olika sjukvårdsregionerna samarbetade för att säkerställa att nödvändig kompetens var tillgänglig i alla kommittéer (SOU 1994:132, SOU 1995:122:253). Detta krav på samverkan var också nytt. Lagförslaget innebar även att Apoteksbolaget fick krav på sig att förbättra sina informationssystem för att kunna tillhandahålla den statistik på förskrivningen kommittéerna nu fick rätt till. Detta hade inte varit möjligt tidigare då inga tekniskt-administrativa datasystem hade utvecklats i något sådant syfte, men i mitten av 1990-talet var det andra tider med en omfattande datorisering av tidigare rutiner. Kravet på statliga myndigheters inklusive landstingens skyldighet att tillhandahålla producentobunden information till kommittéerna föreslogs också öka.

I direktiven till *HSU 2000* angavs också att utredarna skulle överväga formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården och vilka avvägningar som borde göras mellan generella och riktade finansiella styrinstrument (dir 1992:30, 1994:152, SOU 1999:66:71, med referenser till Vedung 1998). Även om utredningen i flera avseenden byggde på tidigare utredningar kan betänkandet och det åtföljande förslaget att formalisera kravet på läkemedelskommittéer med uppgift att formulera och följa upp effekten av standarder, ses



som ett uttryck för ambitionen att öka ledningskontrollen på ett område som tidigare inte varit föremål för sådan styrning. Som jag kommer att diskutera nedan, kom denna ökade styrambition också till uttryck i riksdagsdebatten.

### Riksdagsdebatten: Lagen om läkemedelskommittéerna debatteras i kammaren

När det gäller hela Läkemedelsreformen Föredrogs Socialutskottets betänkande (1996/97:SoU 5/Prop. 1996/97:27) i kammaren den 27 november 1996. Av protokollet att döma fördes debatten utifrån likartade tolkningsramar med avseende på styrproblemet<sup>41</sup>, läkemedelförmänen behövde ses över, läkemedelsindustrins informationsövertag var ett problem, läkemedelskommittéer hade potential att påverka läkarnas förskrivning i önskad riktning. Och det fanns brister i läkemedelsanvändningen som behövde åtgärdas. Oenigheten handlade om på vilket sätt den borde förändras och med vilka styrverktyg och i viss mån vilken del läkarna var delorsak till problemen.

Läkemedelskostnaderna för staten ansågs vara för höga, även om ökningstakten gavs lite olika siffror. I snabbprotokollet (Protokoll 1996/97:34, GK0934 (1986)) nämns siffran 12 procent (Leif Carlson (m) anf 29 och Conny Öhman (s) anf 39) respektive 13 procent (Kerstin Heinemann (fb) anf 31) och ökningen hade gjort det nödvändigt att: ”*bromsa kostnadsutvecklingen*” (Kerstin Warnebring (c), anf 30); göra den mer ”*effektiv och ekonomisk*” (Leif Carlson (m), anf 29), mer ”*rationell*” (Stig Sandström (v) anf 32). ”*En utökad roll för läkemedelskommittéerna är väsentlig*” (Leif Carlson, anf 29. Snabbprotokoll GK 0934, 1996)

Alla var emellertid inte oreserverat entusiastiska över att just landstingen skulle vara finansiärer av läkemedelskommittéernas verksamhet. Åtminstone vissa politiker uttryckte oro för att kommittéerna inte skulle kunna hävda medicinsk självständighet gentemot landstingen.

---

<sup>41</sup> Med Kristdemokraterna som möjligt undantag då deras hållning i kostnadsfrågan i sig inte framgår av Chatrine Pålssons (kd) anförande. Av de ståndpunkter hon ger uttryck för kan vi emellertid utläsa att hållningen snarare är att öka subventionen av läkemedel av socialpolitiska skäl och rikta den mer precist till behövande, snarare än att sträva efter att ha som explicit mål att minska dem (anf 38).

Fru talman! En utökad roll för läkemedelskommittéerna är väsentlig, men [...] Skulle läkemedelskommittéerna finansieras av ekonomiskt hårt ansträngda landsting innebär det att läkemedlens medicinska ändamålsenlighet kan komma att tillmätas mindre vikt i förhållande till ekonomiska incitament. (Leif Carlsson, Riksdagsprotokoll 1996/97:34, anförande 29)

Fru talman! De föreslagna läkemedelskommittéerna kommer med all säkerhet att fylla en viktig uppgift i en förändrad läkemedelshantering. Men vi anser att det är viktigt att kommittéerna är fristående från landstingen. Det är viktigt att de uppfattas som oberoende och objektiva, eftersom de även kommer att ha en granskande roll. (Thomas Julin, Riksdagsprotokoll 1996/97:34, anförande 37)

Vi är överens om att läkemedelskommittéerna är viktiga och att det är väsentligt att de ger terapiriktlinjer på ett bra och professionellt sätt. Är inte [xx] orolig för att de blir beroende av den store vårdgivaren, som både anställer och finansierar dem och som i huvudsak har för ögonen att sy ihop årsbudgeten, inte långsiktiga mål? Jag tror att det finns stora risker för att man här kommer i kläm. För landstingen är det faktiskt alltid billigare att det inte skrivs ut läkemedel. (Leif Carlsson, riksdagsprotokoll 1996/97:34, anförande 40)

I de diskussioner som föregått reformen hade behovet av oberoende gentemot industrin uppmärksammas och betonats. Men trots att frågan om läkemedelskommittéernas beroende kontra oberoende gentemot stat och landsting kom upp i riksdagsdebatten, tedde sig frågan samtidigt som en icke-fråga, omnämnd men lämnad utan avseende. Därmed förblev relationen mellan de nya läkemedelskommittéerna och landstingen med avseende på kommittéernas möjlighet att fatta i förhållande till landstingen autonoma beslut oklar.

Men också andra oklarheter förelåg så sent som när beslutet om författningsregleringen av läkemedelskommittéerna togs. Vid tiden för reformen låg fokus på att få ner kostnaderna, och kring detta förelåg en bred politisk konsensus. Vari kostnadsproblemet bestod, styrglappet, går emellertid inte att utläsa från protokollet. Var problemet till exempel att läkemedelskostnaderna ökade, eller att statens utgifter för läkemedelskostnader ökade? Oklarheten framgår kanske som tydligast i Margit Gennsers yttrande, då hon explicit ställde frågan om vad åtgärderna var tänkta att syfta till:

Den tidigare utredningen Reform på recept och sedan socialministern har inte förmått analysera kostnadsförändringar inom medicinförbrukningen på ett korrekt sätt. Jag har hört samma påstående här i kammaren idag. Man måste först och främst veta vad man vill analysera, dvs den totala kostnadsökningen, statens kostnadsökning. Sedan bör man fråga sig vad kostnadsökningen beror på. Ser man efter finner man att det är politiska beslut. Det är alltså politiska beslut som lett till att den statliga försäkringen har blivit dyrare. (Margit Gennser, riksdagsprotokoll 1996/97:34, anförande 52)

Gensers yttrande ovan tydliggör oklarheten i vad syftet med standarderna egentligen var och oklarheten i syftet med dem, men hon gör det också genom ett viktigt påpekande – att statens kostnad för läkemedelsförmånen var en politisk konstruktion. Hon problematiserade både kostnadsproblemet, ansvarsfrågan och åtgärden i en situation där diskussionerna i övrigt fokuserat på att läkemedelskostnaderna måste minska; att systemet med godkännande, subvention och läkarnas rätt att själva välja läkemedel utan insyn var kostnadsdrivande, dels på grund av läkemedelsindustrins informationsövertag och genom brister i läkemedelsanvändningen för vilket läkarna hade ett ansvar; och hur konstruktionen av förmånen borde se ut ur ett fördelningsmässigt perspektiv.

Kring orsaken till kostnadsproblemet förefaller en betydande politisk konsensus och läkarna framställdes som en grupp med makt och myndighet som utan insyn kunnat ordinera läkemedel som en ”fri nyttighet” utan några förpliktelser utöver det medicinska, vilket skapat oro på den politiska nivån. Lagförslaget i (SOU 1995:122:41) återfinns i proposition 1996/97:27 och förslaget kom att se ut som följer:

1§ I varje landsting skall det finnas en eller flera läkemedelskommittéer. Landstinget bestämmer hur många sådana kommittéer som skall finnas och vilket organ inom landstinget som skall tillsätta en kommitté. Landstinget bestämmer också antalet ledamöter i varje kommitté och mandattiden för ledamöterna. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller även kommuner som inte ingår i något landsting.

2§ Varje läkemedelskommitté skall erbjuda företrädare för farmaceutisk och medicinsk expertis att på lämpligt sätt delta i kommitténs arbete.

3§ En läkemedelskommitté skall genom rekommendationer [standarder, AML] till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget. Rekommendationerna [standarderna, AML] skall vara grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet.

4§ Apoteksbolaget Aktiebolag har skyldighet att till läkemedelskommitté lämna uppgift om läkemedelsförskrivningar av personal vid vårdinrättning inom kommitténs verksamhetsområde och som registrerats enligt lagen (1996:000) om receptregister. Om kommittén finner att det förekommer brister i läkemedelsanvändningen inom verksamhetsområdet skall kommittén göra de påpekanden som behövs och vid behov erbjuda hälso- och sjukvårdspersonalen utbildning för att avhjälpa bristerna.

5§ Varje läkemedelskommitté skall i den omfattning som behövs samverka med andra läkemedelskommittéer samt med berörda myndigheter, universitet och högskolor.

6§ Landstinget skall utfärda ett reglemente med de föreskrifter om en läkemedelskommittés verksamhet och arbetsformer som behövs. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1997

(Prop 1996/97:27:10, nätupplagan)

Efter drygt trettio års frivillig och obunden verksamhet, kom läkemedelskommittéerna således att författningsregleras, stärkas finansiellt och underordnas en politisk-administrativ struktur, landstingen. Med en egen budget skulle kommittéerna kunna bedriva en utökad verksamhet, och kanske inrätta ett formellt kansli där viss administrativ samordning kunde ske. Aktiva arbetsutskott som fortlöpande arbetade med den löpande verksamheten skulle också kunna inrättas. Därmed hade två av de hinder för framgångsrikt kommittéarbete som tidigare utredningar visat på, åtminstone delvis åtgärdats.

Vid tiden för reformen fattade Riksdagen emellertid ytterligare ett beslut som i sammanhanget måste nämnas, beslutet om vårdens etiska plattform till grund för prioritering. De nya principerna var följande: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen, samt kostnadseffektivitetsprincipen (Prop 1996/97:60). Prioriteringsfrågan och

den etiska plattformen ovan diskuterades också när frågan om läkemedelskostnader kom på tal. Den medicinska kunskapen måste av etiska skäl underordnas principen om kostnadseffektivitet, så att människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen skulle kunna upprätthållas.

#### Slutbetänkandet "God vård på lika villkor" 1999

Förutom delbetänkandet "Reform på recept" 1995 kom Hälso- och sjukvårdsutredningen med slutbetänkandet "God vård på lika villkor" 1999. Båda dessa utredningar gav besked om på vilket sätt styrningen av läkemedelsanvändningen nu borde ske. Styrprinciperna som också inbegrep reformen av läkemedelskommittéerna utgjordes av en blandning mellan standarder, direktiv och en avancerad administrativ apparat. Läkemedelskommittéernas uppdrag blev författningsreglerat. Receptregistren i form en administrativ-teknisk-ekonomisk apparat var redan under uppbyggnad. Men också frivilligheten var ett centralt styrmedel. Upplysning och information förväntades bli styrande, och medlen i fråga exemplifierades som:

...utnyttja en mängd olika styrmedel såsom forskningsrapporter, utredningar, utbildning, konferenser, kampanjer, råd och stöd, överenskommelser mm. (SOU 1999:66:77)

Utredarna ansåg att standarder som styrmedel och processen att skapa dem (standardisering) borde bli bättre kända och kunna utnyttjas i ett betydligt bredare sammanhang än vad som skett tidigare (SOU 1999:66 s. 105). Processen att tillsammans ta fram standarder beskrevs som en:

...partsneutral arbetsform för överenskommelser mellan flera olika parter och är lämplig att använda där man gemensamt vill eftersträva en hög normerande effekt. (SOU 1999:66:105)

En fördel med processen att skapa standarder med syftet att åstadkomma likhet i utfallet, ansågs vara att parterna varit direkt involverade i att ta fram standarderna. Att såväl standarder som standardisering var effektiva styrverktyg motiverades också med att standarder redan användes inom andra delar av samhället, inte minst inom den privata sektorn:

Inom industrin och den privata tjänstesektorn är arbetsmetoden etablerad i betydligt större utsträckning än i offentlig verksamhet. (SOU 1999:66:105)

Kommittén har i tidigare sammanhang, vad gäller förskrivning av läkemedel konstaterat att 'förutsättningar för följsamhet till riktlinjer är att förskrivarna aktivt deltar i framtagande av riktlinjerna och att man sedan arbetar med uppföljning, diskussioner och fortbildning. (SOU 1995:122:249, SOU 1999:66:123)

Men alla var inte lika positiva till att standardisering som styrform skulle användas på läkemedelsområdet. I ett särskilt yttranden menade Gert Aleby (som tidigare bla arbetat på Socialstyrelsen) att:

Standardisering bör användas inom områden där det är av stor vikt att en enhetlig praxis kommer till stånd. Områden som är väl motiverade är hälso- och sjukvårdinformatik och medicintekniska produkter, där också metoden tillämpas idag. Jag är mycket tveksam till att använda standardisering i ett "betydligt bredare sammanhang" som utredningen förordar.... Utredningen blandar på ett olyckligt sätt samman formerna för den statliga styrningen med utvecklingen av praxis inom hälso- och sjukvårdsområdet. (Gert Aleby, SOU 1999:66:208)

Andra experter såsom tidigare VDN för Sveriges Läkarförbund, Anders Milton (och Karin Olsson) uttryckte inte några särskilda preferenser eller farhågor kring standardiseringssträvandet. Åtminstone lade de inte någon större vikt vid det i remissvaren. Deras fokus låg på vikten av ökad kunskap i hälso- och sjukvården, och inte med hjälp av vilka metoder kunskapen mer precist skulle spridas:

Sjukvården är i hög utsträckning kunskapsstyrd. Genom en snabb spridning av bättre kunskapsunderlag till sjukvårdens beslutsfattare kan vården effektiviseras. (Anders Milton och Karin Olsson, SOU 1999:66:12)

Av alla de som diskuterar frågan, var Nina Rehnqvist, dåvarande representant för Socialstyrelsen, kanske den som mest explicit beskriver standardisering som medel för styrning och förankring.

Kommittén föreslår också att ett standardiseringsförfarande används som alternativ till regler och standarder. Jag delar uppfattningen att den förankring

som sker när standardisering används som metod är nödvändig. Ett sådant förankringsförfarande sker redan idag när socialstyrelsen utfärdar tex nationella riktlinjer och andra standarder. (Nina Rehnqvist, SOU 1999:66:213).

I sitt yttrande ovan sätter Nina Rehnqvist fingret på förankrings- och därmed också legitimitetsfrågan. Utredarna hade uppmärksammat tidigare studier om riktlinjer och dess påverkan på kostnaderna. Sådana studier hade visat att riktlinjer som endast inriktades på kostnadsaspekter var mindre effektiva även ur kostnadsbegränsningssynpunkt än riktlinjer som var avsedda att påverka även kvaliteten i förskrivningen. Nina Rehnqvist liksom utredarna hade uppenbarligen dragit sina slutsatser av vad detta innebar för standardernas legitimitet. Läkemedelskommittéernas arbete med att ta fram standarder skulle tas fram lokalt och utformas så att man fick engagemang från berörda förskrivare (SOU 1995:122:249). Det sparbetning som diskuterades med anledning av reformen var högt – det talades om upp till en miljard kronor (Protokoll prop 1996/97:34 anförande 32 (nätupplagan).

## Läkemedelskommittéerna får en delvis ny roll

Bilden av kommittéerna som en lösning på kostnads- och kunskapsproblemen hade vuxit fram gradvis. I och med reformen tog emellertid staten på sig ett explicit ansvar för att det fanns tillräckligt centralt stöd för kommittéernas arbete från ansvariga myndigheterna på området. Tre myndigheter som särskilt omnämndes var Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och SBU (SOU 1995:122:240). Med ”*centralt stöd*” avsågs tillfredsställande kunskapsunderlag från bl a dessa myndigheter, vilket läkemedelskommittéerna, men också medicinsk- och annan vårdpersonal, skulle utnyttja i sitt arbete.

Staten har ett ansvar för att kommittéerna får kunskapsunderlag från de statliga myndigheterna på området. De statliga insatserna på detta område bör förstärkas [ ] Statliga medel bör vidare avsättas för uppbyggnad av nationella kunskapsöversikter som stöd för läkemedelskommittéernas arbete; en med aktuella terapistandarder och en med värderingar av hälsoekonomiska studier. (SOU 1995:122:28)

Staten hade visserligen tillhandahållit en del läkemedelsinformation sedan tidigare. Problemet var bara att dessa inte fick det genomslag i vården som man önskade. Tanken var att läkemedelskommittéerna skulle hjälpa till i arbetet att ge SBU-rapporterna genomslag i vården, något som omtalades som förankring. Också Apoteksbolaget ålades ett ansvar när det gällde tillhandahållandet av producentobunden information. Dels skulle personalen vara väl informerad så att de skulle kunna hjälpa läkemedelskonsumenterna med preparatjämförelser och personliga råd. Men apoteken förutsattes också kunna hjälpa till med att sprida kompletterande oberoende läkemedelsinformation till både patienter och förskrivare, till exempel genom att förmedla information från SBU och genom egna informationsinsatser. Syftet skulle också vara att apoteken skulle bidra till en lämplig och i alla avseenden rationell läkemedelsanvändning. Från och med nu skulle patienterna ges möjlighet att själva ställa frågor om läkemedlens effekter och kostnader, och därmed indirekt ges möjlighet att också de påverka läkarna i valet av läkemedel eller alternativa behandlingar. Vikten av att Apoteksbolaget samarbetade med läkemedelskommittéerna betonades också (Prop 1996/97:101, nätupplagan).

HSU 2000 kom också på andra sätt att intressera sig för statens roll i termer av vad man skulle komma att kalla kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården. 1997 fick Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) i uppdrag att utarbeta en särskild rapport på området (Garpenby och Carlsson, SOU 1999:66 bilaga 2–6:218). Frågan om läkarnas val av läkemedel och basen för deras beslut behandlades och granskades, och resulterade i uppfattningen att läkarna hade behov av kunskap, både vad gällde kostnadseffektivitet men också om vad som verkligen var medicinskt korrekt. Vikten av det senare kom att inordnas i det nya begreppet evidensbaserad medicin som i synnerhet från och med 1999 och framåt lanseras med stormstyrka också inifrån den egna professionen. En rad organisationer och läkare engagerade sig i arbetet och behovet av evidensbaserad vård och begreppet väckte också intresse politiskt.

Förändringen i tolkningsram vad gäller statens ansvar för läkemedelsinformationsområdet innebar förändringar i tolknings- och villkorsramar för läkemedelskommittéerna. Å ena sidan stärktes kommittéerna på så sätt att de fick rätt till stöd och underlag för sina standarder. Å andra sidan blev sprit-



dandet av färdigpaketerad information från de statliga aktörerna en hierarkisk positionsförskjutning nedåt i förhållande till möjligheten att förhålla sig oberoende till dessa. Från att i Läkartidningen 1966 liksom i Socialstyrelsens rapport 1981 definieras som skapare av ny och viktig kunskap blev kommittéerna åtminstone delvis inordnade i en kunskapsproducerande hierarki där statliga och centrala kunskapsproducenter hade en överordnad position. Läkemedelskommittéerna förutsattes bli aktiva förmedlare av rapporter och riktlinjer från myndigheter som SBU och Socialstyrelsen, men också från Läkemedelsverkets workshops, specialister, internationella riktlinjer, vårdprogram mm. Kommittéerna skulle också revidera de olika standarderna när ny kunskap fordrade det, och ta ställning också till nyheter på läkemedelsområdet.

### Läkemedelskommittéerna: ansvar, möjligheter och uppdrag

Läkemedelskommittéernas uppdrag var att verka för en mer kostnadseffektiv läkemedelsanvändning genom att utfärda standarder på vilka läkemedel som borde användas i respektive län, nedskrivna listor på preparat som läkarna i länet borde använda för vanliga åkommor (SoS uppdrag S1999/343/HS). Kommittéerna skulle också förmedla centrala standarder och kunskapsunderlag från statliga myndigheter, något som kan ses som ett politiskt betingat underordnande vad gäller den egna kunskapsproduktionen. Men de skulle också bli aktiva utbildare av läkarna i respektive län om de inte var det sedan tidigare. De skulle också å landstingets vägnar göra uppföljningar av hur förskrivningen av olika läkemedel utvecklades (SOU 1995:122).

På detta sätt innebar reformen positionsförskjutningar för läkemedelskommittéerna såväl uppåt som nedåt. Uppåt i förhållande till landstingen på så sätt att deras standarder fick betydelse inte bara på lokal sjukhusnivå, utan också bland tjänstemän och beslutsfattare. Nedåt på så sätt att organisationen rent författningsmässigt inte längre var fri. Enligt lagen skulle läkemedelskommittéerna ligga under landstingens organisation resursmässigt och organisatoriskt. I någon mening fick därmed de läkare som var engagerade i kommittéarbetet en i förhållande till den egna verksamheten extern uppdragsgivare. Men kommittéerna och dess ingående medlemmar fick i och med det nya tjänstemannauppdraget också en förändrad position i för-

hållande till sina kollegor. Kommittéerna var tänkta att bli ett expertorgan i landstingets tjänst, gentemot de egna kollegorna skapades ett administrativt uppdrag att fullgöra gentemot landstinget. Samtidigt fick Landstingen rätt att utse medlemmarna och föreskriva ett mer preciserat reglemente över kommitténs uppgifter om de så önskade. Delar av den kollegiala basen inordnades i en politisk tjänstemannastruktur. Frågan om kommittéernas möjlighet till oberoende i förhållande till uppdragsgivaren landstinget var, som nämnts ovan, en icke-fråga på den politiska nivån. Förutsättningarna för en moralisk, etisk och kunskapsmässig åtskillnad mellan medlemmar i läkemedelskommittéer och andra läkare hade därmed skapats.

Önskan att skapa ansvarighet för läkemedelskostnaderna på mer lokal nivå innefattade också patienterna. I Läkemedelsreformen fanns tanken om patienten som skattebetalare med rätt att få ut högsta möjliga kvalitet till bästa möjliga pris, det vill säga tolkningsramen patienter som skattebetalare etablerades.

### Läkemedelreformen och kommittéernas standarder byggs in i ett ekonomiskt-administrativt system

En central del i hela Läkemedelsreformen var skapandet av ett omfattande ekonomiskt-administrativt tekniskt system som syftade till att skapa insyn i läkarnas förskrivning samt ge kommittéerna möjlighet att följa upp effekterna av sin egen verksamhet vad gäller just förskrivningen. Innan lagen om receptregister och förskrivarregister skapades hade uppföljningar av läkemedelsförskrivningen på nationell nivå och landstingsnivå inte varit möjliga. Innan reformen användes istället fyra olika slags uppföljningar för att skapa en bild av läkemedelsförskrivningen: Jämtlands- och Tierpsstudien där 1/7 respektive hela befolkningens recept registrerats sedan 1970-talet. Receptundersökningen som omfattade 1/25 del av alla recept samt Diagnos/receptuppföljningen som genomförts kontinuerligt sedan 1978 och där avidentifierade receptkopior använts för att få fram statistik om förskrivningsorsaker samt läkemedelsanvändning/behandlingsmönster för sjukdomar. Apoteksbolaget förde också viss statistik över försålda läkemedel som återrapporterades till läkemedelsföretagen (Prop 1996/97:27 s 121; Socialstyrelsen, rapport nr 1996-83-8).

I de inledande diskussionerna kring den praktiska utformningen av registren, låg fokus på hur kostnaderna för reformen rent praktiskt skulle fördelas genom olika kodnings- och sorteringssystem. Eftersom receptet blev en uppföljningsenhet i sig behövdes rätt recept knytas till rätt landsting. Lösningen på problemet blev att knyta receptet till patienten genom patientens personnummer. Att använda personnummer på det här sättet var nytt och mötte en hel del invändningar. Det hade tidigare varit förbjudet att lagra personnumren och såväl utredarna som datainspektionen och Riksförsäkringsverket avstyrkte förslagen (Prop 1996/97:27:116, nätupplagan). Likväl genomfördes förslaget. Förhoppningar fanns också att recepten skulle knytas till den enskilde förskrivande läkaren och dennes arbetsplats, vilket skulle kräva ett särskilt förskrivarregister, därmed hade processen börjat att skapa nya villkorsramar för läkarens möjlighet att värja sig från statlig insyn i deras individuella förskrivning.

När det gällde läkemedelskommittéernas roll i reformen förblir också den på många sätt oklar. Det fanns ett antagande om att standarderna i sig skulle göra nytta, inte minst genom processen att ta fram dem. Samtidigt saknades specifikationer eller riktlinjer för vad som egentligen skulle åstadkommas i kvalitets- och kostnadsväg. Hur reformen skulle omsättas lämnades till läkemedelskommittéerna och landstingen själva. Överföringen av kostnadsansvaret från staten till landstingen samt uppbyggnaden av de nya administrativ-ekonomiska systemen fanns dock som ett nationellt-regionalt kostnadsimperativ.

## Läkemedelskommittéernas: en del av reformpaketet Läkemedelsreformen

Ovan har jag diskuterat hur både frågan om läkarnas autonomi gentemot staten och synen på läkemedelskostnaderna omgärdats med olika tolknings- och villkorsramar, under olika tidsperioder. Jag kommer nu översiktligt redogöra för läkemedelskommittéernas del i Läkemedelsreformen som helhet och de förändringar som reformen påbjöd. Som nämntes i inledningskapitlet (kapitel 1) bestod Läkemedelsreformen av följande fyra delreformer:

1. Förändringar i förmånssystemet (införandet av ett högkostnads-skydd).
2. Lag om receptregister
3. Överföring av kostnadsansvar från staten till landstingen
4. En lag om läkemedelskommittéer, för att ge dessa kommittéer ett författningsreglerat uppdrag att utfärda rekommendationer, följa upp effekten av dessa, samt på olika sätt informera om vilka läkemedel som borde användas i respektive län eller inte.

Varje delreform innebar förändringar. Läkemedelsreformen i sig innebar brott mot tidigare styrtraditioner: att inte reglera kostnaderna alls, att reglera för tredje man genom införandet av en nationell prissättning, respektive att genom direktiv inkludera eller exkludera kostnaden för specifika läkemedel ur förmånen. Lagen om läkemedelskommittéer och standarder, högkostnadsskydd och receptregister innebar nya villkors- och tolkningsramar. Jag kommer här att kort belysa dessa förändringar något.

#### Nya och förändrade regleringsobjekt

I och med Läkemedelsreformen förändrades direktiven för hur läkemedel skulle subventioneras och de administrativa rutinerna för detta. Ett personbundet högkostnadsskydd tillkom som regleringsobjekt, ett slags personligt läkemedelskonto som administrerades av Apoteken. Patienten skulle från och med nu betala alla sina läkemedel själv upp till en viss summa och först därefter subventionerades de receptbelagda läkemedlen. Ett nödvändigt villkor, en villkorsram, för att idén om högkostnadsskyddet skulle bli praktiskt möjligt, var Lagen om receptregister.

Receptregistret handlade om att ett administrativt datasystem skulle byggas upp som gjorde det möjligt att registrera recepten så att kostnaderna gick att sortera efter person och läkemedel och därefter gå att föra vidare till respektive landsting. Receptregistret kom att utökas med ett så kallat förskrivregister, vilket innebar att den organisatoriska enhet (och läkare) varifrån läkemedlen skrevs ut blev möjliga att spåra och analysera (1999:143:24). En villkorsram för dessa delreformer var att det ekonomiskt-administrativa systemet skulle fungera tekniskt sett, och att berörda parter samarbetade med det.

Därutöver tillkom delreformen med att Läkemedelskommittéerna författningsreglerades, vilket innebar att kommittéerna blev både regleringsobjekt och potentiella reglerare i och med att de skulle bli regelsättare, utfärda standarder på vad läkarna borde skriva ut för läkemedel och inte som en del i ett statligt initierat styrförsök av läkarnas förskrivning. Villkorsramarna för hanteringen av läkemedelsförmånen förändrades både med de nya tekniskt-administrativa systemen och de nya regleringsobjekten. Effekten på läkarnas beteende ska diskuteras i senare kapitel. Det ovan visar är att de förändrade villkorsramarna handlade om mer än att enbart hantera läkemedelskostnaderna, det kan också förstås som en kraftfullt ökad styrambition från statens sida och – givet att de nya datasystemen fungerade – ökad ledningskontroll.

### Tolkningsramen "läkarnas ansvar" förstärks

Läkemedelsreformen innebar att synen på läkarna som delansvariga för läkemedelskostnaderna stärktes. Förändringarna i villkorsramarna kring läkemedelsförmånens finansiering var åtminstone designade för att öka uppmärksamheten på läkarnas val av läkemedel som en faktor av ekonomisk betydelse. Villkoren för landstingens egna finanser förändrades genom delreformen att ansvaret för läkemedelskostnaderna skulle överföras från staten till landstingen. Att budgeten för läkemedlen skulle delegeras till landstingen, skapade ett incitament till att hålla kostnaderna nere då risken fanns att framtida anslagen för läkemedel inte skulle regleras upp med de faktiska kostnaderna. Det är värt att stanna upp ett ögonblick vid detta. Från att ha varit ett statligt åtagande i syfte att skapa möjlighet för alla medborgare att få del av den läkemedelsbehandling som läkaren ansåg vara medicinskt sett bäst, oavsett patientens bostadsort, ekonomiska- och sociala förhållanden, gjordes frågan om vilka läkemedel en viss patient fick avhängig de enskilda landstingens finanser.

Reformen innebar också att medborgarna fick ökade incitament till att hålla ett öga på vilka läkemedel som skrevs ut och inte, en förändring i villkorsramen för i synnerhet de patienter som tidigare haft helt kostnadsfria läkemedel och som skulle få betala själva upp till en viss nivå. Detta gjorde att kostnaderna blev synliga i plånboken. Denna del av läkemedelsreformen var kontroversiell, då det fanns grupper som inte ville ta läkemedel, men

riskerade att vårdas på tvång om de inte medicinerade. I båda fallen stärkte förändringen i villkorsramarna emellertid idén om läkarna som ansvariga för läkemedelskostnaderna via förskrivningen, såtillvida att kostnaderna för läkemedelsförmånen i och med läkemedelsreformen lades närmare de enskilda läkarna och patienterna. I synnerhet läkarna antogs kunna välja läkemedel och förväntades börja välja annorlunda, vilket återigen bekräftar förreställningen om läkarna som autonoma som potentiellt viktigt för reformens begriplighet.

### Delvis oförändrade villkorsramar

Det är viktigt att vara klar över att de administrativa förändringarna av hur läkemedelskostnaderna hanterades så här långt inte innebar att allt förändrades. Mycket förblev också detsamma. Genom de nya administrativa data-systemen kom subventionen att dras direkt på apoteket, automatiskt<sup>42</sup>, men läkarnas inflytande över kostnaderna för läkemedlen förändrades inte. Det var även fortsättningsvis statliga myndigheter som hade hand om godkännanden och prissättningen av läkemedel. Det var Apoteksbolaget som ansvarade för lagerhållningen och därmed vilka läkemedel som var möjliga att hämta ut. Förutsättningarna för läkarens förskrivning och resultatet – läkemedelskostnader – var således inte förändrade. Däremot implicerade idén att styra läkarnas förskrivning med frivilliga standarder ett nytt sätt att se på läkarna som pliktiga och kapabla att göra något åt kostnaderna. Införandet av standarder kan ses som att principen om ledningskontroll ökade i omfattning till att nu också innefatta medicinska frågor, en slags teknisk och moralisk omförhandling av styrkeförhållandet mellan autonomi och ledningskontroll.

Ville staten göra något åt kostnaderna var dock standarder inte den enda tänkbara lösningen, vilket nämnts ovan. Den så kallade *fria listan* som funnits i decennier och som innebar att vissa läkemedel var helt kostnadsfria för medborgarna, hade kunnat utökas eller minskas och på det sättet hade läkemedel kunnat regleras in respektive ut ur förmånssystemet. Särskilda direktiv för vilka slags sjukdomstillstånd som var förmånsberättigade hade kunnat ges.

---

<sup>42</sup> Via ett tekniskt system för dosdelning som vid tiden för reformen kallades APODOS.

## Tolkningsramen för kommittéarbetet – läkemedelskostnaderna som ett hot mot välfärden

Som nämnts i föregående kapitel kom läkemedelskostnaderna under i synnerhet senare halvan av 1990-talet att definieras som ett problem. Jag kommer här att diskutera problemet som ett upplevt *hot mot* välfärden, en kontrast till tidigare perioder då kostnaderna sågs som viktiga, ja till och med nödvändiga för att rädda välfärden (se kapitel 4).

I mitten av 1990-talet hade en föreställning om läkemedelskostnaderna som höga, alarmerande höga, etablerats. Tolkningsramen förändrades nu och läkemedelskostnaderna började beskrivas som ett hot mot möjligheten att i framtiden bedriva annan vård, till exempel sjukhusvård och öppenvård. Kostnaderna sades ha ökat med upp till 12.7 procent årligen det senaste decenniet och i Läkemedelsreformens förarbeten fanns det en oro för en allt snabbare ökningstakt. Ökningen mellan 1993 och 1994 uppmättes till drygt 16 procent, och under det första halvåret 1995 uppgick försäljningsökningen till drygt 18 procent (SOU 1995:122:15–16). De som arbetade med författandet av rapporter och betänkanden kommer jag kalla utredarna, nedan. När jag inkluderar den politiska nivån kommer jag tala om dem som reformatörerna.

Osäkerheten på vad som skedde bakom stängda mottagningsrum och det nya kunskapsområdet hälsoekonomi som gav möjlighet att väga behandlingar och kostnader mot varandra, väckte frågor om läkemedelsanvändningen verkligen var effektiv (Prop 1996/97:27). I propositionen (*ibid*) föreslogs att systemet för att subventionera läkemedel skulle förändras. Patienterna borde få betala mer av läkemedelskostnaderna och kostnaderna för förmånen borde ligga på landstingsnivå. På så sätt skulle kostnaderna för läkemedelsförmånen fördelas över landstingen på ett sätt som motsvarade den förmånsgrundande läkemedelsanvändningen i respektive landsting, istället för att belasta staten i klump. Därmed blev tanken att kostnadsmedvetenheten hos patienterna och på både den operativa (läkarna) och den administrativa nivån i landstingen skulle öka.

Subventionen av läkemedelsanvändningen föreslås fungera så att den bidrar till att såväl förskrivaren som patienten får anledning att beakta den faktiska kostnaden för läkemedlet vid förskrivningstillfället. (Prop 1996/97:27)

Reformen innebär enligt regeringens uppfattning att kostnadsmedvetenheten hos de olika förskrivargrupperna kommer att öka [...] Patienterna kommer att ha ett större intresse av att diskutera kostnader för den planerade terapin. (Prop 1996/97:27)

Men här inträdde också en oklarhet. Vilka var argumenten för att resurserna inte redan användes på ett kostnadseffektivt sätt? Ur det studerade materialet har jag svårt att finna fakta som entydigt visar på en bristande kostnadsmedvetenhet. Läkemedelskostnaderna var inte anmärkningsvärt höga i förhållande till andra länder, men precis som i många andra länder var *bilden* av läkemedelskostnaderna som ett växande hot på frammarsch. Tolkningsramen, läkemedelskostnaderna som ett hot, fann stöd bland såväl redan troende som nya anhängare genom otaliga statistiska kurvor och tabeller. Det måste emellertid uppmärksammas att kostnadsproblemet som ett hot inte kan betraktas som någon objektiv sanning, utan var just en tolkningsram som inte nödvändigtvis var oriktig, men heller inte självklar. Som en central del i tolkningsramen fanns också misstanken om att nya och dyrare läkemedel förskrevs i allt större utsträckning och på för vida medicinska grunder, en föreställning som kom att växa sig stark politiskt. Också dessa föreställningar kan beskrivas som tolkningsramar som såväl utredare som reformatörer omfattade.

En faktor som tillskrevs stor betydelse var bristen på incitament för att få Landstingen att agera ekonomiskt. Ett argument som förekommer i utredningstexterna var till exempel att det var rimligt att det totala kostnadsansvaret låg på landstingsnivå, i och med att läkemedlen bara var en av en mångfald sjukvårdande insatser (SOU 1995:122). Men det handlade också om bristen på incitament hos läkarna. Läkemedel i öppen vård omtalades som en fri nyttighet. Att läkarna utan statlig insyn skrev ut läkemedel på recept beskrevs som att läkarna fått ett checkhäfte som eventuellt missbrukades, att de via receptblocken bara kunde: ”*skriva ut checkar som någon annan betalar*” (Lindsten, fd sjukhusdirektör, SBU-rapport nr 137). Detta kan förstås som en tolkningsram – ekonomisk oansvariga läkare.



Det finns emellertid anledning att beakta några omvärldsfaktorer kring den här aspekten av välfärdssystemet, statens subventionering av läkemedel. Statsfinanserna hade försämrats kraftigt i början av 1990-talet, och detta hade ingenting i sig med läkemedelsfrågan att göra. Det fanns ett upplåningsbehov som riskerade att skapa en statsfinansiell kris, vilket gjorde att många ledande ekonomer krävde omfattande nedskärningar i den offentliga sektorn (Rothstein 1991/2001). Det är därför viktigt att beakta möjligheten att den oroliga ekonomiska och politiska inramningen gjorde avtryck i HSU 2000-utredningen. Oavsett i vad mån kostnaderna var det drivande skälet bakom reformen, eller inte, är det viktigt att notera att diskussionen om moraliskt ansvar från politikernas sida, och som omfattade både läkare och medborgare, tog fart i en tid då statsfinanserna försämrats.

## Standarder för val av läkemedel mot "Ont-i-magen" och Depression

Ett särskilt problem som uppmärksammades var att nya och dyra läkemedel konkurrerade ut gamla och billigare (SOU 1995:122; SOU 1999:66), ett annat att de nya läkemedlen användes på för vida grunder. Som exempel på överförskrivning angavs läkemedel mot högt blodtryck och läkemedel på mag-tarm området (SOU 1995:122:17, 235). I synnerhet magsårsläkemedlet Losec (Omeprazol) beskrevs som ett exempel på överförskrivning då det med tiden inte bara kom att förskrivas för det ursprungliga ändamålet att förhindra magsår utan också vid vad som lite ospecificerat kallades "... *en del andra magåkommor...*" (SOU 1995:122:17) där andra och billigare alternativ till Losec kunde finnas.<sup>43</sup>

Kritiken mot förskrivningen av i synnerhet Losec nådde offentlig nivå via massmedia, frågan om läkemedelskostnader utvidgades på så sätt till en ny genre. Ett offentligt gräl bröt till exempel ut mellan dåvarande socialminister Marita Ulvskog och Håkan Mogren, VD för läkemedelsföretaget Astra, som anklagades för att via Losec ha tjänat miljarder på den svenska läkemedelsförmånen (Ljunggren (1997). En TV-dokumentär om Losec, Astra och den enorma kommersiella framgången väckte ytterligare kritik

---

<sup>43</sup> En situation som skulle kunna implicera en förbudslogik (regler för att minska ett beteende).

mot förskrivningen av Losec, den här gången från läkarkåren (Werkö 1997). Utredarna nämnde också underförskrivning som ett problem, i synnerhet vad gällde läkemedel mot Depression.<sup>44</sup>

## Sammanfattning och diskussion

Ovan har jag försökt redogöra för såväl tolkningsramar som villkorsramarna för hur lagen om läkemedelskommittéer växte fram och vilka centrala förändringar som Läkemedelsreformen syftade till. Jag har argumenterat för att det i första hand var oron för läkemedelskostnaderna, definitionen av dem som ett hot mot välfärden samt föreställningen om läkarna som alltför autonoma som legitimerade reformen.

Jag har också argumenterat för att det vid tiden för reformen fanns villkorsramar som inte alls relaterade till läkarna, som kan ha spelat roll för att läkemedelskostnaderna började uppmärksammas som något viktigt. Bland annat att 1990-talets finansiella kris och dess belastning på statskassan inte låg särskilt långt borta samt att andelen vårdplatser på sjukhus minskat, vilket i sig ökat läkemedelskostnadernas relativa andel av de totala vårdkostnaderna, kostnadsökningarna oaktat. Staten önskade således göra något för att minska läkemedelskostnaderna samtidigt som mandatet att styra läkarnas medicinska autonomi var begränsad. Lagen om läkemedelskommittéernas standarder framstår som ett sätt för staten att hantera detta styrdilemma.

Jag har även argumenterat för att också att bristen på statlig insyn i mötet patient-läkare betraktades som problematisk. Att standarderna skulle utfärdas av experter från den egna professionen kan ses som ett uttryck för vikten av att standarderna legitimerades också med medicinska argument. Med introduktionen av EBM i slutet av 1990-talet och kritiken mot läkarnas val av läkemedel från den egna professionen, fick tolkningsramen som indikerade ett styrglapp mellan vad läkarna gjorde och vad de borde göra, ytterligare kraft också ur medicinsk synvinkel. Standarderna framstår som ett sätt att motivera reformen också genom argumentet att valet av läkeme-

---

<sup>44</sup> En situation som skulle kunna implicera en påbjudslogik (regler för att öka ett beteende).

del behövde styras mer av vetenskaplig kunskap än läkarnas personliga kunskaper och erfarenheter.

Vilken effekt på läkarnas beteende (val av läkemedel) som reformatörerna önskade var emellertid oklar. Det fanns en föreställning om ett styrglapp som standarderna förhoppningsvis skulle minska, men mer precist vad styrglappet bestod av framgår inte annat än som en framväxande önskan om en mer kostnadseffektiv användning av läkemedelsbudgeten

Av lagtexten att döma ser vi också att en rad andra förändringar i villkorsramarna ägde rum parallellt med införandet av standarder. Konstruktionen för läkemedelskostnadernas belastning på statskassan förändrades genom att delar av kostnaderna fördes över på patienter och landsting och ekonomisk-administrativa system som öppnade upp för möjligheten att följa upp informationen på recepten och fördela kostnaderna baserat på vart förskrivande läkare arbetade, var under uppbyggnad. Ett ekonomiskt-administrativt system var under uppbyggnad, med syftet att göra det möjligt att fördela kostnaderna till rätt landsting, följa upp förskrivningen på enskilda enheter och så småningom kanske också enskilda läkare.

Tolkningsramarna och villkorsramarna spretade således vid tiden för reformen åt olika håll. Styrningsambitionen från statens sida ökade samtidigt som syftet med läkemedelskommittéernas standarder, sett till vilken effekt på läkarnas beteende som mer precist önskades, var oklar. Sett till de tolkningsramar som framkom i kapitel 4: läkaren som autonom men också förnuftig, ansvarstagande och en samhällelig kraft för det allmännas bästa, hade reformen potential att appellera till läkarnas identitet och dessa redan tidigare etablerade läkargestalter. Men i kapitel 4 såg vi också att villkorsramarna för läkarnas autonomi successivt begränsats under 1900-talet och att reformen kan ses som ett försök från statsmakternas sida att ytterligare minska av läkarnas reella autonomi.

I nästa kapitel kommer jag att behandla vad reformen innebar och hur den uppfattades av tre läkemedelskommittéer, som genom dessa förändringar i villkorsramar och politiska beslut skulle utfärda de standarder som statsmakterna valt som styrverktyg.

## Kapitel 6

### Arbetet med standarderna i läkemedelskommittéerna, perioden 1999–2001

I det här kapitlet beskrivs hur tre läkemedelskommittéer arbetade, vilka läkemedel de valde att föreskriva som lämpliga i standarderna, hur respektive kommitté motiverade valen och vilka tolkningsramar och villkorsramar för uppdraget och den egna rollen som läkare som växer fram.

Allra först kommer en presentation av respektive kommitté. Därefter beskrivs organiseringen, standarderna och deras utformning samt likheter och skillnader mellan dem. Att observera är att namnen på de läkare som citeras nedan är fingerade, följer alfabetet i den ordning de citeras nedan och att namnen är valda med slumpmässig tilldelning av kön (slumptabell). En kvinnlig läkare kan således ha tilldelats ett mansnamn eller ett kvinnligt namn, likadant för männen. Syftet med fingerade namn har dels varit att respektera uppgiftslämnarnas anonymitet samt underlätta för läsaren att se vilken läkare som uttalar sig om vad, dels undvika att föreställningar om kön distraherar läsningen, då studiens design och forskningsfråga inte innefattade könsaspekter.

## Tre läkemedelskommittéer – Storstad, Mellanstad och Länsbygd

Lagen om de nya läkemedelskommittéerna trädde i kraft 1 januari 1997. För att få grepp om reformens effekter på läkemedelskommittéerna, deras arbete och standarder studerades kommittéerna genom observationer på plats, genom studier av det material kommittéerna publicerade om sitt arbete, de standarder som de utfärdade, intervjuer med enskilda kommittémedlemmar samt observationer av utbildningstillfällen i kommittéernas regi. Den här delen av studien utfördes under perioden 1999–2001, en tid som även i ett efterhandsperspektiv kan betraktas som formativ. Empirin började insamlas under tiden kommittéerna precis kommit igång med sitt arbete (två av kommittéerna utfärdade sina första standarder 1999) tills kommittéerna hittat sin organisatoriska form. Jag har valt att kalla de tre studerade kommittéerna Storstad, Mellanstad och Länsbygd. Innan jag går in på arbetets organisering och själva standarderna kommer jag berätta lite om dem.

### Storstad

Storstad blev namnet på den av läkemedelskommittéerna som verkade i ett landsting som dominerades av en större stad och där sjukvårdsorganisationen var komplex. Det fanns olika sjukvårdsdistrikt med egen och delvis decentraliserad organisation och vid tiden för studien användes flera olika datasystem för olika sjukhus och primärvårdsenheter.

Storstad hade ett Universitetssjukhus och läkare specialistutbildade i läkemedelslära (kliniska farmakologer) som deltog i kommittéarbetet tillsammans med andra experter samt distriktsläkare. Kommittéarbete var inte nytt för Storstad. Det hade funnits frivilliga kommittéer tidigare, men arbetets intensitet och organisering hade varierat över tid och ibland upphört helt. De intervjuade kommittémedlemmar som varit med eller känt till de tidigare kommittéernas arbete beskrev verksamheten som marginell. Från 1975 – 1989 ska en central kommitté med lokala kommittéer ha funnits. Den enda standard från den här tiden som blev tillgänglig för den här studien avsåg åren 1990/91 och hittades av en slump. Perioden 1990–1999 fanns

flera olika lokala kommittéer som gav ut egna bulletiner med läkemedelsinformation varav jag fick möjlighet att ta del av två av dessa bulletiner för åren 1994–1998. I dessa kunde jag observera att uppmärksamheten på kostnaden för läkemedel sedan 1994 ökade successivt.

Storstads läkemedelskommitté var vid tiden för studien organiserad i expertgrupper av läkare som representerade olika specialiteter och arbetsplatser, men det fanns också nya och nygamla lösliga organiseringar av läkemedelsråd i såväl sluten- som öppenvården kvar, och några av dessa gav i ett överlappande skede ut egna standarder. Organiseringen överensstämde väl med den modell som rekommenderades i Läkemedelsreformens förarbeten, SOU 1995:122 (se kapitel 5), vilken i sin tur överensstämmer med en artikel om kommittéarbete från 1966 (Barkman et al 1966).

Medlemmarna i de olika expertgrupperna var specialister i allmänmedicin med tjänst som distriktsläkare<sup>45</sup>, eller specialister på andra områden som till exempel psykiatri och mage-tarm. De flesta medlemmar var kliniskt verksamma men apotekare fanns också representerade samt en tjänsteman från landstinget. Tiden för kommittéarbete uppfattades som knapp. Flera kommittémedlemmar var skeptiska till att standarderna skulle ha någon större effekt. Mer tid och resurser var emellertid på gång, kommittén hade precis fått egna lokaler och ett stort IT-projekt höll på att sjösättas. I Storstad fanns också överlappningar mellan den centrala läkemedelskommittén, de expertgrupper som kommittén använde sig av, samt lokala kommittéer och läkemedelsråd. Utöver det fanns personer och lösliga grupper som på olika sätt interagerade med varandra och med kommittéer och sjukvårds- och landstingsorganisationen. Flera av kommittémedlemmarna hade varit med att utarbeta *SBU*-rapporter.

## Mellanstad

I Mellanstad fanns en större stad och några mindre orter. Staten dominerade inte länet på samma sätt som Storstad gjorde. Ett större sjukhus fanns där viss forskning bedrevs. Även om länet inte hade lika många olika datorsystem som Storstad, fanns tillräckligt många för att information inte kunde delas mellan olika vårdenheter. Detta gjorde uppföljningen av standarderna

---

<sup>45</sup> Distriktsläkare arbetar vanligen på vårdcentraler (kallas ofta primärvård).

lite svår menade man. Å andra sidan ansågs en sådan uppföljning inte nödvändig. Snarare fanns en viss stolthet över att länets läkare redan förskrev bättre och billigare läkemedel än läkarna i andra län.

Mellanstads läkemedelskommitté hade egna lokaler och strävade efter att bli fysiskt samlokaliserade med andra enheter i landstinget som arbetade med närliggande frågor. Själva kommittén var i praktiken densamma som funnits i åtminstone ett drygt decennium vid tiden för reformen, även om de enskilda medlemmarna skiftat över tiden. Ett av landstinget bestämt reglemente fanns och överrensstämelsen mellan kommitténs organisering och modellen i Läkemedelsreformens förarbeten var stor. Vid tiden för studien hade kommittén börjat arbeta aktivt med att få ut information om sina standarder i lokala media, i synnerhet önskan om att minska användningen av magsårsläkemedlet Losec.

De lokala expertgrupperna beskrevs som relativt självständiga från kommittén. Ingen i kommittén satt själv i någon av expertgrupperna, men enligt kommittémedlemmarna själva hände det att de rådfrågades. Kommittén hade mandat att ändra i de förslag till standarder som expertgrupperna föreslog men ingen av de intervjuade kommittémedlemmarna kunde ge något exempel på att det hänt. Liksom i Storstad fanns överlapp mellan kommittén och expertgrupperna såtillvida att flera läkare i de olika expertgrupperna regelbundet skrev i läkemedelskommitténs bulletin, en informationsskrift som också den funnits i många år och också börjat publiceras på nätet. Även i Mellanstad fanns kommittémedlemmar som varit med och utarbetat SBU:s rapporter.

## Länsbygd

Också i Länsbygd hade kommittéer och läkemedelsråd i olika former funnits sedan länge. I första hand hade de emellertid varit knutna till sjukhusen. Den centrala läkemedelskommitté som hade bildats i och med Läkemedelsreformens hade vid tiden för studien nyss flyttat in i egna lokaler och fått ett kansli. Någon dokumentation för den tidigare verksamheten fanns inte tillgänglig. Inte heller fanns någon dokumentation om tidigare organiseringar i kommittéer och läkemedelsråd tillgängliga.

Namnet Länsbygd kommer sig av att kommittén fanns i ett län med vidsträckt geografiskt område och stora avstånd mellan sjukhusen. Flera

mindre städer fanns i länet, men ingen som dominerade. Det fanns heller inget sjukhus med egen klinisk farmakologi utan den kunskapen köptes vid tiden för studien in utifrån. Till skillnad från de två andra länen, hade Länsbygd vid tiden för studien ett samordnat datastöd inom sjukvårdsorganisationen och läkemedelskommittén deltog aktivt med IT-projekt i organisationen.

Expertgrupperna för de olika medicinska områdena var till skillnad från Storstad och Mellanstad mer lösligt organiserade och var vid tiden för studien. Beslutsprocessen var inte lika strukturerad på så sätt att också andra personer än den som formellt ansvarade för ett visst medicinskt område kunde få stort inflytande över den slutgiltiga standarden. Det fanns lokala läkemedelsråd, men deras koppling till kommittén var oklar. En läkare menade att de lokala råden var helt fristående från den centrala kommittén. En annan hade uppfattningen att läkemedelsråden hörde ihop med kommittén.

Vid tiden för studien hade Länsbygd fått en del uppmärksamhet i media såväl lokalt som nationellt, med anledning av att läkemedlet Losec tagits bort ur standarden för rekommenderade läkemedel, ett beslut som väckte uppmärksamhet också i nationella media. Samtidigt uttalade sig läkarna i Länsbygds läkemedelskommitté kanske mest kritiskt om sin egen roll i Läkemedelsreformen och de resurser de upplevde sig ha var små.

Kommittémedlemmarna uppgav att det fanns motsättningar mellan läkare från olika sjukhus som försvårade arbetet. Det fanns också motsättningar mellan kommittén och de läkare som inte deltog i arbetet, något som blev tydligt vid en deltagande observation i samband med ett informationsmöte som handlade om förändringar i de nya standarderna. Mötet hade samlat både distriktsläkare och läkare från sjukhusen och några hade rest mycket långt. I själva möteslokalen var stämningen tät och delvis spänd och tonen öppet kritisk. Några distriktsläkare uttryckte att de rent ut sagt att de var: ”*förbannade på den nya standarden*”. De kritiska distriktsläkarna argumenterade för att kommittéerna borde ta hänsyn till att det var skillnader mellan vetenskapligt visade effekter på gruppnivå och de verkliga effekterna på de enskilda patienter de träffade på mottagningarna. Dem som inte nödvändigtvis stod ut med biverkningarna av de billigare läkemedel som rekommenderades.



## Organisation och verksamhet i de tre kommittéerna

I samtliga tre kommittéer träffades medlemmarna en gång i månaden. Expertgrupperna träffades när det var aktuellt att revidera listan. I alla kommittéer gjordes en viss uppdelning av arbetsbördan då ett medicinskt område vanligen innehöll undergrupperingar. Alla tre kommittéer menade att ekonomisk kompetens var viktig, men ingen ekonom deltog vid tiden för studien i valet av föreskrivna preparat. Däremot hade flera kommittémedlemmar gått kurser i hälsoekonomi.

Alla tre kommittéer bedrev aktivt utbildningsverksamhet i form av återkommande seminarier. Det fanns en ambition att aktivt informera om kommitténs arbete och jämföra standarderna med vad läkarna på respektive vårdcentral förskrev. När det gällde vilka som borde stå för återföringen på hur väl länets läkare följde standarderna ansåg kommittémedlemmarna att det var bra om både en apotekare och en distriktsläkare kunde besöka de olika vårdenheterna tillsammans.<sup>46</sup> Tanken var att apotekaren kunde bidra med information om läkemedel och statistik över förskrivningen och att läkarens närvaro skulle göra att de läkare och vårdcentraler som besöktes skulle ta informationen på allvar.<sup>47</sup>

Något som alla tre kommittéer beskrev som nytt i och med Läkemedelsreformen, var att de vid flera tillfällen använt sig av massmedia, både genom att ”läcka” information, det vill säga tipsa om att en viktig förändring som berörde vilka läkemedel patienter kunde förväntas få, men också genom pressreleaser och reklamkampanjer.

Kommittémedlemmarna beskrev idén med den nya strategin som att de ville nå patienterna på liknande villkor som industrin tidigare nått patienter, det vill säga genom att få vanliga massmedia att skriva om läkemedelskommittéerna, deras arbete och standarder. Flera kommittémedlemmar menade

---

<sup>46</sup> Se även Läkemedel i fokus – ett policyprogram för Sveriges läkarförbund”, September -99 rekommenderar man att informationsläkaren bör vara en distriktsläkare, och att det är bra om denne åker ut tillsammans med en apotekare. Sveriges läkarförbund: <http://www.slff.se>.

<sup>47</sup> En analys av enkätsvar över läkarnas förtroende för kommittéerna visar också en tydlig samvariation med förtroende för kommittén och antalet besök (Lagrelius 2003).

att nya läkemedel ofta smyglanserades i media, som artiklar i dagspress och löpsedlar, när något nytt läkemedel var på gång, och nu ville kommittéerna försöka göra likadant, då man menade att också patienterna behövde påverkas, kanske till och med själva föreslå läkarna att förskriva något av läkemedlen i standarderna (om läkemedelsbehandling var aktuellt).

Kommittéerna bedrev också samordningsfrågor med andra delar av hälso- och sjukvårdsorganisationen. Det sistnämnda var särskilt påtagligt i Länsbygd och Mellanstad och då främst när det gällde läkemedel för äldre, genomgångar av vilka läkemedel som förskrevs för en viss patient, läkemedelsanvändningen på äldreboenden och olika typer av apotekstjänster.<sup>48</sup> Som nämnts ovan fanns det förutom läkemedelskommittéerna olika lösliga organiseringar som överlappade, men läkare i en viss kommitté kunde också vara tillfrågad som expert också på nationell nivå. Inte bara som medlemmar i andra läkemedelsgrupper utan också som medförfattare i SBU-rapporter, konsensusrapporter skrivna av dem och de främsta kollegerna inom området ifråga. Flera av dem hade varit författare och/eller medförfattare till olika vetenskapliga artiklar i Sverige och i välrenommerade internationella tidskrifter. Med kommittéerna tillkom ännu ett lager av organisatorisk struktur till de redan befintliga administrativa och kollegiala strukturerna.<sup>49</sup>

Kommittéerna kom att skapa en struktur för hur de avsåg att bedriva sitt nygamla arbete i respektive kommitté sett till standardernas utformning och urvalskriterierna för vilka som skulle finnas med och inte. Kommittéerna använde sig av olika strategier. På kommitténivå kom till exempel terapitradition att successivt bli ett mindre framträdande i standarderna som kriterium för vilka läkemedel som rekommenderades och inte, åtminstone omnämndes det allt mer sällan som skäl till att ett läkemedel valdes framför ett annat.<sup>50</sup> Hur systematiska kommittéerna var i urvalet av information varierade enligt vad läkarna själva uppgav. Förutom terapitraditionens minskade inflytande som kunskapsform, blev ekonomiska argument under den

---

<sup>48</sup> Läkare som specialiserat sig på åldrandets sjukdomar.

<sup>49</sup> I Forssell et al (2004) är delar av denna studie återgiven, men med fokus på kollegialitet och kollegiet som organisationsform.

<sup>50</sup> Här har jag jämfört texterna i standarderna, från de tidigaste standarder jag funnit från 1997 till standarderna för 2000 (vilka i huvudsak bör ha varit formulerade hösten 1999).

studerade perioden allt viktigare. Exakt hur expertkunskap, terapitradition och ekonomiska argument vägdes och värderades kan inte fastslås, men att de ekonomiska argumenten blev viktigare stöds av observationen att flera av de läkemedel som standarderna påbjöd motiverades med lägre pris. Nytt var också att flera kommittémedlemmar hade gått kortare kurser i hälsoekonomi, för att få andra perspektiv än enbart medicinska. En kommitté uppgav att prispförhandlingarna i slutenvården hade betydelse för vilka läkemedel som påbjöds i standarden. Några egna analyser tycks inte ha gjorts på kommitténivå, men med ett par undantag berättade de intervjuade kommittéläkarna att de likväl själva bedömt ekonomin i att välja det ena läkemedlet istället för det andra. Det föreföll finnas idéer om vissa läkemedel och behandlingar som dyra och inte, som påverkade kommittémedlemmarnas uppfattning. Om en eller flera källor som kommittéläkarna ansåg vara argumenterade för att ett visst läkemedel var onödigt dyrt, uppfattades det av kommittéläkarna som ett trovärdigt argument baserat på ekonomisk kunskap.

På den personliga nivån var det den medicinska kunskapen som låg i fokus för flertalet kommittéläkare och denna kunskap kom från många olika håll. Förutom den personliga erfarenheten av patienter och läkemedel, tog de intryck av kollegor. Medicinska tidskrifter som *The Lancet*, *Circulation*, *British Medical Journal* med flera, samt facktidskrifter som rörde den egna specialiteten ansågs ha hög trovärdighet och lästes i mån av tid. Organisationen The Cochrane Collaboration<sup>51</sup>, som vid tiden för studien gjorde kvalificerade sammanfattningar av det vetenskapliga kunskapsläget, nämndes ofta. De studerade läkarna tog också del av produktresuméer och workshops från Läkemedelsverket, eller referat av dessa. Några hänvisade till Apotekets workshops medan andra menade att dessa var ovetenskapliga eftersom de byggde på konsensus. Flera uttryckte uppskattning för Läkemedelsboken som utgavs av Apoteket AB, och andra hävdade att de absolut aldrig tittade i den. Socialstyrelsens rapporter betraktades av flera läkare med skepsis, då avsändaren, Socialstyrelsen, inte uppfattas som tydlig och

---

<sup>51</sup> [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org).

då dessa rapporter vanligtvis inte hade med specifika läkemedel att göra.<sup>52</sup> SBU nämndes, men de flesta menade att de personligen inte hunnit läsa rapporterna, utan tagit del av slutsatserna som redovisats på olika ställen som Läkartidningen. Några av kommittéläkarna hade deltagit i arbetet med SBU-rapporterna, men detta betydde inte att de i samtalen med mig uppgav samma sjukdomskriterier och slutsatser som i SBU-rapporterna när de svarade på mina frågor om kunskaps- och sjukdomssyn och kriterier för behandling.

## Innehållet i standarderna, regeltextern och dess utformning

Nedan kommer jag beskriva något av innehållet i de standarder jag studerade uppdelat på respektive kommitté. Jag kommer diskutera vilka specifika läkemedel som valdes, vilka kunskapsargument som framstod som viktiga och vilken förändringsambition som standarderna föreföll vara ett uttryck för. Detta för att bättre klargöra vad det styrglapp bestod av som läkemedelskommittéerna (och läkarna i kommittéerna) ansåg behövde åtgärdas genom att utfärda standarder.

### Standarden för Ont-i-magen i Storstad

Kommittémedlemmarna i Storstad beskrev Ont-i-magen på lite olika sätt. För några var en förutsättning för behandling att det gick att påvisa sjukdom i magen, ett så kallat organiskt problem. För andra var Ont-i-magen mer komplicerat på så sätt att det fanns många nya rön som var på gång vid tiden för studien. Perioden 1999–2002 förändrades standarden kraftigt, vilket jag tolkat som en återspeglning av den allt mer kritiska hållning av Ont-i-magen från läkarprofessionens sida (jämför kapitel 5).

---

<sup>52</sup> Även om inte Socialstyrelsen rekommenderar enskilda preparat, kan standarderna kanske ändå ha betydelse för preparatvalen. I Läkemedelsboken 1991/1992 tom. 1999/2000 hänvisar flera skribenter till just dessa standarder när det gäller farmakologisk behandling för hypertoni.

År 1999 – Storstad rekommenderade Losec som *syrahämmande*<sup>53</sup> medel. Någon koppling till specifik sjukdom eller specifika sjukdomssymtom angavs inte.

År 2000 – Losec rekommenderades fortfarande. Ont-i-magen utan påvisbar organisk grund klassificerades dock som *funktionell dyspepsi* och för *funktionell dyspepsi* påbjöds explicit att inget läkemedel skulle förskrivas.

År 2001 – Standarden för *funktionell dyspepsi* utökades med en beskrivning av tillståndet och en förklaring till varför det inte skulle behandlas med läkemedel: En ”*överanvändning*” av syrahämmande läkemedel fanns, varför standarden påbjöd ”*omprövning och utsättning*”.<sup>54</sup>

Från att aktivt rekommendera Losec efter läkemedlets verkningsmekanismer i kroppen, gick kommittén således över till att koppla de föreskrivna läkemedlen till diagnoser som ansågs som behandlingsvärdiga (och inte behandlingsvärdiga, till exempel magkatarr och funktionell dyspepsi). I samtal med läkarna på tu man hand framträdde emellertid en mer komplicerad verklighet:

Då, ska vi säga 1980–81 så gjorde man [undersökningar med visst instrument], så man hittade ju magsår... Men det intressanta var ju redan då att den största gruppen med Ont-i-magen eller Dyspepsi har ju inte magsår... En del har reflux, alltså att det kommer upp surt maginnehåll i matstrupen, och en del av dem får inflammation i matstrupen [Refluxesifagit]. Men det fanns också de som har reflux och besvär utav det men som inte får någon inflammation. I slutet av 1980-talet blev det ju klart att det finns refluxsjukdom utan [påvisbar organisk orsak]

- Arvid, specialist mage-tarm

---

<sup>53</sup> Med syrahämmande läkemedel avses sådana läkemedel som minskar produktionen av magsyra i magen.

<sup>54</sup> Med utsättning avses att läkaren beslutar att läkemedelsbehandlingen ska upphöra.

Enligt Arvid kunde vare sig medicinska problem eller orsaker alltid slås fast på något entydigt sätt eller verifieras objektivt. Bosse hade en annan och för studien mer typisk sjukdomssyn och delade upp magontet i *organisk* (objektivt verifierbart) respektive *funktionellt* (problem som inte ansågs bero på sjukdom eller skador i magen). Bosse menade att kommittén därför måste:

... undervisa om det här begreppet. Funktionell dyspepsi som är ett tillstånd av odiagnosticerat ont i magen. Där får vi försöka lära doktorerna dels att undersöka det här på ett adekvat sätt. Dels lära dem att Losec hjälper inte.

- Bosse, specialist mage-tarm

Att Arvid och Bosse hade olika syn på var gränsen för giltiga och ogiltiga sjukdomar gick, har jag tolkat som tecken på ett instabilt kunskapsläge. Jag fick inget intryck av att detta var något de diskuterade. Båda tipsade om referenser som jag följde upp i syfte att få en klarare bild av gränsdragningen mellan giltigt och icke-giltigt magont: SBUs rapport om ont-i-magen<sup>55</sup> respektive Rom-kriterierna och Organization of Gastroenterology (OMGE)<sup>56</sup>, men i dessa referenser förblev gränsdragningen mellan det giltiga och vetenskapliga, och det som inte kunde accepteras som vetenskap, otydlig. Losec-liknande läkemedel hade visats ha god effekt på symtomet halsbränna, oavsett vilka organiska orsaker eller förändringar som kunnat iakttas (SBU 2000:158), men ingen effekt på *funktionell dyspepsi*, en slags restdiagnos där halsbränna ibland ingick. Beroende på hur problemet med halsbränna kategoriserades ingick det ibland i gruppen behandlingsvärdiga diagnoser (till exempel GERD<sup>57</sup>), ibland inte. Enligt SBU-rapporten var det vetenskapliga underlaget problematiskt:

En genomgående iakttagelse vid analysen av samtliga symtombaserade studier har varit avsaknaden av en gemensam syn på karaktären och durationen av GERD-symtom som kvalificerar för behandling (SBU 2000:157)

---

<sup>55</sup> SBU (2000).

<sup>56</sup> Rom-kriterierna för IBS [beskrivet som funktionellt och förknippat med annan problematik (sk Irritable Bowel syndrome)], där personer med reflux som huvudsymtom sorteras ut, vare sig orsaken går att påvisa eller inte, eller om besvären går att verifiera och objektivt mäta eller inte.

<sup>57</sup> GERD står för 'gastroesofageal refluxsjukdom'. Reflux kan ge symtom som halsbränna.

Definitionerna på det medicinskt giltiga respektive ogiltiga Ont-i-magen gled således in och ur varandra. Min tolkning av detta är att de olika tolkningarna återspeglade ett vetenskapligt instabilt läge med flera alternativa och konkurrerande medicinska kunskapsanspråk. De läkemedel som påbjöds i standarderna var till att börja med både Losec och ett billigare men liknande läkemedel, det vill säga ett läkemedel som tillhörde samma *läkemedelsklass*. Skälet till att det ena alternativläkemedlet valdes och inte någon av de andra, berodde enligt de intervjuade läkarna på att just det var mest väldokumenterat, vilket kan förstås som att kommittémedlemmarna uppfattade det valda alternativet som, vetenskapligt sett, mest stabilt.

Istället för att välja det billigaste läkemedlet för Ont-i-magen, det vill säga få ner läkemedelskostnaderna genom att föreskriva billigast möjliga alternativa läkemedel, var standarden vid den här tiden inriktad på att göra diagnosen för Ont-i-magen mindre omfattande genom att kriterierna för läkemedelsbehandling definierades snävare än förut. Med en snävare diagnos, skulle kostnaderna för läkemedel mot Ont-i-magen minska ytterligare. Under 2001 föll Losec bort helt som rekommenderat läkemedel då kommittén ansåg att det var för dyrt och [Det Väldokumenterade Alternativläkemedlet] ansågs tillräckligt bra för att fungera som fullgott alternativ.

### Standarden för behandling av Depression i Storstad

När det gällde området Depression var läget annorlunda. Depression hade kommit att betraktas som en allt viktigare sjukdom att behandla under 1990-talet (se kapitel 5). I början av studien rekommenderades ett flertal läkemedel från olika läkemedelsklasser och det fanns flera olika lokala listor med delvis olika rekommenderade preparat. En gemensam nämnare för dessa listor och den länsövergripande standard av föreskrivna läkemedel som under studiens gång växte fram, var att det i huvudsak var två slags *SSRI*<sup>58</sup> – läkemedel som rekommenderades, en *Prozac*-kopia<sup>59</sup>, och ett läkemedel vid namn *Cipramil* och därefter några äldre preparat (så kallade TCA). Skälet till att *Cipramil* valdes var dels att det användes av alla, både av psyki-

---

<sup>58</sup> Med SSRI avses som tidigare nämnts *läkemedelsklassen* selektiva serotoninåterupptagshämmare.

<sup>59</sup> Prozac, se (se kapitel 5 om Wurtzel (1994) och boken Prozac nation), var det läkemedel som i början av 1990-talet skapade en enorm debatt västvärlden över.

atriker och distriktsläkare och dels för att läkemedelsföretaget Lundbeck hade ett gott rykte.

En skillnad mellan standarden för Depression i förhållande till standarden för Ont-i-magen var att standarden för Depressionsbehandling inte syftade till att förändra diagnoskriterierna för när tillståndet skulle behandlas och inte. Rubriksättningen förändrades emellertid. I versionen från 1999 var de antidepressiva läkemedlen sorterade under rubriken Depression, en sjukdom som läkarna i primärvården vid tiden för reformen förväntades bli bättre på att upptäcka och behandla. I versionen från 2000 hade rubriken Depression ersatts med *Affektiv sjukdom*. Ett specialistläkemedel hade också lagts till som vanligen förskrevs av psykiatriker och inte distriktsläkare, den grupp som såväl specialister som distriktsläkare ansåg att standarderna riktade sig till. I standarden för 2001 var rubriken återigen förändrad. Den nya rubriken var nu *Depression och maniska tillstånd*, det vill säga ett tillstånd (mani) som alla var ense om skulle behandlas av psykiatriker, var nu öppet inkluderat. När jag frågade psykiatern Carl-Johan om varför detta specialistpreparat var med på listan, blev han också förvånad. Nej, standarden riktade sig inte till honom eller andra specialister (psykiatriker). Vilka läkemedel som borde användas och inte kände de redan till.

Specialistpreparatens vara och icke-vara var ingenting som David, som arbetade på en psykiatrisk mottagning i öppenvården, nämnde i samtalet med mig. Det han framhöll var istället att depressioner och ångesttillstånd ökat och att de därför borde behandlas med läkemedel. Samtidigt funderade David en del över definitionen av Depression. Han kunde avgöra det i mötet med patienterna menade han, men det fanns också patienter som sökte lyckopiller.<sup>60</sup> Erik, som var distriktsläkare och också satt i kommittén, menade att Depression och ångest var det han främst kom i kontakt med i sin vardag. För svårare tillstånd skickade han remiss till psykiater. Att Depressionerna ökade hade att göra med den ökade pressen i arbetslivet ansåg han. Som David uttryckte det:

Depressioner har blivit vanligare och man diagnosticerar det oftare. Nu är det mer och mer så att pressen inom arbetslivet har nått...

---

<sup>60</sup> Ett ”öknamn” för läkemedel för ”livsstilssjukdomar”, problem som relaterades till en ohälsosam livsstil.



- David, psykiater

Inte minst angavs datoriseringar, omorganisationer och effektivitetssträvanden som en stressande faktor – ökningen av Depression kontextualiserades således i samtiden. När jag frågade Erik varför specialistpreparaten var med på listan blev han tyst ett ögonblick, och han berättade om hur kommittén kört över honom och de andra distriktsläkarna när det gällde ett sömnmedel man använt i årtal, men där man i praxis upptäckt att det räckte att ha en lägre dos av preparatet än indikationerna i FASS föreskrev. Någon ny forskning som bevisade det riktiga i praxis fanns emellertid inte: ”*Det finns ingen som är villig att betala för det*”, sa Erik. I den kliniska praktiken blev frågan om beroende inte stor menade han eftersom läkarna i praxis kommit fram till en lägre dos. Men enligt den tillgängliga evidensen i FASS, borde läkemedlet inte användas som det gjorde.

#### Standarderna för Ont-i-magen och Depression i Storstad: logik och förändringsambition

En skillnad mellan standarden för Ont-i-magen och Depression var att standarden för Ont-i-magen inte bara syftade till att få läkarna att välja ett billigare läkemedel, utan också till att få läkarna att bli mer strikta i sin diagnosticering av vad som var behandlingsvärdigt Ont-i-magen och inte. En annan skillnad var att standarden för Ont-i-magen innefattade läkemedel som distriktsläkare använde, medan standarden för Depression också innefattade specialistpreparat. Med tanke på att standarden riktade sig till distriktsläkarna var det förbryllande. Ytterligare en skillnad var att kommittémedlemmarna diskvalificerade idén om terapitraditionen och att det kunde fanns ett värde i att läkare kunde göra olika:

Vi [kommittén] sa också att det kan finnas ett värde i att ha lite olika terapiområden, för det är olika problemställningar och så... Inom psykiatri och de psykiatriska preparaten finns det hur mycket olika skolor som helst

- Frans, tjänsteman och kommittémedlem

Hur många skolor som helst... Detta argument påminner om den tidigare synen på läkemedelskommittéernas standarder, där terapitraditionen och

skillnader i terapitraditioner beskrevs som viktig att värna (Socialstyrelsen 1985:2). Kriteriet terapitradition föll bort under studiens gång som motiv till valet av läkemedel. Under perioden 1998 till 2001 kom en harmonisering av de olika lokala standarderna i Storstad till stånd, vilket ledde till färre antal rekommenderade läkemedel. Antalet *läkemedelsklasser* minskade också. Ett nytt, populärt och tidigare rekommenderat läkemedel [Nya Dyra läkemedlet]<sup>61</sup> förlorade status som rekommenderat läkemedel, en förändring som kan ses som ett uttryck för att kommittén ville hålla kostnaderna nere.<sup>62</sup>

### Standarden för Ont-i-magen i Mellanstad

När det gäller standarden för Ont-i-magen var de, rubricerade efter användningsområde och *läkemedelsklass*. Standarderna var till skillnad från Storstads, fylliga och vid varje avsnitt fanns mycket text. Till skillnad från Storstad hade också ett alternativt läkemedel till Losec rekommenderats sedan 1994, varför reformen inte påverkat valet av läkemedel i detta tidiga skede. I standarden för 2000 förlorar dock Losec status som rekommenderat läkemedel, vilket jag tolkar som en förändring som kan relateras till reformen. Under perioden 1994–2001 var rubriksättningen i standarden oförändrad och formulerad som följer: ”Medel vid [*magsyraproblem, magsår*] mm”.

En skillnad mellan Mellanstad och Storstad var att läkemedelskommittén ansåg att majoriteten av länets läkare var väl informerade om vilka kriterierna var för att skriva ut läkemedel mot Ont-i-magen, två tredjedelar kanske tre fjärdedelar är en siffra som nämns. Att styra upp diagnosen sågs därför inte som det viktigaste. Det viktiga var snarare att informera om billigare läkemedel av samma *läkemedelsklass* (PPI), en ny och modernare sorts magläkemedel. De läkemedel som rekommenderades var samma som de i Storstad. Ett billigare alternativpreparat rekommenderades också.

---

<sup>61</sup> Efexor/Venlafaxin (SNRI). SNRI står för selektiva serotonin och noradrenalinåterupptagshämmare, och tillhör liksom SSRI-läkemedlen en ny och betydligt dyrare generation antidepressiva läkemedel.

<sup>62</sup> Läkemedlet återkom i senare versioner av standarden då priset sjunkit.

## Standarden för Depression i Mellanstad

När det gäller standarden för Depression var *Cipramil* det läkemedel som i första hand rekommenderades, även om det också fanns äldre alternativ. En av kommittémedlemmarna ställde sig frågande till varför just Cipramil var rekommenderat, och menade att det måste bero på att läkemedelsföretaget Lundbeck hade lyckats väl med marknadsföringen. I samtalet med psykiatrikern Georg ges också andra förklaringar. Georg hävdade att valet att överhuvudtaget behandla Depression med läkemedel dels berodde på att Depressioner var biologiska till sin natur, det vill säga hade samband med förändringar i hjärnans *transmittorsubstanser*. Prat-terapi som tidigare var en populär behandlingsmetod, var inte något som George fann särskilt användbart:

Det har varit väldigt mycket psykodynamiskt... och man ska prata om sina depressioner. Men jag tycker att det framför allt är de personer som inte varit djupt deprimerade som säger det.

- George, psykiater

Depression var således, tvärtemot mina föreställningar om det som något diffust och själsligt, ett område som beskrevs som kroppsligt (somatiskt). Det visade sig också vara ett område med omfattande standardisering. Under en lång tid hade klassificeringssystem (*ICD-10* och *DSM*), för standardiserade diagnoser kompletterats med standardiserade skattningsformulär som översatte patientens lidande till siffror som visar depressionens grad och djup [MADRAS respektive Hamiltonskalan]. Någon objektiv mätmetod som var kravet för behandling av Ont-i-magen i Storstad fanns inte, och behövdes tydligen inte heller. Liksom hos psykiatrikern David ovan, förklarade George ökningen av depressionen med förändringar i arbetslivet:

Om kvinnan, lågbetald, inte så högt utbildad, plötsligt ska vara med i alla de här neddragningarna och ska bli jätteeffektiv och hinna med i datasystemet och märker då att hon inte har resurser att klara av det... i lugn takt hinna gå och besöka sina gamla patienter... en hemsamarit eller någonting. [...] Kan människor alltså bli så deprimerade att de behöver mediciner.

- George, psykiatriker

När det gäller varför det blev just *Cipramil* som rekommenderades var det enligt George ingen slump. Cipramil var ett av de första registrerade läkemedlen av den nya generationens antidepressiva (SSRI). Läkemedlet föregicks visserligen av en italiensk variant, men den gjorde patienterna illamående: ”*patienterna spydde av preparatet*”. Lundbecks Cipramil var helt enkelt ett bättre läkemedel biverkningsmässigt. Att en ny läkemedelsklass (SSRI) överhuvudtaget var intressant berodde enligt George på att de var lämpligare än de äldre läkemedlen som rekommenderades tidigare. De nya läkemedlen hade färre biverkningar än de gamla, vilket ökade sannolikheten för att patienten skulle ta hela kuren. Ett ytterligare skäl var självmordsrisken. De gamla läkemedlen<sup>63</sup> var farligare att överdosera, en risk som George menade att en psykiater måste beakta vid allvarliga depressioner då målet med behandlingen inkluderade att hålla patienten vid liv.

#### Standarderna för Ont-i-magen och Depression i Mellanstad: logik och förändringsambition

Min ursprungliga tanke att Ont-i-magen var ett fysiskt problem, och depression ett själsligt kom här på skam. Mellanstad var den av kommittéerna vars organisering och verksamhet (att utfärda standarder) inte påverkades av den nya lagen utan bara var en fortsättning av det som redan fanns, varför möjligheten uppstod att jämföra tidigare standarder med de nya obligatoriska. Jag noterade att i 1995 års standard låg visserligen fokus på att definiera depressionen i förhållande till olika kemiska processer i kroppen, det vill säga kopplingen mellan läkemedel och kropp i Mellanstads standard anno 1995 var kemisk. I 1996 års standard hade emellertid fokus förskjutits mot de symtom patienten kunde uppleva och söka för.<sup>64</sup> Vad som hänt emellan dessa två standarder (1995 respektive 1996) var att förarbetet till Läkemedelsreformen SOU 1995:122 presenterats där läkemedelskommittéerna föreslogs ha en mer aktiv roll och där kostnadsökningen för läkemedel för magproblem särskilt uppmärksammades, samt ett behov av att minska förskrivningen på vissa områden, samt öka den på andra (till exempel läkemedel mot Depression) framhölls (ibid). En tolkning av förskjutningen från

---

<sup>63</sup> Till exempel det antidepressiva läkemedlet Tryptizol.

<sup>64</sup> Text oklara magbesvär.

kemi till symtom i standarden är att symtom nu börjat uppmärksammas som mer eller mindre giltiga, åtminstone på området Depression.

### Standarden för ont-i-magen i Länsbygd

Länsbygds standarder var kortfattade och mer som en lista på rekommenderade läkemedel än en folder, broschyr eller bok. Det visade sig dessutom sig att standarderna inte bara ändrade sig mellan varje tryckt version, utan dessutom ändrades löpande på nätet, vilket läkarna i länet informerades om via e-mail och kommitténs hemsida. Det gjorde mig osäker på hur pass stabila de papperskopior jag hade var, varför jag valt att inte analysera förändringar i formuleringar över tid. Jag valde istället att bilda mig en uppfattning om standarden utifrån de pappersversioner jag hade och information från hemsidan och intervjuerna.

Vid tiden för studien hade Länsbygd nyligen bytt bort standarden för Losec till förmån för billigare preparat ur samma läkemedelsklass. Standarden förändrades löpande med prisbilden för de Losec-liknande läkemedlen, varför flera olika billigare preparat rekommenderades under perioden 1999–2001. Totalt fann jag åtminstone fyra varianter på läkemedel mot Ont-i-magen under perioden, av vilka två inte kom på fråga i Storstad då Storstad ansåg att dokumentationen för dem inte var tillräckligt omfattande. Den förklaring kommittéläkarna gav till att välja efter kriteriet billigast läkemedel i samma läkemedelsklass trots mindre omfattande vetenskaplig dokumentation, var att de alla hade godkända indikationer för sådant som läkemedlet användes för, till exempel halsbränna (en åkomma som Storstad betraktade som icke-behandlingsvärdigt såvitt inte annan sjukdom också kunde påvisas). Eftersom Losec-liknande preparat ändå används för besvär typ halsbränna menade man, oavsett orsak eller objektiva fynd, var det lika bra att rekommendera billigast möjliga alternativ.

Som jag nämnt ovan var kommittén splittrad. Olika kommittémedlemmar hänvisade till olika traditioner för behandling, och en kommittémedlem som var ansvarig för den nya standarden för Ont-i-magen fick höra ryktesvägen vad den nya standarden skulle bli, trots att inga möten i expertgruppen ännu hållits:

Jag gruvar mig för den där standarden... [Det nya magsårsmedlet] har sålt ganska bra och jag fick höra häromdagen att Länsbygds läkemedelskommitté skulle ta in den. Men det förvånar mig eftersom det är jag som sitter i den... Någon i läkemedelsrådet hade varit på nåt möte i [Ort], och då hade de sagt ifrån från [annan Ort], någon gastroenterolog dä att det kommer bli {Nya ännu dyrare magsårsläkemedlet}. Men det har inte jag sagt i alla fall. Det är inte jag som bestämmer visserligen men... Jo, jag kommer väl lägga fram förslaget inför kommittén, och så får jag väl... om man röstar eller slåss om det. På nåt sätt får man väl lösa det.

- Hans, Internmedicinare

Det visade sig att kommittémedlemmarna inte bara hade olika uppfattningar om vad som skulle föreskrivas, utan också på vilka grunder. Irma, till exempel, menade att kommittén bara kunde föreskriva läkemedel med medicinska användningsområden som godkänts i FASS och att läkemedel med samma verkningsmekanism (*läkemedelsklass*) som saknade dessa indikationer, inte borde föreskrivas. Men standarden för Ont-i-magen påbjöd likväl just sådana billigare läkemedel.

I Länsbygd framträdde också ytterligare en aspekt på varför ett visst läkemedel rekommenderades istället för annat. Flera av läkarna berättade att de själva provat preparaten av en eller annan anledning. Beroende på vilken effekt läkemedlet hade haft på det egna magontet, gav den kroppsliga erfarenheten också dem som läkare en uppfattning om vilket läkemedel de ansåg vara bäst.

### Standarden för Depression i länsbygd

När det gäller standarden för Depression var det uttalade skälet för standarden att läkemedlet i fråga redan användes. På frågan varför det var så populärt, fick jag samma svar som i de andra kommittéerna. Läkemedelsföretaget Lundbeck var väl etablerat och hade lyckats väl i sin marknadsföring. Att standarden var detsamma som praxis tyckte emellertid läkaren Jarl var bra såtillvida att det gav hög följsamhet till den. Överlag var det inte bra om standarden enbart omfattade områden där läkemedelsförskrivningen behövde förändras, utan den kunde gott inkludera självklara preparat också så att följsamheten till åtminstone vissa standarder blev hög. Som Jarl uttryckte det:

Personligen [tycker jag] inte att den [listan] ska vara så smal. På grund av en smal lista så får man ju en statistiskt dålig följsamhet.

- Jarl, distriktsläkare

Själv fann jag vid min granskning av texterna i standarderna ytterligare exempel på att det som föreskrevs i standarderna kunde vara läkemedel som distriktsläkarna redan använde. Det visade sig att Länsbygd rekommenderade ett visst nytt läkemedel för [förvirrade äldre], trots att läkemedlet i fråga inte hade godkänts för det av Läkemedelsverket (*indikationen* saknades i *FASS*). När jag frågade om det visade det sig att ett tidigare liknande läkemedel användes för detta tillstånd och att kommittén valt att bygga vidare på denna praxis. Det visade sig också att kommittén via kontakter kände till att en ny indikation<sup>65</sup> som inkluderade detta medicinska tillstånd var på väg. Istället för att vänta in den formella ändringen i *FASS* vilket redan från början skulle göra standarden inaktuell, följde Länsbygd befintlig praxis med vetskapen att förändringen i *FASS* var på väg. Också på ett annat område föreskrevs ett billigare läkemedel med delvis medicinska användningsområden än de dyrare läkemedlen i samma läkemedelsklass baserat på befintlig distriktsläkarpraxis. Den här gången med skälet att standarden i huvudsak borde omfatta endast de vanligaste medicinska tillstånden, det vill säga de tillstånd distriktsläkarna behandlade, inte specialistfall.

Standarderna för Ont-i-magen och Depression i Länsbygd:  
logik och förändringsambition

Genom studiet av Länsbygds kommitté blev jag varse att de strategier kommittéerna använde skiljde sig åt. Det visade sig att Länsbygds standarder i flera fall byggde vidare på den behandlingstradition som redan fanns. Eftersom Losec föreskrevs också för halsbränna, var det lika bra att rekommendera det billigaste preparatet. Att välja billigare läkemedel baserat på de vanligaste användningsområdena i praxis var något av ett mönster såtillvida att detta också gällde området Depression och högt blodtryck. Också då ett nytt och dyrare läkemedel introducerades [Läkemedlet till förvirrade gamla]

---

<sup>65</sup> Att kunna använda det till för att motverka [förvirring] hos äldre.

baserades standarden inte på det vetenskapliga underlaget till FASS, utan var en fortsättning på en redan existerande behandlingstradition.

## Förändringar i det organisatoriska nätverket kring kommittéerna

Vid tiden för Läkemedelsreformen 1997, strax innan och åren strax därefter pågick en intensiv aktivitet i de organisatoriska nätverk där de tidigare frivilliga kommittéerna var en del. Redan innan reformen hade Socialstyrelsen gjort sig till en aktiv uppföljare av kommittéernas arbete (Socialstyrelsen 1996, 1998) och Läkemedelsverket diskuterade verksamheten i en särskild rapport 1999 (Läkemedelsverket 1999), liksom också Riksrevisionsverket (RRV 2000). En av kommittéernas uppgifter vid den här tiden hade varit att upplysa om nya läkemedel. Åren närmast efter reformen startades parallella upplysningsprogram men med en tydligare styrambition. SBU satsade resurser på SBU-informatörer som skulle informera kommittéerna om SBUs rapporter och en ny tidskrift startades, SBU Alert. Nationella och regionala vårdprogram och kunskapsstöd blev tillgängliga över nätet och nya organisationer och nätverk med ambition att sprida bästa tänkbara information om läkemedel skapades (till exempel Infomedica<sup>66</sup> och web platsen [www.reklistan.nu](http://www.reklistan.nu)<sup>67</sup> jämförde olika kommittéers standarder med varandra. På nationell nivå drog landstingen tillsammans med ett antal statliga myndigheter igång det så kallade Läkemedelsprojektet, som syftade till samordning i läkemedelsfrågor. På lokal och regional nivå utvecklades nya IT-plattformar med syftet att integrera standarderna med annan information från kommittéerna som var tillgängliga via datorn.<sup>68</sup> Förutom dessa föränd-

---

<sup>66</sup> Infomedica bildades 1999 (<http://www.lio.se/Nyhetsarkiv/Nyhetsarkiv-2003/Infomedica-foddes-i-Ostergotland>). Är sedan 2005 [Sjukvårdsrådgivningen.se](http://www.sjukvardsradgivningen.se) (se artikel: Sjukvårdsrådgivningen.se, det nya namnet på infomedica”

[http://www.ltdalarna.se/templates/Base\\_\\_\\_\\_\\_2599.aspx](http://www.ltdalarna.se/templates/Base_____2599.aspx) (hämtat 2006).

<sup>67</sup> Vid tiden för studien var detta en web-plats för jämförelser mellan olika läkemedelskommittéers standarder. Några år efter studien (1999-2001) upphörde denna hemsida att existera.

<sup>68</sup> En av dessa IT-plattformar, Janus, som började utvecklas i mitten av 1990-talet spreds och kom med tiden att användas i flera stora regioner (Stockholm, Skåne, Västra Götaland). Visionen som också förverkligades, var att i ett och samma system göra tillgängligt information från



ringar av organisatorisk art skedde också förskjutningar i relationerna i de nätverk som fanns kring kommittéerna och läkarna.

### Staten flyttar fram sina positioner på läkemedelsinformationsområdet

I och med reformen tog staten på sig ett explicit ansvar för att tillhandahålla mer riktad information som underlag till kommittéernas arbete. Tre myndigheter som specifikt nämndes var Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och SBU (SOU 1995:122:240) och tanken från reformatörernas sida var att också medicinsk- och annan vårdpersonal skulle använda sig av deras rapporter i sitt arbete.

Staten har ett ansvar för att kommittéerna får kunskapsunderlag från de statliga myndigheterna på området. De statliga insatserna på detta område bör förstärkas [ ]. Statliga medel bör vidare avsättas för uppbyggnad av nationella kunskapsöversikter som stöd för läkemedelskommittéernas arbete; en med aktuella terapistandarder och en med värderingar av hälsoekonomiska studier. (SOU 1995:122:28)

Apoteksbolaget ålades också ett ansvar. Dels skulle apotekspersonalen vara så väl informerad att de skulle kunna hjälpa läkemedelskonsumenterna med preparatjämförelser och personliga råd. Men apoteken skulle också hjälpa till med att sprida läkemedelsinformation från till exempel SBU till både patienter och förskrivare. Vikten av att Apoteksbolaget samarbetade med läkemedelskommittéerna betonades också.<sup>69</sup> *HSU 2000* kom också på andra sätt att intressera sig för statens roll som läkemedelsinformationsproducent och den som kommit att kallas ”kunskapsstyrning” av hälso- och sjukvården. 1997 fick Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi

---

läkemedelskommittéerna, biverkningar, interaktioner (information om läkemedel som ej bör kombineras) mm mm (Landstingsförbundet 2000,

<http://www.webbhotell.sll.se/etjansterlakemedel/Janusfonster/> (hämtat juli 2010).

<sup>69</sup> En av dessa IT-plattformar, Janus, som började utvecklas i mitten av 1990-talet spreds och kom med tiden att användas i flera stora regioner (Stockholm, Skåne, Västra Götaland). Visionen som också förverkligades, var att i ett och samma system göra tillgängligt information från läkemedelskommittéerna, biverkningar, interaktioner (information om läkemedel som ej bör kombineras) mm mm (Landstingsförbundet 2000,

<http://www.webbhotell.sll.se/etjansterlakemedel/Janusfonster/> (hämtat juli 2010).

(CMT) i uppdrag att utarbeta en särskild rapport på temat kunskapsstyrning (Garpenby och Carlsson, SOU 1999:66 bilaga 2-6:218). Slutsatsen blev att läkarnas hade behov av mer och bättre kunskap. Det vill säga, frågan om vilka läkemedel läkarna borde välja formulerades nu indirekt till en fråga om bättre beslutsfattande från läkarnas sida, ett behov av bättre kunskapsunderlag som grund för deras arbete och en mer vetenskapligt styrd praxis bland läkarna på mottagningarna.

Statens positionsförflyttning och ökade aktivitet på läkemedelsinformationsområdet innebar också direkta förändringar i relationen till läkemedelskommittéerna. Å ena sidan stärktes kommittéerna på så sätt att de fick rätt till stöd och underlag för sina standarder. Å andra sidan blev spridandet av färdigpaketerad information från de statliga aktörerna en hierarkisk positionsförskjutning nedåt i förhållande till möjligheten att förhålla sig oberoende till staten. Från att i Läkartidningen 1966 liksom i Socialstyrelsens rapport 1981 definieras som skapare av ny och viktig kunskap, blev kommittéerna åtminstone delvis inordnade i en kunskapsproducerande hierarki där statliga och nationellt organiserade kunskapsproducenter hade en överordnad position i förhållande till kommittéerna. Läkemedelskommittéerna förutsattes inte längre skapa kunskap själva, utan istället bli aktiva förmedlare av rapporter och riktlinjer från myndigheter som SBU och Socialstyrelsen utöver tidigare kunskapsproducenter som Läkemedelsverkets workshops, internationella riktlinjer, nationella och regionala vårdprogram mm. Kommittéerna skulle också revidera standarderna när de statliga kunskapsproducenterna presenterade nytt underlag till nyheter på läkemedelsområdet.

### Läkemedelskommittéerna i förhållande till landsting och skattebetalare

Att utfärda standarder hade varit kommittéernas uppdrag redan tidigare men utredarna tänkte sig att läkemedelskommittéerna skulle kunna göra mer. Kommittéerna skulle förmedla centrala standarder och kunskapsunderlag från statliga myndigheter, vilket kan ses som ett politiskt betingat underordnande vad gäller den egna kunskapsproduktionen. Men de skulle också bli aktiva utbildare av läkarna i respektive län, om de inte var det sedan tidigare. De skulle också å landstingets men också sina egna vägnar

följa utfallet av standarderna som en del i uppföljningsarbetet (SOU 1995:122).

På detta sätt innebar reformen positionsförskjutningar för läkemedelskommittéerna såväl uppåt som nedåt. Uppåt i förhållande till landstingen på så sätt att deras standarder fick betydelse inte bara på lokal sjukhusnivå, utan också bland tjänstemän och beslutsfattare. Nedåt på så sätt att organisationen med läkemedelskommittéer rent författningsmässigt inte längre var fri. Enligt lagen skulle läkemedelskommittéerna ligga under landstingens organisation resursmässigt och organisatoriskt. I någon mening fick därmed de läkare som var engagerade i kommittéarbetet en i förhållande till den egna verksamheten extern uppdragsgivare. Men kommittéerna och dess ingående medlemmar fick i och med det nya tjänstemannauppdraget också en förändrad position i förhållande till sina kollegor. Gentemot de egna kollegorna skapades ett administrativt uppdrag att fullgöra gentemot landstinget. Frivilligheten fanns visserligen kvar såtillvida att basen för kommittéarbetet även fortsättningsvis låg på kollegier av intresserade läkare (Forsell et al 2004). Men delar av den kollegiala basen inordnades i en politisk tjänstemannastruktur som en del av landstingen i bemärkelse underställd dem och med implicita och explicita krav på förändring, främst minskade kostnader. Frågan om kommittéernas möjlighet till oberoende i förhållande till uppdragsgivaren landstinget var, som nämnts ovan, en icke-fråga på den politiska nivån. Förutsättningarna för en moralisk, etisk och kunskapsmässig åtskillnad mellan medlemmar i läkemedelskommittéer och andra läkare hade därmed skapats.

Ytterligare en förändring handlade om kommittéernas förhållande till patienter och allmänhet. De standarder som kommittéerna tidigare gav ut riktade sig till läkare, främst på sjukhus. De nya standarderna skulle inkludera öppenvården och patienterna där. Tanken var inte ny. I *LFU 92* finns en kortare diskussion om Riksförsäkringsverkets roll för frågan om den fria prissättningen av läkemedlen i läkemedelsförmånen. Också här tycks möjligheten att exkludera läkemedel från förmånen varit en icke-fråga vid den

här tiden.<sup>70</sup> Från statens sida sågs istället ökad prismetvetenhet från läkare och patienters sida som en önskad utveckling:

På sikt vore det önskvärt med en sådan prismetvetenhet hos förskrivare och patienter att ett sådant godkännande inte skulle behövas utan att beslutet kunde överlåtas till behandlande läkare i samråd med patienten. (SOU 1994:110)

Förhoppningarna förbinds i den efterföljande meningen med just läkemedelskommittéerna, under förutsättning att kommittéernas resurser förstärktes. Om vi tittar tillbaka på de centrala SOU utredningarna för Läkemedelsreformen huvudutredningarna kom också patienterna att ingå i reformpaketet på ett nytt sätt. Till idén om läkarna som ansvariga för kostnaderna för läkemedelsförmånen gentemot staten (i kraft av vilka läkemedel de valde att förskriva), fick deras ekonomiska ansvarighet ytterligare en dimension. I den ideologiska grunden för Läkemedelsreformen fanns också tanken om patienten som skattebetalare med rätt att få ut högsta möjliga kvalitet till bästa möjliga pris. Principen att läkarnas plikter gällde samhällets och enskildas bästa kom nu också att inkludera ett moraliskt ansvar för att medborgarnas skattemedel användes på ett ansvarsfullt sätt.

### Det ekonomiskt-administrativa systemet

En central del i hela Läkemedelsreformen var uppbyggnaden och användningen av ett omfattande ekonomiskt-administrativt tekniskt system som klarade att hantera alla de olika register och enheter som skulle behöva skapas och samordnas för att reformpaketet skulle kunna implementeras, utan dem skulle kostnaden för läkemedelskostnaderna inte kunna sorteras till rätt landsting. Systemet syftade också till att ge kommittéerna möjlighet att följa upp förskrivningen och effekterna av sin egen verksamhet. Innan lagen om receptregister och tillhörande förskrivareregister hade sådana uppföljningar tidigare inte varit möjliga.<sup>71</sup> Lagen om receptregister (1996:1156)

---

<sup>70</sup> Några år senare skapades emellertid Läkemedelsförmånsnämnden, en statlig myndighet (vilken senare bytte namn till Tandvårds- och läkemedelsförmånsnämnden) som fick frågan om inkludering/exkludering i läkemedelsförmånen som sitt uppdrag (Sjögren 2006)

<sup>71</sup> Innan reformen hade apoteksbolaget fyra slags uppföljningar för att skapa statistik kring läkemedel. Jämtlands- och Tierpsstudien där 1/7 respektive hela befolkningens recept registrerats

byggde på tillgängligheten till detaljerad statistik, och den koppling mellan läkemedelskommittéer, kontroll och databaserad statistik som redan tidigare gjorts blev nu än starkare. De nya datasystemen var emellertid inte klara vid tiden för de nya läkemedelskommittéernas ikraftträdande 1997.

I de inledande diskussionerna kring den praktiska utformningen av registren, låg fokus på hur kostnaderna för reformen rent praktiskt skulle distribueras genom kodnings- och sorteringssystem. Eftersom receptet blev en uppföljningsenhet i sig behövdes rätt recept knytas till rätt landsting. Lösningen på problemet blev att knyta receptet till patienten genom patientens personnummer. Att använda personnumren på det här sättet var nytt och mötte en hel del invändningar. Det hade tidigare varit förbjudet att lagra personnumren och såväl utredarna som datainspektionen och Riksförsäkringsverket avstyrkte förslagen.<sup>72</sup> Likväl genomfördes förslaget. Förhoppningar fanns också att recepten skulle knytas till den enskilde förskrivande läkaren och dennes arbetsplats, vilket skulle kräva ett särskilt förskrivarregister. Förhoppningen var till och med att apoteken skulle kunna upphöra med att expediera recept utan godkända förskrivar- och arbetsplatskoder.<sup>73</sup> Att göra verklighet av detta var däremot något helt annat. Vid tiden för reformen var receptregistret i första hand definierat som ett instrument att fördela kostnaden rätt mellan olika landsting. Förhoppningar fanns emellertid att receptregistren skulle kunna bli något mer.

## Diskussion: likheter och skillnader i argument och förändringsambition

I studien av standarderna och kommittéerna ovan kan vi se att skillnaden på följsamhet enligt Estimat F (se kapitel 3) inte kunde förklaras med vilka

---

sedan 1970-talet. Receptundersökningen som omfattade 1/25 del av alla recept samt Diagnos/receptuppföljningen som genomförts kontinuerligt sedan 1978, och där avidentifierade receptkopior använts för att få fram statistik om förskrivningsorsaker samt läkemedelsanvändning/behandlingsmönster för sjukdomar. Apoteksbolaget har också fört kontinuerlig statistik över försålda läkemedel som återrapporterades till läkemedelsföretagen (Prop 1996/97:27 s 121; Socialstyrelsen, rapport nr 1996-83-8).

<sup>72</sup> Prop 1996/97:27 s 116 ff, (nätupplagan).

<sup>73</sup> Se prop 1996/97:27

specifika läkemedel som valts då samtliga tre kommittéer slutade föreskriva Losec i standarden för Ont-i-magen under den studerade perioden. De tre kommittéerna föreskrev dock det antidepressiva läkemedlet Cipramil. Det gjorde innehållet i de tre kommittéernas standarder lika. Utifrån de tre kommittéernas standarder går det till exempel att urskilja två olika typer av argument: Endera motiverade standarderna främst med vetenskapliga argument, eller så byggde de vidare på praxis och skapades med utgångspunkt i vad distriktsläkarna redan gjorde. Kommittéerna i såväl Storstad och Länsbygd uttryckte båda en starkare ambition att förändra praxis än vad Mellanstad gjorde, men på olika sätt. Storstad argumenterade utifrån vetenskapliga argument som vilket alternativt läkemedel som var mest väldokumenterat och utifrån en modell för behandlingsvärdigt respektive inte behandlingsvärdigt Ont-i-magen. Länsbygd argumenterade utifrån praxisbilden. Mellanstads standarder var i jämförelse med Storstads och Länsbygds mindre föreskrivande, varför det utifrån standarden blev svårt att se vad Mellanstad ville att standarden skulle förändra.

En skillnad som skulle kunna förklara åtminstone en del av variationen i läkarnas egenrapporterade följsamhet till respektive kommittés standarder (se Estimat F, 3), var skillnader i upplevd kollegialitet.<sup>74</sup> Mellanstads läkemedelskommitté hade enligt mina observationer det mest respektfulla tilltalet gentemot läkarna i länet. Läkarna kände till varandra och kommittémedlemmarna uttryckte respekt för sina icke kommittéanslutna kollegor. Standarden var utformad i en resonerande stil med mycket text, flera alternativ och utan pekpinningar i form av formulerade påbud eller förbud.

Standarden i Storstad däremot, som fått medelhöga poäng på följsamhet, var mer formellt och hierarkiskt organiserad, vilket syntes också i standardernas layout och textmässiga innehåll. I Länsbygd, som fått lägst poäng på läkarnas egenrapporterade följsamhet var organisationen flexibel och informell, men med stridigheter mellan läkare på olika sjukhus, och mellan kommittén och distriktsläkarna.

Därigenom kom emellertid bli tydligt att mitt estimat på följsamhet, inte var ett lämpligt sätt att fortsätta utforska effekten på. Jag kommer återkomma till detta längre fram. Härnäst kommer jag att fortsätta utforska

---

<sup>74</sup> För en mer utförlig diskussion om kollegier och kollegialitet se Forssell et al 2004.

själva standarden och framförallt dess effekter, genom att undersöka på hur de presumtiva läkarna på tre vårdcentraler uppfattade dem och använde sig av dem.

## Sammanfattning

Ovan kan vi se att Lagen om Läkemedelskommittéer förändrade organiseringen av kommittéerna och kommittéarbetet i två av kommittéerna så att de kom att överensstämja med det som föreskrevs i den nya lagen, medan av dem redan var organiserad på det sätt som föreskrevs av stat- och lands-ting. Vi kan också se att de tre kommittéerna utfärdade standarder, om än motiverade med delvis olika argument. I och med att samtliga tre kommittéer slutat föreskriva Losec för Ont-i-magen i sina standarder, kan en överensstämmelse med den specifika kritik mot sådana läkemedel som uttrycktes i Läkemedelsreformens förarbeten (SOU 1995, samt SOU 1999) iakttas. I en av kommittéerna föreskrevs dessutom striktare diagnoskriterier för att förskriva läkemedel mot Ont-i-magen, i standarden. Att standarderna inte föreskrev begränsningar i förkrivningen av läkemedel mot Depression eller striktare diagnosticering, utan tvärtom uttryckte Depression som viktigt att behandla, kan också betraktas som i överensstämmelse med det som beskrivits som behandlingsvärdigt respektive inte behandlingsvärdigt i tidigare statliga rapporter.

Ovan kan vi också se en skepsis mot ekonomiska argument, men också en acceptans för det ekonomiskt rationella, givet att standarderna också kunde motiveras med medicinska argument. Läkemedelskostnaderna och i synnerhet kostnadsökningarna, beskrevs som ett hot mot välfärden och möjligheten att tillhandahålla. Detta kan ses som en förändrad tolkningsram. Sammantaget tyder detta på att staten ökat ledningskontrollen över läkarnas val av läkemedel, åtminstone sett till standardernas innehåll och förändringsambition. Också kunskapsargumenten och motiven för att föreskriva vissa läkemedel framför andra förändras. Kunskapsargument baserat på vetenskap, evidensbaserad, godkända indikationer i FASS och ekonomi vinner mark på bekostnad av kunskapsargument baserat på läkarkollektivets beprövade erfarenhet samt terapitradition, det vill säga hänsyn till

praxis och vad patienter och annan vårdpersonal har erfarenhet av och vana att hantera.

Samtidigt är det tydligt att de nya tolkningsramarna inte accepteras fullt ut, samt att uppdraget som kommittéläkare väcker dilemman. Flera läkare uttrycker obehag över att staten lade på dem ett ansvar för läkemedelskostnaderna som inte hör hemma hos dem, som inte ingick i deras roll som läkare utan hör hemma på den politiska nivån. Flertalet kände sig heller inte bekväma med tanken att följa standarderna i det egna kliniska arbetet med patienter. Rollen som regelsättande och regelföljande läkare, uppgiften att fördela välfärd också på ett ekonomiskt ansvarsfullt sätt och ansvaret att leva upp till det de såg som kärnan i läkarens kall och uppdrag gentemot patienterna föreföll väcka dilemman. Synen på sig själv som en kunnig och förnuftig läkare som å ena sidan baserade sina beslut på vetenskap, godkända indikationer i FASS och evidensbaserad medicin och å andra sidan synen på sig själv som redan var kunnig och dessutom med gedigen egen erfarenhet av vilka läkemedel som borde förskrivas och för vad, föreföll problematisk. Flertalet ansåg att deras egen erfarenhet som läkare även fortsättningsvis borde vara av avgörande betydelse för vilket läkemedel de förskrev.

Sammantaget föreföll standarderna att leda till aktiviteter baserat på det de uppfattade som sitt uppdrag, föreställningar om vad stat- och myndigheter förväntade sig av dem, vad patienterna hade rätt att förvänta, vad andra läkare ansåg och gjorde, vad andra läkemedelskommittéer gjorde samt oro för vad de nya tekniska-administrativa systemen (i synnerhet förskrivarregistren och möjligheten att följs upp förskrivningen på individnivå). Det senare kan förstås som att nya villkorsramar växer fram, vilket påverkar läkarnas syn på vad de borde göra. Tolkningsramar för vad standarderna syftade till växte fram successivt genom både egna och andras (såväl kollegors som organisatorers) aktiviteter. Baserat på detta meningsbestämde de enskilda läkarna vad de uppfattade som syftet med standarderna och vad de själva borde göra.

Samtidigt blev det tydligt att arbetet med standarderna och i synnerhet tanken att själva följa dem väckte dilemman som läkarna på olika sätt försökte hantera. Ett flertal förefaller att låta den medicinska logiken underordna sig den ekonomiska genom idén om ökad kostnadseffektivitet och i



förlängninge möjligheten att ge patienterna bästa möjliga vård också i framtiden. Några uttryckte cynism gentemot de krav som de ansåg att de inte borde ha, samtidigt som de föreföll bundna av sina farhågor över vad de nya villkorsramarna kunde innebära för dem själva. Åter andra gav uttryck för vanda vid tanken på att inte förskriva de läkemedel de ansåg var bäst för sina patienter samtidigt som de föreföll bundna vid det de uppfattade som sitt nya uppdrag (och förändrade läkarroll).

## Kapitel 7

### Att följa standarder – följsamhet bland distriktsläkare på tre vårdcentraler

Som vi såg i föregående kapitel hade läkarna i de tre studerade läkemedelskommittéerna en försiktig förhoppning om att standarderna skulle följas samtidigt som det inte gick att slå fast vad den följsamhet de eftersträvade skulle bestå av, liksom mer precist vad den önskade effekten av deras standarder var. Frågan om hur standarderna skulle följas hängde så att säga fortfarande i luften, men en successiv meningsbästämning på individnivå tycks samtidigt växa fram. En tolkningsram att standarderna behövdes och rationella samt att kritiken mot läkarkåren åtminstone i viss mån var befo-gad. Både sett till att de som läkare skulle ha ansvar för statens kostnader för läkemedel och att åtminstone vissa läkare saknade den senaste och mest vetenskapliga kunskapen på områden som Ont-i-magen och Depression. Läkarna i läkemedelskommittéerna accepterade standarderna även om vissa samtidigt såg dem som en ökad ledningskontroll på bekostnad av sin ekonomi. Men samtidigt var den självbild och de ideal de, inte minst på individnivå, uttryckte, att de hade en relativt stark position (autonomi) gentemot staten i kraft av sin vetenskapliga kunskap och legitimitet som läkare.

I det här kapitlet kommer jag att undersöka hur standardernas syfte och mening uppfattades på distriktsläkarnivån. Vad distriktsläkarna sa om dem, hur de såg på sin egen följsamhet till dem och på vilket sätt de i så fall ansåg sig följsamma. Jag kommer att redovisa för hur de visade sig i vardagsarbetet, på interna läkarmöten, väntrum och småsnack kolleger emellan, det

vill säga situationer som inte härrörde från min närvaro som forskare från Handelshögskolan. Jag kommer också att redovisa för de villkors- som tolkningsramar jag kunde iaktta i deras arbete som distriktsläkare på vårdcentraler, effekter på val av läkemedel på individnivå som kunde iakttas och om liknande effekter som dilemman (se föregående kapitel 6 om läkemedelskommitté anslutna läkare) återfanns här och hur de i så fall hantlade det.

## Bruket, Kyrkbyn och Ön

Vårdcentralen Bruket låg i Mellanstad, en avfolkningsbygd. Det första jag observerade var lokalerna som gav ett anonymt och lite slitet och ödsligt intryck. De tomma lokalerna förklarades med att en del av den tidigare sjukvårdsverksamheten som låg vägg i vägg lagts ner. På hemsidan presenterades vårdcentralen med uttryck som: ”*okonventionella lösningar*”, ”*strävan att utnyttja knappa resurser på bästa möjliga sätt*”. På hemsidan fanns också argument till varför saker organiserats på detta sätt: ”*I slutändan har det visat sig att alla tjänar på [det]*”, ”*För patienterna är det en stor fördel*.” På hemsidan fann jag också exempel på saker man var stolt över på vårdcentralen, till exempel konkreta åtgärder som gjorts för läkarnas vidareutveckling, och en beskrivning av den vackra omgivningen. I samtal med enhetschefen fick jag veta att Bruket hade dragits med läkarbrist i flera år – bara hälften av tjänsterna var tillsatta.

På Bruket blev jag också varse att mötet patient-läkare inte nödvändigtvis begränsades av de villkor i tid och rum som läkarens mottagningsrum medförde. Jag blev varse att mottagningsrummet och det fysiska mötet var en villkorsram som inte passade verksamheten på grund av läkarbristen, och att en alternativ villkorsram hade tagits i bruk. Bristen på mottagnings-tider (begränsningar i möjligheten att tidsmässigt hinna träffa alla patienter hade lett till att många konsultationer, i huvudsak uppföljningar och förnyelse av recept, numera skedde per telefon).

Den socioekonomiska situationen för Brukets innevånare beskrevs som osäker och pressad. [Den Stora arbetsgivaren] hade varslat om nedskärningar och läkarna talade om ökad stress och utmattningsproblem bland patienterna som en konsekvens av detta. En rapport över demografiska och

socio-ekonomiska data visade att invånarna i Bruket hade lägre medelinkomster än på andra håll i länet.<sup>75</sup> När jag lite längre fram fick möjlighet att studera en enkät över befolkningens egenupplevda hälsa<sup>76</sup> visade svaren på en högre ohälsa än på andra håll i länet och fler långtidssjukskrivna. Den psykiska hälsan var enligt enkäten däremot relativt god.

Kyrkbyn låg också i Mellanstad. Också här såg jag mig om i mottagningsrummet. I jämförelse med Bruket gav lokalerna ett personligt intryck med klara, starka men inte grälliga färger. Informationen på hemsidan liknade Brukets i stilen, men var annorlunda till innehållet med uttryck som: ”*gemytlig stämning*” och exempel på värden och verksamheter som låg vårdcentralen ”*varmt om hjärtat*”. I Kyrkbyn blev jag uppmärksam på läkarvardagens existentiella dimension, en till experimentet alternativ tolkningsram. Läkaren kunde i patient-läkarmötet också få rollen som präst och själavårdare, med lindring och tröst att erbjuda snarare än befrielse från jordelivets krämpor.

När det gäller patienterna i området stack ingenting särskilt ut sett till det läkarna berättade. Men när jag senare fick möjlighet att titta på demografi och socio-ekonomiska aspekter<sup>77</sup> kunde jag konstatera att medelinkomsten var högre i Kyrkbyn än i Bruket. Också i Kyrkbyn berättade läkarna om ett ökande antal utmattade, trötta och nedstämda patienter, men till skillnad från Bruket var det inte oro för arbetslöshet som var skälet utan höga krav på arbetet, och svårigheten att få ihop arbete och familj.

Öns vårdcentral låg i Storstads utkanter, vackert belägen nära vatten och sjöliv. Lokalerna framstod varken som påvra eller propra, kanske beroende på att mottagningen var större och att mitt fokus splittrades i och med att det fanns fler patienter och mer aktiviteter pågick samtidigt. Istället för ro att reflektera kom jag att söka efter specifika symboler som kunde säga något om vårdcentralens karaktär. I mottagningsrummet fångade informationsbladen på ett ställ min uppmärksamhet, dels genom sin kraftfulla gula färg och dels då bladen var tryckta på tjockt, högblankt papper. Informat-

---

<sup>75</sup> På grund av anonymitetskravet (se kapitel 3), får jag inte uppge referensen på källan till dessa uppgifter.

<sup>76</sup> En studie som gjordes omkring ett år efter mitt besök (och som jag på grund av anonymitetskravet inte heller får uppge referensen på).

<sup>77</sup> Samma källa som för Bruket, se ovan.

ionen på bladet var riktade till patienterna: ”*Din skatt*”, stod det och på baksidan fanns uppgifter om hur mycket kostnaderna för länets skattebetalare skulle minska om läkarna följde läkemedelskommitténs standarder. Jag tolkade bladet som att läkarna på vårdcentralen ville signalera att de såg det som viktigt att använda medborgarnas skattekronor på bästa sätt. På Ön kom jag bland annat därför att bli uppmärksamhet på läkarens roll som en ämbetsman i statens tjänst med det specifika uppdraget att fördela välfärd med inte bara medicinska behov utan också kronor och ören i åtanke.

På hemsidan, som blev tillgänglig först efter omkring ett år efter mitt besök, fanns uttryck som ”visioner” och ”personlig utveckling” med, och dessa uttryck stämde väl med det läkarna berättat för mig om sin arbetsplats och beskrivit som unikt för just för den. Det var på Ön jag blev särskilt uppmärksam på att läkarna ville ha ut något av sitt arbete för egen del. Något som inte var direkt avhängigt vare sig lön eller rollen som livläkare eller tjänsteman.

När det gäller patienternas socio-ekonomiska situation beskrev läkarna patienterna som endera tillhörande gruppen yngre, välutbildad och välbeställd medelklass eller äldre och arbetarklass. Av kommunens demografiska uppgifter att döma var hushållens inkomster högre än övriga landets och också högre än på många andra håll i Storstad. Arbetslösheten var låg. Också här talade läkarna om stressrelaterade besvär hos sina patienter, fast här med närheten till Storstaden, dess utbud och krav, som förklaring.

## Mellan läkemedelskommitté och vårdcentral: följsamhet och förskrivningsdata för läkemedel mot Ont-i-magen respektive Depression perioden 1999 till 2001

Ett sätt att se på följsamhet som nämndes i föregående kapitel, är att betrakta följsamhet som en fråga om vilket specifikt läkemedel som läkaren valt. Att följa en standard skulle då vara att förskriva ett visst läkemedel för

ett visst medicinskt problem<sup>78</sup> där läkemedlet vetenskapligt visats ha effekt. En analys av förskrivningsdata visade emellertid att det finns betydande utmaningar med en sådan definition. Jag kommer nu diskutera följsamhet till standarderna för Ont-i-magen respektive Depression för två vårdcentraler i Mellanstad baserat på förskrivningsdata .

### Följsamhet baserat på förskrivningsdata för läkemedel mot Ont-i-magen och Depression i Kyrkbyn och Bruket

Vid tiden av studien av distriktsläkarna i Mellanstad, hade läkemedelskommittén en uppfattning om läkarna på vissa vårdcentraler som följsamma till standarderna och läkare på andra vårdcentraler som mindre följsamma. Uppfattningen från kommitténs sida baserades på förskrivningsstatistik som enligt kommittén visade att läkarna som arbetade på Kyrkbyn var enligt kommittén följsamma till standarderna, medan läkarna på Bruket inte var det.<sup>79</sup> Vi kommer nu att jämföra dessa förskrivningsdata med standarderna för Ont-i-magen respektive Depression, för att komma fram till på vilket sätt dessa förskrivningsdata visar att läkarna på den ena vårdcentralen (Kyrkbyn) följde standarderna i högre grad än läkarna på Bruket

### **Analys av förskrivningsdata för läkemedel mot Ont-i-magen**

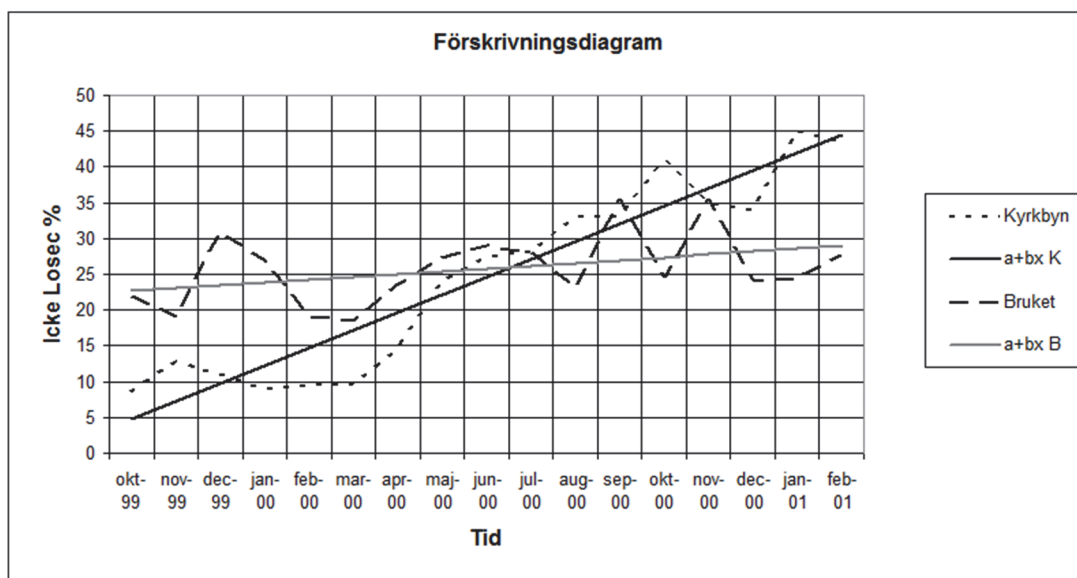
Uppfattningen att Kyrkbyn var mer följsam till standarden för Ont-i-magen baserades på skillnader i procentuell andel förskrivet Losec relativt andra läkemedel inom *läkemedelsklassen protonpumpshämmare (PPI)* enligt diagrammet nedan.

---

<sup>78</sup> Med indikation avses en diagnos eller beskrivning av ett avgränsat medicinskt erkänt problem, vanligen definierat enligt de internationella klassificeringssystemen ICD-10 och/eller DSM-IV.

<sup>79</sup> Detta var också det urvalskriterium jag använde för att välja just dessa två vårdcentraler för att undersöka vad följsamhet var.

Figur 2. Förskrivningsdata för Bruket respektive Kyrkbyn perioden oktober 1999, till februari 2001. Regressionslinjerna för Bruket ( $22,5 + 0,25 t$ ) respektive Kyrkbyn ( $4,5+2,5 t$ ) visar initial förskrivning samt förändringen under perioden.



Enligt kommitténs tolkning av statistiken visade förändringen i förskrivning att Kyrkbyns läkare var mer följsamma än Brukets.

Studerar vi uppgifterna ovan (figur 2) noggrant, blir det emellertid svårare att förstå hur det kom sig att kommittén betraktade den ena vårdcentralen som mer följsam än den andra. I slutet av mätperioden var det visserligen en diskrepans mellan vårdcentralerna på 15 procentenheter och diagrammet ovan visar att förändringen var olika stor, men en närmare studie av grafen i jämförelse med standarderna och annan statistik, visar på betydande svårigheter att definiera följsamhet till kommitténs standarder på ett så entydigt sätt.

Diagrammet visar att andelen förskrivna *PPI* i Bruket som gällde andra läkemedel än Losec var 22,5 vid mätperiodens början och att denna andel inte ökade under perioden. För Kyrkbyn kan vi se att andelen icke-Losec vid mätperiodens början utgjordes av endast 4,5 procent, men ökade kraftig

från mars 2000.<sup>80 81</sup> Med tanke på att läkemedelskommittén ändrade standarden för Ont-i-magen och Losec 2000/2001, drog kommittén slutsatsen att Kyrkbyn hörsammat de nya standarderna och att Bruket inte gjort det.

Men en sådan slutsats är inte självklar. Ändringen i 2000/2001 års standard bestod av att Losec inte längre omnämndes bland de PPI läkemedel som föreskrevs som lämpliga till patienter med Ont-i-magen. Kommittéen hade emellertid rekommenderat alternativa läkemedel parallellt med Losec en längre tid. Därmed kan lika gärna Bruket ses som den mer följsamma vårdcentralen i och med att läkarna på Bruket förskrivit alternativa PPI under längre tid än Kyrkbyn. Statusen för Losec hade visserligen förändrats, det återfanns inte längre som ett bland andra rekommenderade, men det fanns ingenting i standarden som framställde Losec som mindre lämpligt eller att läkarna borde sluta med att förskriva det.

En första fråga blir därför exakt vad i standarden som skulle följas enligt läkemedelskommittén, en andra fråga vad distriktsläkarna följde och en tredje fråga vad detta säger om innehållet i standarderna. Dessa tre frågor handlar alla om var gränserna för standarden gick. Innebar utelämnandet av ett tidigare påbudet läkemedel en förändring av ett påbud alternativt förbud, eller ska utelämnandet snarast förstås som att ett meningsskikt tillkommit alternativt fallit bort.

Drar vi gränsen för standarden vid påbudsaspekten, går det inte att utifrån förskrivningsdata förklara vare sig förändringen eller att Kyrkbyn betraktades som mer följsam. Påbudsaspekten föll visserligen bort i standarden för 2000/2001, men utan att ersättas av ett förbud. Ett alternativt sätt att uppfatta förskrivningsstatistiken är att Bruket följde påbudet att förskriva alternativa läkemedel i samma läkemedelsklass som Losec i och med att den relativa andelen av sådana läkemedel inte gick ned utan låg på samma nivå hela mätperioden. Sett så följde Bruket standarden mer troget

---

<sup>80</sup> Att observera är att regressionslinjen är räknad på hela den aktuella mätperioden. Om regressionslinjen istället skulle beräknas mellan mars 2000 och februari 2001 skulle lutningen på linjen öka ytterligare. Jag har emellertid valt att hålla mig till den av läkemedelskommittén tillhållna statistiken, då det är utifrån den diskussionen om följsamhet fördes i intervjusituationen med mig.

<sup>81</sup> Att notera är också att recept är giltiga i ett år, vilket betyder att standarder och förskrivningsmönster förhåller sig till varandra med ett glapp på upp till ett år.



än Kyrkbyn, då Bruket förskrivit alternativ till Losec så länge sådana påbudits vilket Kyrkbyn inte gjorde vid mätperiodens början.

Vidgar vi istället gränserna för standardens innehåll så att den borttagna texten bör beaktas, kan kommittén förväntat sig en förändring i förskrivningsmönstret, att distriktsläkarna i större utsträckning än tidigare skulle skriva ut alternativa preparat. Sett till förändring av förskrivningsmönstret, kan en sådan iakttas i Kyrkbyn och inte i Bruket, varpå det ligger nära till hands att kommitténs bedömning av den ena vårdcentralen som följsam och den andra inte, förklaras bäst av texten som inte längre fanns. Detta sätt att definiera följsamhet, skiljer sig emellertid från det kommittén betraktade som följsamhet bara ett år tidigare, när det var ”intentionen” i standarden som gällde. Med ”intentionen” avsågs då att de sammanlagda kostnaderna för de läkemedel som läkarna i Mellanstad förskrev var lägre per innevånare och sett till åldersfördelningen än i andra län.

Om vi tills vidare stannar vid i första hand de meningsskikt som tillkom vid tiden för studien kan förutom den borttagna texten nämnas den kampanj mot att skriva ut Losec som kommittén förde i den egna bulletinen, i lokal media och genom personliga besök från representanter från kommittén till vårdcentralerna. Dessa meningsskikt förändrade i så fall tolkningsramen för vad det var att följa standarden på rätt sätt, dels genom att förändringen i sig kan ses som ett meningsskikt, dels genom att det sammantagna budskapet i kampagen hade innebörden att läkarna borde minska förskrivningen av Losec till förmån för billigare läkemedel i samma läkemedelsklass.

### **Analys av förskrivningsdata för läkemedel mot Depression**

Den statistik över förskrivningen av antidepressiva läkemedel som kommittén valde att tillhandahålla var utförlig och innehöll information om förskrivningen dels mätt som totala kostnader och dels som relativ fördelning av olika läkemedel mätt som *definierade dygnsdoser (DDD)*.<sup>82</sup> Dessa data visade att användningen av antidepressiva läkemedel var lägre i Kyrkbyn än Bruket.<sup>83</sup>

---

<sup>82</sup> DDD är en förkortning på standardiserade definierade dygnsdoser, en beräknad snittdos per dag och patient (som fått läkemedlet förskrivet).

<sup>83</sup> För att bevara respektive vårdcentralers anonymitet kan jag emellertid här inte öppet redovisa de verkliga kostnaderna mätt i kronor för dessa vårdcentraler för år 2000.

Standarderna för läkemedel mot Depression under perioden 1999 till 2001 visar att läkarna föreskrev den läkemedelsklass som i första hand skulle användas (SSRI), varför dessa läkemedel är kursiverade nedan. Utöver detta är positivt omnämnda läkemedel för år 1999 markerade med #, och positivt omnämnda läkemedel 2000 och 2001 markerade med \*. 2002 års rekommenderade preparat är markerade med en understrykning.

Beroende på hur följsamheten definieras kan båda vårdcentralerna ses som följsamma med avseende standarden för Depression. Både Cipramil och Zoloft hörde båda till den läkemedelsklass (SSRI) som läkemedelskommittén föreskrev i standarderna som förstahandsläkemedel, vilket skulle indikera att båda vårdcentralerna är följsamma. Om vi istället definierar följsamhet efter den totala kostnaden för antidepressiva läkemedel, visar analysen att Bruket skrev ut mer än dubbelt så mycket antidepressiva som Kyrkbyn i kronor räknat (+124,8 %)<sup>84</sup> och att Bruket därför skulle kunna förstås som mindre följsam. Mätt i DDD är skillnaden betydligt mindre (+108,8 %) vilket i så fall skulle kunna betyda att ingen av vårdcentralerna var mer följsam än den andra. Det vi kan se ovan är emellertid att vårdcentralerna år 2000 skilde sig åt i profil. Av två likvärdiga preparat valde Bruket i högre grad än Kyrkbyn det dyrare Zoloft framför det billigare Cipramil, vilket skulle kunna uppfattas som att Bruket är mindre följsam än Kyrkbyn om följsamhet är att förskriva billigare läkemedel, en av de många möjliga definitioner av följsamhet som framkommit i de olika studierna och analyserna av data.

---

<sup>84</sup> Som nämnts ovan anonymitet kan jag här inte öppet redovisa de verkliga kostnaderna mätt i kronor för dessa vårdcentraler för år då det skulle göra det möjligt att identifiera respektive vårdcentral.

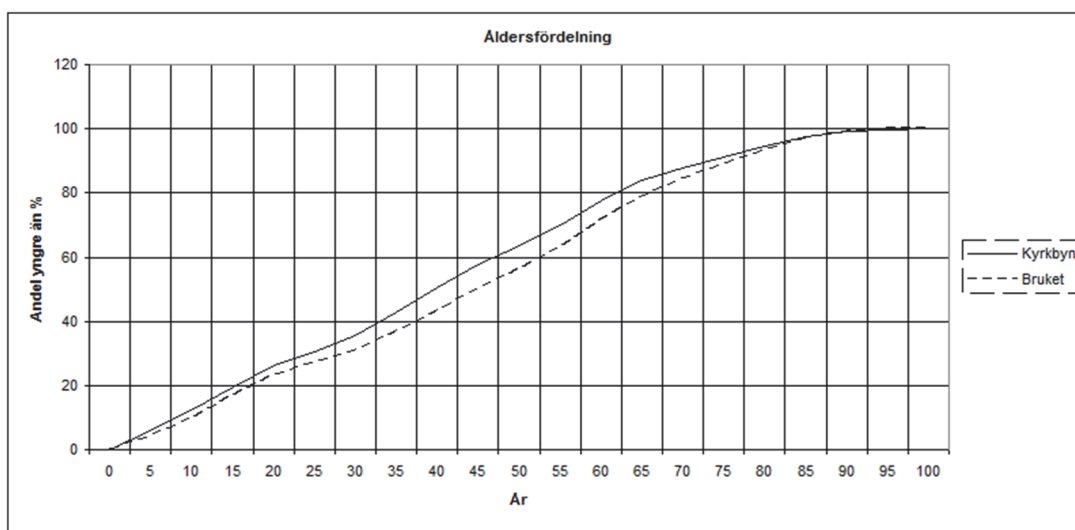
Tabell 1. Kostnaden i procent av totalkostnaden för antidepressiva läkemedel i Bruket och Kyrkbyn för år 2000, samt relativa andelen av DDD (definierade dygnsdoser) i procent för Bruket och Kyrkbyn år 2000.

Handelsnamn	Kostnader i %		DDD	
	Bruket	Kyrkbyn	Bruket	Kyrkbyn
Anafranil	0,57	0,58	0,78	1,05
Anafranil Retard	0,48	0,14	0,88	0,25
<i>Cipramil # *</i>	<i>26,49</i>	<i>52,43</i>	<i>27,71</i>	<i>51,01</i>
Edronax	0,04	0	0,03	0
Efexor #	6,99	7,51	3,88	4,01
Efexor Depot #	1,02	2,34	0,57	1,22
Fevarin #	2,33	0,27	2,30	0,24
Fluoxetik Selena #	0	0,74	0	1,24
Fontex #	0,22	2,10	0,20	1,68
Klomipramin NM Pharma	1,46	1,13	3,11	1,87
Ludiomil	0,05	0	0,10	0
Maprotilin NM Pharma	0,17	0	0,31	0
Mianserin NM Pharma #	1,42	0,13	1,94	0,20
Nefadar #	2,25	0	2,38	0
Remeron *	3,43	0	2,74	0
Saroten	0	0,31	0	1,31
Sensaval	0	0,04	0	0,11
Seroscand #	0,16	0,15	0,29	0,26
Seroxat #	11,52	12,85	11,07	11,31
Tofranil	0,10	0,03	0,31	0,04
Tryptizol	1,53	2,97	5,33	10,59
Tymelyt	0,12	0,07	0,23	0,11
<i>Zoloft # *</i>	<i>39,65</i>	<i>16,21</i>	<i>35,84</i>	<i>13,50</i>
TOTAL	100	100	100	100

Att jämföra kostnader respektive DDD, kan emellertid vara missledande, då två områden kan ha olika åldersfördelning på sina innevånare. Av det skälet gjorde jag en analys också av demografiska data som visar att den

relativa åldersfördelningen för invånarna i respektive upptagningsområde skilde sig åt.<sup>85</sup>

Figur 3. Den ackumulerade åldersfördelningen i Bruket och Kyrkbyn 2002.<sup>86</sup>



Som vi ser ovan är grafen för Brukets åldersfördelning förskjuten uppåt jämfört med Kyrkbyn. Uttryckt i hela år är förskjutningen 4 år (medelålder) respektive 7 år (median). Skillnaden i åldersstruktur gör att läkemedelskostnaderna borde vara högre i Bruket än i Kyrkbyn, då äldre konsumerar mer läkemedel än yngre. Detta förklarade emellertid inte hela skillnaden i förskrivning och kostnader. Även med så kallade *åldersstandardiserade* värden ansåg ordföranden att förskrivningen i Bruket låg oförklarligt högt. Om

<sup>85</sup> Jag har här inte gjort någon hypotesprövning av om skillnaden mellan dessa grupper var statistiskt signifikant utan nöjt mig med en oculär bedömning.

<sup>86</sup> De demografiska data som jag här använder är hämtade från SCB, det vill säga officiell statistik över landets kommuner från 2004. Jämfört med uppgifter om invånarantal som angavs på respektive vårdcentralers hemsida 2002 finns en viss diskrepans såtillvida att invånarantalet 2004 har sjunkit jämfört med 2002. Det är emellertid min uppfattning att åldersstatistiken ovan är tillräcklig för att gälla som en approximation av förhållandena 2002. Syftet med approximationen ovan är att få ett grepp om skillnaderna i åldersfördelning i Bruket respektive Kyrkbyn, för att därmed också få en bättre förståelse för vad för slags åldersskillnader kommittén syftade på.

skillnaden i DDD inte kan förklaras av skillnaderna i åldersfördelning, ligger det nära till hands att förklaringen ligger i valet att överhuvudtaget förskriva läkemedel. Det bekräftar i så fall att synen på följsamhet till standarden för Depression från kommitténs sida handlade om hur mycket förskrivningen kostade, mer än om vilka läkemedel som valts.

Förskrivningsstatistiken för Bruket och Kyrkbyn, demografiska data, uppgifter om befolkningens hälsotillstånd och socio-ekonomiska situation samt lokala förhållanden på vårdcentralerna har hittills visat att uppfattningen om vad det innebar att följa standarderna skulle kunna handla om så skilda saker som val av specifikt läkemedel, förändring i förskrivningsstatistik, val av billigare läkemedelsalternativ och valet att överhuvudtaget förskriva. Detta kan förstås som att följsamhet inte kan bedömas på samma sätt för alla standarder, utan sannolikt beror på vilket medicinskt område som diskuteras. Att analysera följsamhet utifrån förskrivningsstatistik gav ingångar till vad följsamhet skulle kunna tänkas vara, men förklarar inte vad, som har med standarderna att göra, som leder till effekt och det säger ingenting om standardens mekanismer. En alternativ möjlighet är att fördjupa analysen av statistiken och uppgifterna från läkemedelskommittéernas arbete och syfte med standarderna för att istället söka svar utifrån de presumtiva regelföljarnas arbete på den lokala vårdcentralen, förskrivningssituationen, mötet mellan läkare och patient.

## Följsamhet baserat på observationer och samtal utifrån från studien av distriktsläkare på Bruket, Kyrkbyn och Ön

En alternativ förståelse av bedömningen av läkarna som följsamma respektive inte följsamma är att ta fasta på att den gemensamma faktorn i tolkningarna av statistiken för både standarden för Ont-i-magen och Depression är att följsamheten bedöms som en avvikelse från ett tänkt ideal. Det innebär i så fall att idealet saknar annat innehåll än avvikelsen som driver föreställningen om något bättre. Standarden som företeelse (oavsett om den fysiskt har formen av en bok, broschyr, lista eller websida) och möjligheten att följa upp statistik på förskrivna läkemedel i stor skala, innebar att

avvikelser från tänkta ideal blev lättare att uppmärksamma, avvikelser som i så fall i sig själva gav standarderna mening.

Avvikelser och föreställningen om en bästa möjliga förskrivning kan då förstås som tolkningsramar på meta-nivå och möjligheten att mäta som den centrala villkorsramen. Till det kan vi identifiera begrepp som totalkostnad och mängd, skikt av mening som indikerar vad avvikelserna handlar om, vilket gör det möjligt att tilldela föreställningen om den ideala förskrivningen ett innehåll.

En variant på konsultationen av särskild betydelse här, är den approximation till konsultationen som använts i studier av läkares val av läkemedel och som indikerat att läkare inte förskriver optimalt. När jag analyserade kommittémedlemmarnas utsagor, reformens förarbeten, rapporter, artiklar, framträdde experimentet som till konsultationen central tolkningsram, för hur förskrivningssituationen, det vill säga konsultationen, borde se ut. Experimentet som en approximation av konsultationen hade undersökts i årtionden (Bradley 1991). Karaktäristiskt för experimenten såsom de framgår i Bradleys sammanfattande artikel var att testledarna hade kontroll över oberoende variabler. En oberoende variabel i experimentstudierna var färdigformulerade fall, givna berättelser om en viss tänkt patient med vissa givna symtom. Tid och rum var välavgränsade på så sätt att ny eller tidigare information om patienten som kunde skapa variation saknades. Andra oberoende variabler var sådant som pris och läkemedelsföretagets rykte. Också den beroende variabeln var under kontroll såtillvida att syfte och mål var att välja ett visst läkemedel bland ett antal läkemedel som kunde vara lämpliga. I studierna kunde också finnas ett slags facit som de studerade läkarnas val av läkemedel jämfördes med, som bestod av det läkemedelsval som en expertpanel bestämt som det bästa för respektive fall (Lilja et al 1976, Bradley 1991). Experimentet kan därmed inledningsvis ses som en variant på konsultationen, ett försök att efterlikna den verkliga förskrivningssituationen. Givet att experimentet är en god approximation för den verkliga förskrivningssituationen har resultatet av experimentstudierna bäring på praxis.

### Avgränsningsproblem

Jämfört med experimentsituationen (se kapitel 3) visade sig praktiken svår att avgränsa. Avgränsningsproblemen omfattade både tid och rum, situat-

ionen, men också praktikens motsvarigheter till experimentets oberoende variabler. Den beroende variabeln (val av läkemedel) var inte självklar och inte heller tiden, rummet, den medicinska problemformuleringen eller konsultationens syfte och mål. Till detta kom en etisk dimension om vilket lidande som var att betrakta som behandlingsvärdigt och inte samt på vilken kunskapsgrund läkaren fattade sitt beslut och det är dessa som (med frågan om följsamhet i åtanke) ska behandlas nu.

### **Konsultationen och patienten**

Det fanns till att börja med ett behov av att avgränsa konsultationstillfället då konsultationen vanligen hade en tendens att breda ut sig i tiden och rummet vilket påverkade vilken information som överhuvudtaget var relevant och huruvida slaget av konsultation kunde betraktas som ett nybesök eller ett återbesök. Vid ett nybesök hade läkaren en mer avgränsad information att ta ställning till, vid ett återbesök fanns också en historia som kunde spela roll vid det aktuella besöket. I många fall gick det emellertid inte att dra någon klar gräns för om det var fråga om ett ny- eller återbesök.

En patient kunde ha träffat en läkare på vårdcentralen tidigare, men vara ny för just den läkare som studerades. Ibland hade patienten en annan fast läkarkontakt. Det kunde också vara så att en patient trodde sig ha en viss läkare, medan läkaren ifråga inte ville kännas vid patienten på det sättet, som Kurt uttryckte det: *"Han/hon tror att jag är hans/hennes läkare, men det är jag inte"*. Ibland hade den studerade läkaren inte träffats sin patient på många år, vilket gjorde att referenser till tidigare medicinsk problematik kunde komma upp under samtalet trots att den aktuella problematiken kunde vara ny. Det kunde också vara så att patienten följt med sitt barn eller partner tidigare och då tagit upp ett visst problem för att så småningom bokas in på en egen tid. Allt detta gjorde att gränserna för konsultationen tidsmässigt sett många gånger inte var skarp utan krävde ett avgränsningsarbete från läkarens sida. Förutom detta skapade läkarna också teori om sina patienter, baserat på vad denne visste om släktingar, arbetskamrater och grannar. Hade en granne fått magcancer till exempel, kunde läkaren utifrån det tolka patientens magont som en reaktion på detta och anpassa sitt förhållningssätt till att också behandla patientens oro (efter att först ha uteslutit sådan sjukdom förstås).

Det kunde också vara så att information om patientens medicinska problem var utspridd varför ett avgränsningsarbete också måste göras i rummet. Besöken och uppgifterna om patienten och hennes/hans problem kunde vara förmedlad av annan personal. På alla tre vårdcentralerna hade sjuksköterskor till exempel möjlighet att boka in besök baserat på hur de per telefon uppfattat och värderat patientens kontaktorsak och symtom. Det var på liknande sätt med konsultationer på äldreboenden, där olika undersköterskors rapporter bildat underlag för det sjuksköterskan tog upp med läkaren vilket gjorde att information försvann och lades till i flera led. Eftersom det också hände att annan personal gav förslag på in- och utsättning av medicin baserat på deras samtal med patienten krävdes ett arbete för att göra gränsen för konsultationen skarpare också rumsmässigt. Det visade sig även att konsultationerna också på andra sätt överskred rummet och tiden för det aktuella mötet. Dels kunde remissvar och provsvar utanför rummet spela in.

### **Att strukturera berättelsen rätt**

Där experimentstudierna baserades på välordnade korta berättelser visade de deltagande observationerna att ett vanligt problem var att patienternas berättelser inte var ordnade på ett logiskt sammanhängande sätt. En medicinskt relevant berättelse behövde därför konstrueras i konsultationssituationen så att orsaken till patientens besök gick att förstå inom en medicinsk referensram. Här fanns flera utmaningar.

Där experimentstudierna byggde på en statisk berättelse som inte förändrades underhand, visade sig patienternas berättelser dessutom vara föränderliga. När sköterskorna bokade in patienter till läkarna fick patienterna vanligen formulera ett medicinskt problem som skäl för besöket. Det hände emellertid ofta att patienten uppgav ett helt annat problem när de väl träffade läkaren varför situationen kunde gå från undersökning och val av behandling, till att definiera problemet på nytt. I bästa fall berättade patienten om skälet till sitt besök tidigt i konsultationen. I sämsta fall kröp det fram när tiden var mer eller mindre slut. I bästa fall fick patienten då en ny tid.

Patienten sätt att berätta sin historia passade heller inte nödvändigtvis den läkarens sätt att strukturera informationen till ett medicinskt sammanhang. De tog inte alltid fasta på samma symtom och ordvalen kunde skilja.



I bästa fall skedde en översättning som gav samstämmighet. I sämsta fall utvecklades parallella monologer där patienten av ansiktsuttryck, tonfall och kroppsspråk att döma gick hem missnöjd och besviken.

### **Patientens problem**

Redan i studien av läkemedelskommittén visade det sig att patienterna som de vetenskapliga studier som läkemedelskommittéerna baserade sina standarder på var annorlunda än de patienter läkare träffade. Patienterna i läkemedelsstudierna hade vanligen välavgränsade medicinska problem, det som studerades var effekten av ett visst läkemedel och ibland var patienterna också standardiserade vad gäller ålder och kön. De patienter som läkarna träffade följde sällan denna mall. De kunde vara äldre, yngre, multisjuka eller ha ett annat kön än den grupp som läkemedlen prövats ut på. Dessa avvikelser kan förstås som ett problem att avgränsa patienten.

Patienterna och deras problem kunde också på andra sätt vara svåra att avgränsa. Många läkare bedömde till exempel att det som hände i patientens liv utanför konsultationen, jobb och familj, också var betydelsefullt:

Jag vet inte nått läge där jag inte skulle fråga om jobb... [av] samma skäl som jag frågar om familj.... Det finns ett... jättefint citat som ofta återkommer inom sjukvården, Kirkegaard, som pratar om hjälpankets villkor. Han säger att för att kunna hjälpa någon enda, så måste man först finna henne där hon är... [...] Och då [är] det viktigt med 'hur många barn' och 'inkomst' och sånt där va. [...]... inte min tolkning av det [] utan patientens sätt att beskriva det.

- Lukas, distriktsläkare

Detta, ”*patientens sätt att beskriva det*” går knappast att på ett entydigt sätt återge i en standardiserad fallbeskrivning, i det direkta mötet ansikte-mot-ansikte fanns således också information om patientens problem som kunde förändra bedömningen av problemet. Därutöver visade sig diagnoserna på områden som Ont-i-magen och Depression överlappa varandra. Vid ett informationstillfälle som jag närvarade vid som arrangerades av ett läkemedelsbolag för läkarna på Ön, fick läkarna en manual på symtom där depression skulle diagnosticeras. Ett av symtomen för en eventuell Depression var Ont-i-magen. En som Maria på Bruket uttryckte förändringen i

floran av vanliga medicinska problem, att problematiken gått från: ”*Magsår till hjärnsår*”.

### **Konsultationens syfte och mål**

Som om de beskrivna avgränsningsproblemen ovan inte var nog, fanns också skillnader i motiv, syfte och mål med konsultationen patienter och läkare emellan. I experimentsituationen låg en föreställning om att patienten sökte läkare på grund av medicinsk ohälsa. Motiv, syfte och mål från patientens sida kan därmed betraktas som givna i experimentsituationen. Mina deltagande observationer visade emellertid att både patienterna och läkarna kunde ha andra motiv, syften och mål än att lösa medicinska problem. Det gjorde att situationen helt kunde definieras bort från en situation där standarderna kunde tillämpas. I experimentsituationen fanns också idén om att patienter ville träffa läkare av något skäl som gick att definiera som medicinskt, men så behövde det inte heller vara.

Av det jag kunde iaktta var visserligen det vanligaste motivet för patienterna på mottagningen att söka läkare vid upplevd ohälsa. Flera läkare uppgav emellertid att ensamhet och någon att tala med inte var ovanliga skäl för äldre att önska besök. Ett annat motiv som också påverkade den roll patienten ville att läkaren skulle inta, var önskan om att finna sammanhang och mening med sitt lidande, som om läkaren i själva verket vore en präst eller själasörjare av något slag. Ett motiv som slog mig först i efterhand handlade om behovet av kroppskontakt. Många av läkarna hänvisade till de kroppsliga undersökningarna, som i mina ögon ofta fick mig att tänka på liturgi, som symbolladdade och därför viktiga i sig, det vill säga de ansågs inte alltid nödvändiga för det diagnostiska arbetet men utfördes ändå, som ett sätt att vinna förtroende. En patient på besök hos läkaren kunde därmed räkna med en viss fysisk omsorg.

Syfte och mål med besöket kunde också variera patient och läkare emellan. Av det jag kunde iaktta var syftet från patienternas sida ofta att uppnå just bot eller lindring. Det kunde emellertid också vara att få sin oro stillad eller att få en bekräftelse på att man kände sin själ och sin kropp. Ibland var det uppenbart att patienten ville bli tröstad, eller få ett allmänmänniskt behov av bekräftelse och att bli sedd tillgodosett. Också läkarens syfte med konsultationen skiftade. Ibland var syftet att inhämta tillräcklig information

för att kunna göra preliminär bedömning. Ibland var syftet att plantera en idé, något som var ganska vanligt om problemen bedömdes ha en psykologisk orsak eller om läkaren ifråga misstänkte att patienten som sökt för en viss åkomma egentligen var deprimerad. Ytterligare ett syfte kunde vara att överlag få patienten att reflektera över sin situation och ohälsa.

Också målet med besöket kunde skifta patient och läkare emellan. Från patientens sida kunde målet vara en viss specifik åtgärd, till exempel att få ett visst läkemedel utskrivet, att få en specifik behandling eller remiss till en viss specifik undersökning, till exempel magnetröntgen. I det fall syftet inte var bot eller lindring, tolkade jag ”att bli förstådd” som ett mål, det vill säga att få fram bekräftelse på att läkaren inte bara hört utan också förstått. Rätt ofta blev jag emellertid osäker på om patienten hade något mål. Detta kan emellertid ha handlat om läkarnas tidvisa förbrylelse över varför patienter sökte sig till dem när de inte fann dessa patienter annat än fullt friska, det vill säga att jag omedvetet såg konsultationen ur deras perspektiv.

Också från läkarens sida kunde jag urskilja olika slags mål med konsultationen. Det vanligaste målet var att på ett eller annat sätt hjälpa patienten med dennes problem. Att snabbt bli av med en patient, kanske på grund av tidsbrist, kunde emellertid också vara ett mål. I intervjuerna framkom också att man som läkare kunde vilja bli av med en patient – inte bara för stunden utan för gott. Ibland var det för patientens egen skull. Läkaren ville inte dra igång något som skulle få patienten in på ett onödigt sjukdomsspår. Ibland kunde det vara så att läkaren i fråga ville slippa en patient som skulle kunna förstöra dennes humör. I alla händelser definierade alla dessa andra mål då och då bort situationen från det medicinska och potentiellt regelföljande.

### **Behandlingsvärdigt och behandlingsovärdigt lidande**

I experimentidén gick det att identifiera en idé om medicinska fakta som överordnade personkemi och läkarens preferenser vad gäller patienter och problem. Därmed behöver frågan om människosynen inte diskuteras. Mina deltagande observationer visade emellertid att både patienternas person och diagnoser och symtom rymde värderingar för vilket lidanden som läkaren bedömde som behandlingsvärdigt och inte. I sjukdomssynen kunde ligga hänsyn till om problemet i fråga var behandlingsbart eller inte. Var proble-

met inte behandlingsbart, var sjukdomen mer legitim och läkaren mer villig att ge en diagnos, än om tillståndet inte hade någon given behandling:

Det är ju bra om nån kommer och säger att dom har depression för då är man oftast på samma spår så att säga. Då kan man mötas. Men om en annan kommer och säger att jag har [Ospecifika sjukdomen], det är liksom, det är ett jät-teproblem för det tycker ju nästan aldrig jag. Eller jag vill liksom inte sätta den diagnosen för jag tycker inte att det är, jag tycker inte att man ska sätta en diagnos som man inte, som inte är enhetlig och där det inte finns nån hjälp så att säga.

- Niklas

Vissa läkare tyckte inte om vissa diagnoser, speciellt inte de som de betraktade som icke behandlingsbara. De kunde också vara så att de helt enkelt inte tyckte om vissa symtom. Beroende på hur de såg på symtom och diagnos bedömdes patienten lidande på olika sätt, vilket kan illustreras av citaten nedan. Uttalandena gjordes med någon dags mellanrum av två jämn-gamla distriktsläkare som arbetade på samma vårdcentral.

Jag hade en patient som ville ha recept [på Losec]. Och då sa jag att du har ju varit på [Undersökningen]. Men du hade inga [synliga] besvär. Men då sa hon att: 'Ja, men jag blir bra av Losec'. Då får du köpa det på Apoteket receptfritt sa jag, om du vill ha det. 'Det blir för dyrt', sa hon. Det är inte mitt bekymmer, sa jag. För det här är en samhällsekonomisk sak, och du har ju ingen sjukdom som kräver behandling av Losec, och då kan du inte få det av mig. Hon blev jättearg...

- Olga, distriktsläkare

[Om läkemedel mot depression och Ont-i-magen] Ekvationen går inte ihop, och det enda kan jag göra... Jag kan ju inte befria dem från familjeansvaret, jobbet...

- Lukas, distriktsläkare

Av ovan skulle det ha varit lätt att tro att läkarna, deras inställning till patienterna och deras eventuella sjukdomar och lidande, var stabilt över tid åtminstone på individnivå. Så var emellertid inte fallet. Lukas såg Ont-i-magen som ett behandlingsvärdigt lidande medan Olga inte ville skriva ut

det då hon inte bedömde Ont-i-magen som ett behandlingsvärdigt lidande. Olga skrev däremot ut [Kritiserade bantningsläkemedlet] då hon såg [livsstilssjukdomen] som en behandlingsvärdig sjukdom. Variationen i förhållningssätt till det som var behandlingsvärdigt och inte gällde således inte i alla situationer och enligt samma beslutskriterier ens för en och samma läkare. Allmänt Ont-i-magen kunde till exempel ses som psykologiskt och tom som rent gnäll av en läkare, som istället såg den nära nog lika kritiserade [livsstilssjukdomen] som viktigt att behandla med läkemedel. Genom både auskultationer och intervjuer blev det uppenbart för mig att olika läkare föredrog olika slags problem. Flera av dem sa också rent ut att det var så. Å andra sidan menade många läkare att också patienterna sökte sig till läkare som gick dem till mötes.

Patienterna kunde också ge tydliga vinkar om vilken slags behandling de ville ha. Att de introducerade sådant material i konsultationen uppfattades emellertid som störande, om förslaget överrensstämde med det läkaren själv vanligen tyckte. I synnerhet läkarna i Storstad menade att åtminstone vissa patienter utvecklat en syn på vårdcentralen och sjukvården som om det var en ”*Seven-eleven butik*”, som distriktsläkaren Pirjo uttryckte det, där man som patient bara kunde droppa in och ”*köpa lite sjukvård*”.

### **Kunskap och kunskapssyn**

För att förstå möjligheten att tillämpa standarderna, behöver vi veta något om hur läkaren såg på kunskap. En första aspekt var vad i patientens berättelse som accepterades som kunskap. En andra aspekt var vilka organ, kroppsvätskor, biokemiska eller fysiologiska processer som läkaren såg som kunskapsbärande och inte. Magen ansågs vara opålitlig på så sätt att symtomet Ont-i-magen ansågs kunna betyda allt från stress och oro till hjärtinfarkt. Halsbränna däremot betraktades som ett pålitligt tecken för syrarelaterade besvär. Det kunde också handla om synen på symtomets orsaker. När det gällde Depression tillskrevs biokemiska processer och förändringar i hjärnans kemi hög trovärdighet – trots att patienterna aldrig testades för detta. En av Distriktsläkarna hävdade att en läkare som inte kunde ana vad som var fel redan när patienten uppenbarade sig i dörren, riskerade att missa det.

Distriktsläkarnas baserade sina kunskaper på en mångfald källor. Läkarens samlade erfarenheter av både utbildning och egna och andras patientfall bildade en fond mot vilken varje ny kunskap prövades. Ett par läkare nämnde att de ringde gamla handledare ibland. Tumregler var en kunskapskälla. Läkarna ansåg sig överlag ha svårt att få tid till läsning på arbetstid men nämnde Dagens Medicin, specialisttidskrifter och Internet. Vidareutbildning inklusive kommittéernas utbildningstillfällen sågs som viktiga. Ett par läkare nämnde att de fått kunskap om ett visst läkemedel genom att pröva det på sig själv.

Distriktsläkarna såg inget fel i evidensbaserad medicin, däremot ansåg de att perspektivet var för snävt för deras patienter:

En del har försökt läsa de här rapporterna [...] som guidelines, men det går inte.[...] För då kan man säga att [yrkesgruppen x] behöver vi inte, det är inte visat [vetenskapligt] att det dom gör är bra. Men det går att ifrågasätta [ ] om man verkligen kan dra de slutsatserna. ...[...]... Man väljer ju ett utsnitt av verkligheten...[...]... Man definierar väldigt hårt vilken del av verkligheten som man vill se. Och det gör man genom att ange de metoder som man godkänner. Och de metoder man inte godkänner, de är ju diskvalificerade från början.

- Lukas, distriktsläkare

En särskild problematik rörde kunskapens tillfälliga natur. Erfarenheten sa Distriktsläkarna att det var klokt att avvakta med att anamma nyheter då nya rön ofta snabbt kunde ersättas med nygamla:

Man kan väl bara se på [Det medicinska området x]. Man provade ju olika läkemedel för [x], och sen kom det en mängd negativa rapporter om medicinens effekter [ ] och då blev det helt enkelt ute att behandla [ ]. Och sen tog det fart [igen]. Så visst går det upp och ner, och så kommer det tillbaka. Man hör äldre kollegor som säger att: 'Jaha, nu är vi där igen?.. Det är högst föränderligt vetande så att säga.

- Qadija, Distriktsläkare

Men de ansåg också att det fanns förändringar i sjukdomspanoramat, i synnerhet vad gäller de stressrelaterade sjukdomarna. Problemen kunde bero på risken för arbetslöshet eller för mycket arbete. Hos de ensamma berodde

problemen på deras ensamhet, hos familjerna på svårigheterna att ro iland både familj och arbete. De gamla var sjuka för att de var gamla, och de unga för att de var unga. Blev resultatet en diagnosticerad Depression fick patienterna behandling med läkemedel. Blev resultatet Ont-i-magen, testade många av läkarna först möjligheten att magontet var ett symtom på Depression.

Jag fann inga tecken på att Distriktsläkarnas kunskap om Ont-i-magen eller Depression skilde sig från Kommittéläkarnas. En indikation på att regelsättande och regelföljande läkare inte går att skilja från varandra på ett enkelt sätt motsägs av att 10 av 17 intervjuade Distriktsläkare spontant uppgav att de deltog i regelsättande aktiviteter vilket var en oväntad upptäckt. Fördelningen av de regelsättande aktiviteterna var följande:

Med i läkemedelskommitté	1 st
Medförfattare vårdprogram	5 st
Läkemedelsverkets workshop	1 st
Egna publicerade forskningsresultat	2 st
Projektledare [utbildning Medicinska området]	1 st

En förutsättning för att standarden skulle kunna följas, var att läkaren gjorde en sammanvägning av många faktorer för ett medicinskt problem på ett sätt som passade med standarden. Det läkarna uttryckte var emellertid att det fanns situationer där inte bara ett sätt att behandla kunde betraktas som rätt.

- AM – Kan man tänka sig att två duktiga doktorer som båda relaterar till beprövad vetenskap, inte i huvudsak irrationella, skulle kunna behandla en och samma patient olika? Är det möjligt?
- Rutger – Absolut. För det finns inget, ofta finns det inte något klart facit. Tex [Medicinska behandlingen]. Då finns det en grupp, om vi tar hela gruppen, så finns det en grupp som definitivt bara ska ha [rådgivning], och en grupp som definitivt ska ha läkemedelsbehandling. Men så finns det en grupp... en jättestor mellangrupp, där standarderna faktiskt är att väg ihop de individuella riskfaktorerna. [Det är ] hela tiden en subjektiv bedömning...

Detta betyder att en standard inte kunde följas på något enkelt sätt och att det faktum att den måste tillämpas ledde till variation. Detta väcker emellertid frågan om hur bristande regelföljande ska kunna konstateras, då möjligheten att tillämpa på olika sätt gör att det inte går att tydligt slå fast när standarderna följs, och när de inte gör det.

## Att följa standarder

Med tanke på den mängd faktorer som distriktsläkarna hade att ta hänsyn till innan de bestämde sig för vad de skulle göra (eller hur de i efterhand värderade vad de gjort), såg jag en mängd hinder för möjligheten för dem att följa standarderna. Distriktsläkarna i studien ansåg sig emellertid överlag som följsamma. En viktig fråga är därför vad distriktsläkarna menade med följsamhet för sin personliga del, det vill säga på vilket sätt de ansåg att just de följde standarderna. Nedan kommer jag att diskutera hur de resonerade kring standarden för Ont-i-magen, Depression och hur de själva definierade följsamhetsbegreppet.

### Standarden för Ont-i-magen

Trots mångtydigheten i vad som de olika läkarna menade med följsamhet tog de intryck av standarderna, åtminstone den borttagna rekommendationen för Losec. De läkare som valt bort Losec och att behandla lättare sällsyntare problem, motiverade det huvudsakligen med att det inte var behandlingsvärdig ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. När jag frågade om vilka effekter standarderna haft på området Ont-i-magen var det ekonomin och de ekonomiska argumenten som återkom:

- AM – Har du något exempel på till exempel när läkemedelskommitténs standarder har påverkat det du gör, till exempel vilket läkemedel du väljer?
- Sara – Det var nåt... [ ] En hel del handlar ju om ekonomi. Losec, magsårsmedicin, där rekommenderar kommittén [Billigare läkemedlet] istället.
- AM – Ja, och du skriver?



Sara – [Billigare läkemedlet] [ ] Fast sitter man och kunden säger att jamen Lanzo har jag prövat och Losec [ ] fungerar bättre [ ] Det gör den ibland. Och jag säger till dom, men det är väl ändå inte möjligt, det är ju nästan exakt samma preparat [ ] ... Det är stor skillnad, säger dom. Jag kan ju inte sitta och säga att dom har fel [ ] så då får man ju skriva det då [ ] Men i första hand då, om det inte finns nånting annat och så där så varför inte spara pengar även om jag liksom i början var ganska skeptisk så där och dom ska hålla på och styra oss och om jag väljer att främja ett svenskt forskningsdrivande företag så tycker jag att jag ska få göra det, även om det kostar mera pengar. [ ] ...

Eller som Olga uttryckte det:

... det här är en samhällsekonomisk sak, och du har ju ingen sjukdom som kräver behandling av Losec, och då kan du inte få det av mig.

- Olga, distriktsläkare

En utmaning mot de ekonomiska argumenten var emellertid att de satt där med patienter med problem som gick att klä i medicinska termer. Syrarelaterat Ont-i-magen fortsatte att vara ett relevant medicinskt problem för de flesta av de distriktsläkare jag träffade, delvis beroende på att de betraktade symtomlindring som viktigt utifrån sin roll som läkare.

AM – Ja, eller listan på rekommenderade läkemedel. Finns det något problem med....?

Tina – Ja problemet blir ju om man kommer fram till eller kan visa på samband att det finns en massa faktorer här som förklarar dina symtom som du har. Och många av dem, och det är det som är så dumt tycker jag, många av dem är opåverkbara. Det är ingenting som är så lätt att ordna. Man kan förstå sambandet man kan se sambandet men det kanske ändå inte är så att man kan ta ut skilsmässa eller byta jobb eller säga upp sig eller vad som helst va. Så... man kan medvetandegöra och förstå sambandet, men så behöver man ändå en behandling.

AM – Som ont i magen tex?

Tina – Ja, som ont i magen. Jag kan försöka säga att det här och det här kan du försöka tänka på och försök påverka det, och det

finns ett sånt här sambandet och visa på, men det är inte så att man säger 'det här beror på ditt jobb, säg tack och adjö va...[ ]. Utan det blir ändå så att man måste försöka behandla symtomen som patienten söker för..

På kommitténivå hade Losec beskrivits som ett ”*töntigt sätt att behandla på*”, eftersom halsbrännan inte nödvändigtvis handlade om något egentligt syraöverskott utan kunde bero på någon defekt eller ett motoriskt fel. Läkare som skrev ut läkemedel för sådan symtomlindring misstänktes därför sakna korrekt kunskap. I min studie av distriktsläkarna kunde jag emellertid inte observera någon sådan kunskapsbrist. Läkarna på kommitténivå respektive distriktsläkarnivå beskrev symtomen och magens mekanismer på samma sätt, men distriktsläkarna lade större vikt vid patientens lidande och vad de kunde hjälpa till med medicinskt, än kommittéläkarna (när dessa resonerade utifrån sin roll som kommittémedlem):

Det behöver inte bero på [syraöverskott]. Det kan också bero på läckage. Men det är ändå korrekt att minska syraproduktionen för det är den behandling som är bäst för patienten.

- Ulf, distriktsläkare

Distriktsläkarens erfarenhet av att ny teknik gång på gång möjliggjort mätbarhet av det tidigare omätbara skapade också viss skepsis till det mätbaras oomtvistlighet, en skepsis som skulle kunna betraktas som baserad på tidigare kunskap och erfarenheter.

Man kan ju ha fruktansvärd plåga av det här utan att det syns nånting, och då kan man säga att 'men det syns ingenting, det kan ju inte vara nånting' när dom säger att det svider som sjutton. [Jag tror inte våra ögon alltid] har möjlighet att se det. Men om man hade förmågan att mäta [ ] retningsgrad med nåt instrument där så tror jag att man skulle få fram det

- Niklas, distriktsläkare

Ont-i-magen, där distriktsläkarna överlag ansåg att Losec-liknande läkemedel hjälpte mot halsbränna och syrarelaterade besvär, sågs således å ena sidan inte längre som ett tillstånd som var helt acceptabelt att behandla – ur

samhällsekonomisk synvinkel. Å andra sidan menade läkarna att det var deras jobb att lindra patienternas lidande.

### Standarden för Depression

När det gäller området depression var det svårare att bedöma hur standarderna kom in i läkarvardagen, det vill säga vilka effekterna blev. Utifrån texten i standarderna bedömer jag till exempel båda de studerade vårdcentralerna i Mellanstad som följsamma såtillvida att de båda i huvudsak förskrev de rekommenderade läkemedlen. De avvikelser som fanns mellan förskrivna och rekommenderade läkemedel visade sig kunna förklaras tidigare standarder. Den stora skillnaden mellan vårdcentralerna låg således inte i valet av läkemedel, utan i valet att behandla depressioner med läkemedel. Samtidigt hade kommittén uppmärksammat Depressionen som ett prioriterat område, det vill säga ett område där läkemedelsbehandling borde övervägas. Till skillnad mot Ont-i-magen gav distriktsläkarna heller inte uttryck för att kommittén kritiserade deras val att behandla, trots att patienterna inte nödvändigtvis uppfyllde alla officiella kriterier för sjukdom:

...om man bara skulle skriva ut antidepressiv medicin till dom som faktiskt har [ ] klinisk depression, då skulle det nog inte bli så mycket utskrivet faktiskt. [ ] Det finns ju många [som] [ ] söker[för att] dom är deppiga, uttalar det, går in i väggen och kommer här och sitter och gråter i princip va. Och sen finns det ju en stor grupp som söker för nåt annat, för kroppen eller magen eller nåt sånt där, och då är det ju inte lika lätt att fösa på dom en antidepressiv medicinering det första man gör och det kanske inte är det första man tänker på heller. Då kanske det [ ] utkristalliserar sig med tiden en bild som pekar i en riktning. [ ] Men [ ] den tanken finns på nåt sätt hela tiden med... [ ]att man frågar, hur har du det för övrigt, har du familj och barn och går det bra och...och så på nåt sätt så läser man av personer

Sara, distriktsläkare

Det var så att symtom som en patient tog som symtom på något helt annat, Ont-i-magen till exempel, mycket väl kunde vara ett tecken på Depression ur läkarens synvinkel, som kunde behöva behandlas:

- Tina – [Depression] tycker jag har ökat. Och det ser man ju på statistiken också att det är de diagnoserna som har ökat väldigt mycket. [...]
- AM – Jag tänkte på när jag var med på er vidareutbildning där. Då var det intressant tyckte jag att en patient hade ont i magen, ett sånt där fysiskt symptom, men att det ändå kunde vara en depression tex.
- Tina – Ja, just det.
- AM – Är det så?
- Tina – Javisst. Huvudvärk, ryggvärk, magvärk. Astma tom. Det finns jättemycket. Det finns en klar psykosocial koppling och en koppling till såna här, om man nu ska kalla de psykosomatiska sjukdomar och så.

Oklarheten i vad standarden på området Depression syftade till, gör det enligt min mening svårt att dra några egentliga slutsatser om vad som avsågs med följsamhet på just det här området. Valet av ett dyrare antidepressivt läkemedel än de som i första hand rekommenderades gav inget dåligt samvete gentemot läkemedelskommittén, samhällsekonomin eller andra instanser med åsikter om vad distriktsläkaren borde göra.

Ja, jag försöker följa [ ] Men det kan ju hända också att man inser redan från början att [ ] man kan inte välja dom [som man] i första hand [ ] ska välja [ ] Och då brukar jag förklara att jag kan inte välja det här som vi brukar rekommendera, som är billigare, utan jag vill välja det här, och jag brukar förklara ganska omständligt eller mycket att varför det här, att det har med biverkningar med dom andra att göra och det här tror jag passar dig mycket, mycket bättre men att det är dyrare.

Vivianne, distriktsläkare

Snarare än att standarderna förändrade praxis när det gäller läkemedelsval eller diagnossättning, ligger det därför närmare till hands att standarderna i fallet Depression i allt väsentligt bekräftade en redan pågående praxis, och att det mesta i behandlingsväg kunde räknas som följsamt.

### Följsamhet ur distriktsläkarnas perspektiv

Som jag tidigare nämnt kunde jag identifiera ett flertal möjliga tolkningar på vad följsamhet var ur ett styrningsperspektiv. Den variation jag såg, var emellertid inte något distriktsläkarna bekymrade sig över. De ansåg sig följa standarderna, även om de inte alltid valde de rekommenderade läkemedlen. Deras regelföljande bestod i deras perspektiv på att de följde ”*intentionen i standarderna*”, vilket de beskrev som en strävan efter att förskriva sparsamt och välja billigaste alternativ där så var lämpligt. I detta har jag sett två aspekter: dels en acceptans av ekonomiska argument, dels ett egenpåtaget moraliskt ansvar för läkemedelskostnaderna. I citaten nedan kan vi till exempel se exempel på att läkarna hänvisat till samhällsekonomin i samtalet med patienter, när de förklarat varför de inte velat skriva ut ett visst preparat, och att de såg det som sitt ansvar att ta på sig den rollen.

... man få [ta] lite längre tid [att förklara att De rekommenderade läkemedlen] är väl beprövade och [ ] dessutom billigare.’ Jamen det spelar ingen roll’, säger dom, ’för jag har ändå frikort’. Jamen då är det dina skatter det går på, som du betalar[ ...så...] jag tycker du ska pröva [Det rekommenderade läkemedlet] i första hand. Men är det så att du inte tål det eller inte trivs med det så [...]. Men vi börjar så här, tycker jag.

- Vivianne, distriktsläkare

Att läkarrollen också blivit ekonomens, att beakta ekonomiska argument i valet av åtgärder, blir också tydligt i de fall läkaren bildat sig en uppfattning om vad hon trodde att patienten kunde betala, och utifrån det valde ett billigare läkemedel utan att diskutera med patienten:

Ja, det kan vara ett läkemedel som man vet statistiskt signifikant är lite bättre, men ändå rätt så kännbart för den här patientens ekonomi. Då kan det vara så att jag väljer att kanske inte alls ekonomiska diskussioner utan fattar beslutet själv...

- Xerxes, distriktsläkare

Följsamheten var således kopplad till ekonomi och läkemedelsval samtidigt som standarderna beskrevs som en bekräftelse på det distriktsläkaren redan

gjorde. Följsamheten demonstrerades också fysiskt genom att en del läkare lät den sticka upp ur bröstfickan på läkarrocken (i den mån man använde en sådan). Denna följsamhet demonstrerades också på vårdcentralnivå på så sätt att de fanns i väntrummet i en särskild och lite förenklad patientversion. Detta kan jämföras med mitt initiala estimat på följsamhet (se kapitel 3, som visade att distriktsläkare överlag ansåg sig vara följsamma)). Paradoxalt nog såg jag också att läkemedelsbolagen i sin marknadsföring använde sig av standarderna såtillvida att de använde sig dem när standarderna påbjöd deras eget preparat marknadsföring, både på vårdcentralerna (läkemedelsluncherna) och i helsidesannonser i Läkartidningen. Var läkemedlet rekommenderat i standarden presenterades det som ett viktigt skäl för läkarna att skriva ut det. Standarden fick på så sätt ett marknadsföringsvärde delvis fränkopplat de medicinska argumenten.

## Doktorsdilemman – läkaren i en utsatt position

Detta skapade ett dilemma för dem eftersom regelföljandet motsade föreställningen om yrket som autonomt och sig själv (den egna önskan, idealet) som fri i sitt beslutsfattande:

- Tina – Vad man kan känna är ju... [ ] att man blir väldigt osäker i sät-  
tet att jobba  
också.
- AM – Man blir lite kringskuren?.
- Tina – Man blir kringskuren ja.
- AM – Är det mer av det nu än tidigare?
- Tina – Jaa. Det är ju väldigt mycket så att man ska följa vårdprogram-  
men. [ ] ... Man ska göra si och så. [ ]... Om jag nu ska säga något  
om vad jag tänkte [när jag gick utbildningen] så var det ju att [lä-  
karyrket] var ett väldigt fritt yrke[som inbegrep] att man fick göra  
som man ville och det som verkade bra från sitt eget huvud. Så  
ibland kan man ju känna det här att det blivit väldigt mycket svart  
eller vitt.[ ] Och det har också [ ] med Hälso- och sjukvårdens an-  
svarsnämnd [att göra] och det som finns liggande över en där.  
Och... det kan jag ju känna att charmen med det här jobbet det

är ju att varje människa är en individ. [...] Det tappar man bort lite grand när det då blir väldigt schematiskt och reglerat [...] Att alla ska in i mallar...

Det fanns också dilemman inom respektive logik och roll. När det gällde den medicinska kunskapen till exempel fanns det konkurrerande och delvis motstridiga sätt att se på vad som var vetenskapligt och hur det vetenskapliga skulle värderas. Å ena sidan ansåg de flesta att det enda rimliga var att rekommendationerna baserades på det som var evidensbaserat. Å andra sidan hävdade de att den evidensbaserade vetenskapen baserades på populationer långt ifrån de patienter de träffade på sina mottagningar. De ville bort från den gamla "åsiktsbaserade" medicinen. Men de ansåg också att det var viktigt att evidensbaserade resultat kommenterades av personer som erkändes som experter av dem själva och kollegorna. Evidensen stod därmed inte fullt ut på egna ben, utan krävde tolkningar. Både kommittéläkare och distriktsläkare uttryckte också en medvetenhet om att många av de studier som de evidensbaserade analyserna baserades på var finansierade av läkemedelsföretag, det vill säga av dem vars inflytande politiker, läkare och administratörer och andra ville minska eller åtminstone få mer kontroll över.

Det fanns också dilemman i hur läkaren skulle avväga ekonomisk information med vetenskap. När det gäller ekonomiska data till exempel så var kommittéerna pliktiga att ta in ett hälsoekonomiskt perspektiv i sina rekommendationer. Samtidigt var det främst läkemedelsindustrins argument för eller mot ett visst läkemedel som vid tiden för studien var tillgängliga för dem. Också i andra avseenden uttryckte kommittéerna en ambivalens till de ekonomiska argumenten. Hälsoekonomi sågs som viktig och tom nödvändigt. Samtidigt såg läkarna hälsoekonomin som en ung vetenskaplig disciplin, vilket gjorde dem kluvna för hur de skulle värdera den typen av data. De saknade kompetensen samtidigt som de inte litade på disciplinen. Ekonomiska argumenten var viktiga i valet av läkemedel, samtidigt som läkarna inte ansåg sig ha tillräckliga kunskaper för att själva kunna värdera argumenten. För mig framstod de ekonomiska argumenten som giltiga främst genom sin blotta existens, det vill säga att det fanns ekonomiska argument blev i sig ett bevis för de ekonomiska argumentens riktighet.

Det främsta dilemman stod emellertid mellan ämbetsmannarollen och rollen som livmedicus. När kostnaderna för en viss behandling jämfördes med en annan uppstod till exempel en situation när läkaren var tvungen sätta en gräns mellan det lidande patienten av samhällsekonomiska skäl måste uthärda, och det lidande läkaren kände sig pliktig att lindra med skattefinansierade läkemedel. En mer samhällsekonomisk behandling, till exempel med ett billigare läkemedel, kunde ge biverkningar som visserligen inte var farliga (inga kända farliga biverkningar), men likväl kunde skapa ett lidande för patienten. Blodrycksmedicin var ett ofta nämnt läkemedel, läkemedel mot Depression och Ont-i-magen var andra. Lidandet kunde i sin tur göra att patienten inte ville fullfölja behandlingen, vilket gjorde att de tvivlade på meningen med konsultationen. Blev lidandet känt för distriktsläkarna skapade det problem för den egna självbilden och upplevelse av sitt yrke som meningsfullt. Jag fann inte att medicinsk kunskap var något läkarna i studien kunde använda för att minska denna problematik.

Det fanns också dilemman som hade med standardernas temporalitet att göra, det vill säga dess tidsmässiga förankring. Standarderna låg alltid steget efter eftersom kunskapen hela tiden förändrades, och det fanns därför en osäkerhet kring om det som rekommenderades vid en tidpunkt, skulle anses som en felaktig förskrivning vid en annan. Som distriktsläkaren Lars (se kapitel 7) uttryckte sig:

Distriktsläkare i allmänhet de som sist [kollektivt ändrar] sina behandlingslinjer. [...]Det är inte så sällan ett preparat hamnar på svarta listan efter något år. Jättebra! Ingenting att ha!

- Yngve, kommittémedlem och distriktsläkare

Dilemman fanns också i vetenskapen om att det medicinska var förknippat med status. Det kunde till exempel finnas symbolvärden i att förskriva dyrt läkemedel, som om det var bättre, eller att förskriva någonting överhuvudtaget vilket gjorde att vissa läkare önskade att det gick att förskriva sockerpiller. Men vetenskapen om att medicinska åtgärder åtföljdes av en symbolisk dimension gällde också omvänt. Det fanns läkare i studien som såg en risk för att de som läkare skulle börja tvivla på en behandlings effektivitet för att det av statsmakterna såg som för dyrt, det vill säga att en medicinskt moti-



verad behandling skulle kunna rationaliseras bort som medicinskt onödig – av kostnadsskäl:

Man ändrar [ ] sin hållning därför att man är ju tvungen, va. Du måste. Får du inte göra en grej så måste du hitta ett bra skäl som du kan föra ut till patienterna och motivera det. Skulle den bli motsatt, [ja] då hittar vi bra skäl till att vi får göra det.

- Maria, distriktsläkare

Som ett till exempel på det senare kan vi ta Losec och Ont-i-magen. Ett par år efter huvudstudien då standarderna i både Mellanstad och Storstad återigen rekommenderade Losec (fast i sin generiska version), för syrarelaterat Ont-i-magen kommenterade distriktsläkaren Åke det såhär:

Det var ju länge så att Losec skulle inte användas annat än vid mycket svåra syrarelaterade sjukdomar så [ ] under flera år [skulle man ge] en betydligt sämre behandling [om man skulle följa de rekommendationerna]. Och etiken i det kan man ju diskutera...

- Åke, distriktsläkare

Mer generellt handlade dilemmat om hur de skulle se på kostnaden för en viss behandling i förhållande till hur rimlig behandlingens kostnad var i förhållande till annan nödvändig vård i ett skattebetalarperspektiv. Några tog sina egna förväntningar som patient som referenspunkt för vad de själva ansåg sig pliktiga att göra, och identifierade sig på så sätt med patienten. Andra ansåg att de omöjligen kunde bortse från vad de ansåg vara sitt primära uppdrag – att lindra patienternas lidande genom de medel som stod till buds. Dilemmaproblematiken aktualiserades inte bara i det direkta mötet med patienter, utan studien visar att regelsättandet blev problematiskt så fort kommittéläkarna tänkte sig in i att själva följa reglerna. Det vill säga när läkaren bortsåg från sin traditionella roll som livmedicus blev rekommendationerna lättare att följa eller tänka sig att följa, men denna bortträngning fungerade bara delvis. Att standarderna och följandet av dem ja, tom tanken på att följa dem, fick effekten att läkaren ställdes inför olika dilemman, ska inte ses som att standarderna orsakade dessa dilemman.

När den här typen av spänningar och rollkonflikter finns på den organisatoriska nivån kan de hanteras genom att organisationen håller isär grupper och uppgifter, i tiden eller genom att de fördelas dem på olika personer och grupper alternativt förläggs till olika delar av organisationen (Brunsson 1989/2002, Brunsson 2006). Detta sätt att hantera motstridiga krav är således inte bara ett sätt att organisera bort konflikterande krav på den organisatoriska nivån, utan också ett sätt att undvika dilemman inom individerna i organisationen. Det skapas en illusion av enhet genom bristen på konfrontation. I det första fallet bevaras illusionen på organisatorisk nivå genom glömska, och i det andra fallet bevaras illusionen genom arbetsfördelning. Läkarna i studien hade inte dessa möjligheter. Det fanns en uppdelning i regelsättande läkare, och presumtiva regelföljare, men studien visar att denna uppdelning inte motsvarande faktiska förhållanden. Läkarna i båda grupperna, det vill säga både kommittéläkare och distriktsläkare deltog i regelsättande verksamheter, och var också kliniskt aktiva. Att de tre olika rollerna fanns närvarande i en och samma person gjorde motstridigheten synlig och svår att tränga bort. Effekten av standarderna var således att de aktualiserade en dilemmaproblematik som redan fanns, gjorde läkarna medvetna om den, plågade dem och tvingade dem att hantera den. I själva verket hävdar jag att aktualiserandet av dilemman är ett av standardens särdrag, och att hanteringen av detta dilemma är något av en nyckel i att förstå standardens effekter.

För att kunna bedöma effekterna av standarderna fann jag skäl att också beakta läkarnas specifika situation. Som nämnts tidigare inledde jag mitt avhandlingsarbete med föreställningen att läkaren stod stark mot administrativa styrförsök i kraft av sin ställning i hälso- och sjukvården, sin kunskapsbas och sin historia (se kapitel 1, samt Nilsson 1999). I studien fann jag också att läkaren hade ett utrymme i tolkningen av standarderna, och kunde betrakta dem och agera på dem som icke-tillämpliga, vilket kan förstås som ett tecken på styrka och motståndskraft. Men jag fann också att läkarnas vardag omgärdades av regler och andras bestämmande över dem. De beskrev sig som pressade av tiden, landstingens och patienternas krav. Flera uttryckte en oro för myndigheter som HSAN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd) dit patienter som ansåg sig ha blivit felbehandlade kunde vända sig för att anmäla dem.

Detta tillsammans med att distriktsläkarna beskrev det som självklart att de hade ansvar för läkemedelskostnaderna fick mig att ifrågasätta min förståelse av dem som starka och svårstyrda. Jag valde därför att undersöka hur läkaryrkets i Sverige och i synnerhet relationen till statsmakterna, sett ut historiskt. Det jag fann var att den Svenske läkaren sedan lång tid var inordnad och underordnad ett administrativt system och alltid haft ett komplext förhållande till staten (se kapitel 4). Jag vill därför återkomma till den definition av läkaren som jag där formulerade. Den är läkare som är:

1. en person med behörighet grundad på en högre medicinsk examen, pliktig att använda sin medicinska kunskap och
2. fatta beslut
3. till gagn för patienters- och/eller samhällets bästa.

Formulering ovan omfattar yttre, inre och relationella aspekter. I kapitel 6 och här i kapitel 7 har jag visat hur kunskap är distribuerad på flera olika personer och objekt (läkaren, patienten, andra läkare, sjukvårdspersonal, tidigare journalanteckningar, släktingar, mätinstrument, labresultat, vetenskapliga teorier mm). Denna kunskapsbas förutsätter legitimitet från det vetenskapliga samfundet, praxis men också staten såtillvida att de läkare som inte anses följa ”vetenskap och beprövad erfarenhet” och de etiska ramar som fastställts av statsmakterna, riskerar att straffas. Plikten antas ligga inom läkarens själv men gäller alltid i förhållande till någon. Uppdragsgivaren är både patienten och/eller ”samhället”, och även om vi i tanken helst föreställer oss att lojaliteten mot patienten går först, kan vi inte tänka bort att läkaren är inordnad i ett administrativt system (Lipsky 1980). Läkarinstitutionen<sup>87</sup> i Sverige är sedan flera hundra år till stora delar inord-

---

<sup>87</sup> Begreppet institution kan syfta på olika saker (se Jepperson 1991 för exempel från området Institutionell teori). I avhandlingen har jag i allmänhet syftat på organisationer, myndigheter och den formella regleringen. Här syftar jag på läkaren som person och praktik. Från att innefatta både ett religiöst och sekulärt betingat botande (Lukas 4:23, Andra Krönikerboken 16:12, samt Strong 1890/1989, Stolt 2003:24), kom organiseringen av vården successivt att profaniseras (cf Gustafsson 1987, Johannison 1990:30, 44-45). I och med kvacksalverilagen reglerades också läkarens och den icke-legitimerade läkarens personliga befogenheter och inordnades en statlig, administrativ struktur. (se Eklöf 2000), Idén om läkaren som person och praktik lever emellertid kvar också utanför detta system och fungerar som en central tankefigur i den empiri jag studerat

nad en statlig, administrativ struktur, och det är viktigt att uppmärksamma denna inordning, eftersom den innebär begränsade möjligheter att undvika reglering, till exempel *byte av regulativ omgivning*, *desorganisering* och *identitetsrekonstruktion* (Alexius 2007), som visat sig vara framgångsrika strategier för andra grupper.

Det handlar inte bara om en historik, utan en administrativ underordning och styrbarhet som också tar sig konkreta uttryck i vardagen. Nedan kommer jag därför att som komplement till diskussionen i kapitel 4 redogöra för centrala teman i den administrativa vardagsregleringen eftersom jag tror det spelar roll för läkarnas möjlighet att stå emot den ytterligare reglering som standarderna utgjorde. Jag har valt dessa teman för att de återkom utan att jag aktivt frågade efter dem, det vill säga de framkom som svar på frågor som jag ställde i andra syften. Jag var inte omedveten om att vardagen skulle kunna ha betydelse för möjligheten att följa standarderna, men tänkte mig i första hand sådant som direkt kunde ha betydelse för tolkningen av standarderna, till exempel variation i kunskapsargumenten, regelkonkurrens, rutiner, redigeringsregler (Sahlin-Andersson 1996). De regleringsaspekter som kommer diskuteras är tid, kollegor och myndigheter, förändringar i självuppfattningen och arbetet med att skapa sig personligt utrymme, vilket jag tolkat som en motkraft som bekräftar deras pressade situation.

### Reglerad av tiden

Studien visade att läkarna på flera plan reglerades av tiden. Denna inordning kan ha gjort att förutsättningarna för att styra läkarna, oavsett styrverktyg, var större än vad som antagits. Deras möjlighet att välja behandling var beroende av möjligheten till ansikte-mot-ansikte konsultationer, vilket påverkades av antalet patienter per läkare, antalet timmar läkaren hade till förfogande för patientarbete, patienten själv och problemets karaktär. Recept som utfärdades via ombud (kontakt och/eller information från annan per-

---

(konsultationen (mötet och sättet att interagera), uppdraget lindring och bot, och tillhörande rutiner (diagnossättning, receptförskrivning), och symboler (instrument, vit rock etc)). Alternativt kan relationen till patienten och dennes lidande ses som motorn i ett associativt komplex som driver och motiverar förväntningarna på vad en läkare är och bör göra (ett slags boundary object, se Leigh Star och Griesemer 1989). Dessa perspektiv behöver inte vara motsägande.

sonal alternativt anhöriga), skapade ett tryck mot behandlingsregimer som fungerat för patienten tidigare, då ingen läkare ville göra stora förändringar utan att själv ha träffat patienten.

Förutom denna resursmässiga aspekt av läkartiden, visade det sig också att deras dag var minutiöst reglerad, inte bara utifrån deras uppgifter som läkare, utan schemat lades också utifrån kollegornas arbetstider, krav från andra yrkeskategorier (till exempel sjuksköterskor) och krav från uppdragsgivare (till exempel vårdhem). Jag upptäckte att olika typer av tid (akuttider, återbesök, administrativ tid) hade olika färgkod, och i samtalen om dessa scheman blev två saker uppenbara. Det att andra hade rätt till deras tid, och dels att denna begränsning togs som självklar:

Den ljusblåa är min egen tid så att säga, som är då egentligen administrativ. [ ]  
Den rår jag bara själv över. [ ] Mycket av den går ju åt till att flytta papper...

- Sara, distriktsläkare

Den ljusblå tiden, den alldeles egna, visade sig vara ett par timmar per vecka, och det var den som användes under intervjuerna.

Trots arbetet att läkarna arbetade i "team" med andra medarbetare och annan personal uttryckte de sig som ensamma i sitt beslutsfattande. Tid för samtal med kollegor saknade färgkod, och det var som om den tid som inte var klassificerad, försedd med en egen färgkod färg och inlagd i det administrativa datasystemet inte fanns, och därmed var bortreglerad. Styrningen av läkarnas möjligheter att själv disponera sin tid bör ha ökat deras mottaglighet för ytterligare styrning, dels genom att möjligheten till att reflektera över regleringarna blev begränsad, men också på grund av att schemat redan var så reglerat att ytterligare regler (kommittéernas standarder) bara var en påbyggnad av det som redan fanns. Den datorstödda regleringen kan ha fungerat som en fysisk förstärkning av anspråken på deras jurisdiktion (Latour 1992/1998). Kontrasten mellan nyare läkare som tog regleringen som självklar och de läkare som varit med om tiden innan de arbetsrelaterade reformerna på 1970-talet var stor. På ett internt läkarmöte uttryckte de mer erfarna läkarna som varit med innan deras timmar blivit ett regleringsobjekt, schemaläggandet på läkarmötet som ren socialism (Widman 2003). Regleringen av läkarnas tid gällde även deras fritid, den tid de flesta av oss

rår över utan krav från arbetsgivare och myndigheter. Så var det inte för läkaren. Vile någon gå och lyssna på ett föredrag som arrangerades av läkemedelsindustrin, fick han eller hon ansöka om lov från arbetsgivaren, även om det rörde sig om en kvälls- eller helgaktivitet utanför arbetstiden.

### Reglerad av kollegor, ytterligare standarder och myndigheter

När jag frågade om läkemedelskommittéernas rekommendationer, började många av dem att spontant tala om andra rekommendationer, myndigheter och den ofria arbetssituationen också i relation till andra standarder. Läkarna uttryckte en rädsla för att bryta mot regler, och till exempel bli anmälda till HSAN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd). Vårdprogram, SBU-rapporter och informationen från läkemedelskommittéerna beskrevs vid flera tillfällen som ”*pekpinnar*” som gjorde dem osäkra i jobbet och ofria i att lita till sitt eget omdöme. Många läkare beskrev ett tryck mot att följa standarder för att vara säkra på att ingenting viktigt missats, snarare än som en del i att få ett bra beslutsunderlag. Samtidigt beskrev de också ett ekonomiskt tryck mot att hålla kostnaderna nere för undersökningar och behandling, vilket försatte dem i ett dilemma mellan säkerhet och kostnadskontroll, där kommittéernas rekommendationer bara blev ytterligare en regel i mängden:

Vi känner ju pressen på att vi oftast underbehandlar kanske överbehandlar. Vi får ofta höra att vi överbehandlar förkylningar, väldiga påminnelser att vi underbehandlar [Medicinska tillståndet] med nya mediciner. Vi underbehandlar [Andra medicinska tillståndet] hos riskpersoner och i detta ligger då ett ständigt dåligt samvete att man inte håller sig ajour med utvecklingen, utan att man ständigt släpar efter.

- Xerxes, distriktsläkare

Denna mentala ofrihet i valet att diagnosticera, behandla och förskriva gjorde att kommittéernas standarder, snarare än att ses som något nytt var en mindre utökning av ett befintligt styrsystem, vilket gjorde motståndet mot dem litet. I detta kan trenden mot EBM-baserad medicin ha fungerat som ytterligare förstärkning i att ifrågasätta det egna omdömet.

## Reglerade genom förändringar i självuppfattningen

Utöver regleringen av läkarvardagen, tidsmässigt och av myndigheter och kollegor på distans, fanns också tecken på förändringar i självuppfattningen, vilket kan förstås som ett potentiellt hot mot deras identitet (se Sveningsson och Alvesson 2003). Eftersom identitet har beskrivits som en viktig faktor för hur standarden mottas och följs (se kapitel 2) är det viktigt för frågan om standardernas effekt, hur läkarnas självuppfattning såg ut och om den var på väg att förändras. En första sak jag lade märke till var att deras beslut inte beskrevs som fullt rationella av dem själva och att de var måna om att visa mig sin egen medvetenhet om detta. Citatet nedan är typiskt.

Det är inte bara rationella faktorer som spelar in... När vi inte vet vad vi gör kallar vi det läkekonst”

- Åke, distriktsläkare

Med tanke på att läkarna som kollektiv arbetat hårt på att presentera sig som vetenskapliga och rationella i flera hundra år (Gustavsson 1987, Eklöf 2000), har jag tolkat den här typen av yttranden som ett uttryck för en förändrad självuppfattning. En alternativ tolkning är att läkarens auktoritet idag är så stabil att den inte behöver försvaras, men i och med den evidensbaserade medicinens intåg ser jag inte en sådan tolkning som sannolik.

Läkarna uttryckte också medvetenhet om att läkemedelsindustrin på olika sätt försökte påverka dem, tom ”muta” dem. Av det jag kunde observera blev det emellertid svårt att se vari ”mutorna” bestod. Den utbildningskväll på kursgård jag närvarade vid var ganska lik enklare konferenser i mitt eget yrkesliv, vilka jag själv uppfattat som bara arbete och inte nöje. När en av sjuksköterskorna strax innan en läkemedelslunch muttrade om ”*gratisluncher*” steg min förväntan om något smålyxigt. Men verklighetens bleka pastaskruvar och räksås utan räkor framstod inte som aptitretade. Luncherna var stressiga. På 45 minuter skulle det lyssnas, ätas, pratas och ifrågasättas och många läkare gick inte på luncherna eftersom de inte tyckte att de hann gå. Jag hörde bara en läkare som ifrågasatte ”mutdebatten” vilket jag tolkat som att läkarna i stort anammat bilden av dem som lättpåverkade och lättköpta.

## Skapandet av personligt utrymme

Allteftersom jag började uppmärksamma hur de såg på sig själva, lade jag också märke till att läkarna aktivt skapade sig personligt utrymme. De flesta såg till exempel till att ha olika uppgifter inom vårdcentralen, gärna på ett sätt som innebar en fysisk förflyttning till en annan lokal än den vanliga, och de få läkare som saknade den här typen av uppdrag uttryckte missnöje över sin arbetssituation.

- ...

det är faktiskt väldigt svårt att jobba huvudsakligen med patientmottagning år efter år. Nästan alla som jobbat med det tio år, eller åtta – tio år blir antingen utbrända eller hittar något sätt att balansera patientarbetet med [annat].

- - Xerxes, distriktsläkare

Läkare i Storstad och ca hälften av läkarna i Mellanstad hade valt att inte bära traditionell läkarrock, alternativt lät de den vara öppen så att de personliga kläderna och smyckena syntes tydligt. Vissa läkare sa uttryckligen att det var viktigt för dem att vara personliga, ha sin personliga stil och tom dela med sig av sig själva till sina patienter. En läkare som hade valt bort rocken berättade att det ibland ställde till problem för honom. Han upplevde att det fanns patienter och personal som inte verkade förstå att hans kompetens inte satt i en vit rock, utan i honom själv. Likväl motiverade han sitt val av ledig stil och klädsel med att det var viktigt för honom att få vara sig själv, och bli respekterad för den han var.

Också på andra sätt lade jag märke till läkarnas arbete för att upprätthålla ett personligt utrymme. I pauserna och på fikarasterna etc berättade många av läkarna om sig själva och sina fritidsintressen för mig. De reste, seglade, spelade golf, jazz och berättade om familjer och svårigheten (alternativt beslutet att) få ihop vardagen hemma. Jag har tolkat detta som ett behov av synliggörande av sig själva i en hårt reglerad miljö. Ett behov av att porträttera sig själv, inför sig själv och andra (som mig till exempel) som en unik person och på så sätt markera sin identitet. Ett uttryck för behovet av: ”*a subjective sense of an invigorating sameness and continuity*” (Erikson 1968:19).



Det vill säga inte bara en känsla av att vara densamma över rummet och tiden, utan också behovet av att få känna sig unika och levande.

Värt att nämna är också den ensamhet som många av läkarna gav uttryck för. Att läkaryrket kan kännas ensamt är ingenting nytt. I gamla berättelser om provinsialläkarna finns skildringar av både ensamhet och umbäranden i kronans tjänst (Kuuse och Dahlin 2005). Det intressanta är att ensamhet och utsatthet är en bjärt kontrast mot bilden av läkaren som stark och sig själv nog:

Ja, jag skulle vilja ha mer samarbete med kollegor och så det kan vara mindre ensamt, även om det är skönt med självständigheten så kunde jag tänka mig att jobba mer med... kanske med grupper. Man är så ensam ansvarig för en patient ... [ ] ibland är det ju lite tungt liksom.

- Vivianne, distriktsläkare

Du, om jag får säga nånting om vad som är en baksida med det här jobbet, det är att jag möjligen är lite ensam.

- Östen, distriktsläkare

En nackdel med att bli distriktsläkare är att man hamnar lite långt ut och lite ensamt kan man uppleva det ibland.

- Åke, distriktsläkare

Patienterna var således många gånger trötta, ensamma, utarbetade.... Och doktorn var också trött, utarbetad – och allt emellanåt ganska ensam. Denna dubbelhet, bilden av sig själv som stark och autonom, samtidigt som vardagen och det mentala rummet var hårt reglerat utan att ansvaret för patienten kunde delas med någon annan, kan ha gjort att läkarnas förmåga att motstå styrförsöket var nedsatt.

## Sammanfattning och diskussion

I det här kapitlet har jag diskuterat hur följsamheten till standarderna såg ut i den praktik där standarderna skulle tillämpas, distriktsläkarvardagen och på vårdcentralerna. Jag inledde kapitlet med en analys av Mellanstads stan-

darder och förskrivningsdata och kunde konstatera att kommittén trots det stora tolkningsutrymmet, hade uppfattningar om vilka vårdcentraler (distriktsläkarna på vårdcentralnivå) som enligt deras mening följde standarderna och inte. Min analys av förskrivningsstatistiken visade emellertid att det inte gick att förklara läkemedelskommitténs bedömning av följsamhet gentemot standarden för Ont-i-magen eller Depression utifrån texten i standarden eller det statistiska underlaget enbart. I första hand verkar det ha varit kostnadsaspekter och föreställningen om icke-följsamhet som definierade de tolkningsramar som läkemedelskommittén givit uttryck för.

Det förefaller också som om idén att distriktsläkarna borde förskriva andra och mer kostnadseffektiva läkemedel inte bara accepterades som något som kom från läkemedelskommittén, utan också som något de själva höll med om. De intervjuade distriktsläkarna själv ansåg att de kunde bli mer medvetna och observanta och min tolkning av deras sätt att beskriva sina ideal var att de omedvetet relaterade till experimentet som modell för mötet mellan patient-läkare (se kapitel 3). Ett ideal för sitt sätt att arbeta som samtidigt förutsatte en kontroll över såväl situationen som patienten och dennes medicinska problem, som saknade all likhet med experientsituationens väl definierade och välkontrollerade oberoende variabler).

En fråga är hur distriktsläkarna definierade behovet av standarderna för egen del och hur de såg på sig själva, sin roll och läkaridentitet. Studien visar att de såg sig som följsamma genom att de menade sig följa ”*intentionen*” i standarden, det vill säga vad de uppfattade att standarderna syftade till, och att de hade den i åtanke när de träffade patienter, gjorde lokala vårdprogram etc. Studien visar att standarderna och aktiviteterna runt dem skapade en kostnadsmedvetenhet och en känsla av ansvar för läkemedelskostnaderna som de inte ansåg sig ha haft förut. Jag kunde däremot inte identifiera någon skillnad i medicinsk kunskap om Ont-i-magen och Depression mellan de distriktsläkare jag träffade och kommittéläkarna, kanske beroende på att många distriktsläkare var verksamma också som regelsättare.

Att distriktsläkarna såg sig som följsamma genom att de följde standarden genom att acceptera idén om kostnadsmedvetenhet kan förstås både som att ledningskontrollen från staten sett ökat. Den ökade ledningskontrollen tycktes emellertid inte ha skapat en bild hos de studerade läkarna

själva (eller förändrat deras föreställning om läkarkåren som helhet) som innebar att den ökade ledningskontrollen skett skett på bekostnad av deras autonomi. Snarare var föreställningen om sig själv, läkaridentiteten, som i linje med läkargestalter (se kapitel 4) som den förnuftige läkaren, en centralgestalt i samhället för vilken det var naturligt att inte slösa pengar i onödan. Samtidigt var identiteten som patientens uppdragsgivare och livmedicus stark såtillvida att läkarna ansåg sig pliktiga att först och främst hjälpa patienten.

Sammanfattningsvis ledde standarderna till flera olika effekter på både läkarna individuellt och för vårdcentralerna som arbetsplats. Standarderna blev referensobjekt som ett läkemedelsbolag (givet att det var just deras läkemedel som rekommenderades i standarden) användes i marknadsföringsmaterial, direkt till läkarna själva, i annonser i *Läkartidningen* och andra förekommande tidskrifter. Standarderna innebar kontakter med läkemedelskommittéerna och deras medlemmar, och också samtal med varandra på vårdcentralen, genom att bära dem själva i rockfickan, höra dem omnämnas (och själv omnämna dem) på interna läkarmöten och i diskussioner om vårdcentralens budget. Det empiriska materialet tyder på att såväl tolkningsramen att läkemedelskostnaderna var ett problem (som de som distriktsläkare borde ta an aktiv del i att försöka åtgärda), acceptansen av ekonomiska argument över lag, och läkarnas de facto acceptans av ökad ledningskontroll inte mött påtagligt motstånd eller upplevts som ett radikalt hot mot deras egen professionella autonomi.

För en del av distriktsläkarna aktualiserades emellertid liknande dilemma som tidigare noterats i studien av kommittéläkarna (se kapitel 6). Förväntningarna på dem som kostnadseffektivt medvetna ledde till spänningar i läkarrollen. Flertalet uttryckte en konflikt mellan de ekonomiska krav som de upplevde att stat- och landsting nu ställde på dem, och det de ansåg som förenlig med god läkaretik och det egna uppdraget gentemot patienterna. För andra läkare föreföll den ekonomiska delen av standarderna mer oproblematiske, som något som gick att underordna idén om kostnadseffektivitet och på det sättet gick förena med bilden av läkaren som förnuftig och ansvarstagande gentemot både stat och medborgare, ett sätt att reducera dissonansen som förefaller ha minskat deras dilemma. I nästa kapitel (kapitel 8) kommer jag att analysera dessa effekter och idén om följsamhet närmare,

för att i det avslutande kapitlet (kapitel 9) diskutera och härleda mekanismer i standarderna som kan bidra till att förklara läkarnas beteende.



## Kapitel 8

### Att följa standarder – följsamhet bland distriktsläkare på tre vårdcentraler

I det här kapitlet kommer jag att återknyta till frågan om vilka effekter standarderna hade i bemärkelsen påverkan på läkarnas beteende. Jag kommer först att diskutera effekten på de tre områden där reformatörerna uttryckte en önskan om förändring: läkarnas *val av läkemedel*, läkarnas *medicinska kunskap* (i synnerhet synen på Ont-i-magen) samt deras *ekonomiska ansvarstagande*. Eftersom det visade sig att standarderna aktualiserade dilemman, kommer jag också att diskutera dessa dilemman som en effekt. Efter detta kommer jag att diskutera villkorsramarna för styrningen och frågan om de iakttagna effekterna inte i första hand kan reduceras till förändringar i omvärlden.

#### Effekten på val av läkemedel

Lagen om läkemedelskommittéer påbjöd att kommittéerna skulle utfärda standarder i form av rekommendationer för vilka läkemedel läkarna i de olika länen borde välja, standarder som inte bara baserades på medicinsk lämplighet utan också på pris. Tanken från reformatörernas sida var att standarderna skulle leda till förändringar på två områden, att de skulle få läkarna att välja billigare läkemedel där så var möjligt och välja att för vissa åkommor inte skriva ut något läkemedel alls. På så sätt skulle standarderna även bidra till att kvaliteten i läkemedelsanvändningen ökade.

Hur såg då processen att följa dessa standarder ut? Innebörden i dessa standarder var något som växte fram över tid, inte bara hos regelföljarna utan också hos utfärdarna och på den politiska nivån. Dels att innebörden i dem växlade med meningsskapandet kring dem, dess villkorsramar, tolkningsramar och tolkningsramarnas byggstenar (grundantaganden, principer, topos, kunskap och kunskapsargument). Meningsskikt som lades till kunde över tid förstärkte en viss tolkning av standarden, eller försvaga en viss tolkning så att den över tid föll bort, allteftersom olika varianter av standarderna producerades.

Gemensamt för både standarden för Ont-i-magen och standarden för Depression (liksom de standarder som utfärdades av läkemedelskommittéer också på andra områden) var att beslutet om att lagstifta om dem kom i en tid då läkemedelskostnaderna var för höga och i synnerhet magsårsläkemedlet Losec pekades ut som onödigt dyrt och möjligen överförskrivet (SOU 1995:122: 74–77, 234). Alla tre kommittéer som studerades försökte minska förskrivningen av magsårsläkemedlet Losec genom sina standarder. I Länsbygd togs rekommendationen av Losec bort 1999. I Mellanstad och Storstad togs rekommendationen för Losec bort år 2000 med skälet att det var onödigt dyrt.

Förskrivningsdata från två vårdcentraler, Kyrkbyn och Bruket i Mellanstad perioden 1999–2001, visade att en del distriktsläkare förändrade sin förskrivning vid tiden för den officiella rekommendationsändringen 2000, medan andra tycks ha förändrat sin förskrivning tidigare. En möjlig förklaring är att det skulle kunna handla om att Brukets läkare idkade följsamhet till en förändring som de förväntade sig skulle ske, en anticiperad förändring (om man så vill uttrycka det). Med tanke på hur länge läkemedlet Losec ändå på olika sätt uppmärksammats (se kapitel 5) och att rekommendationen att använda Losec i redan plockats bock i andra läns läkemedelskommittéers standarder, kan vi med visst fog anta att det också bland Mellanstads läkare fanns en diskussion om Losecs vara och icke vara redan innan läkemedelskommittén i Mellanstad de facto förändrade också sin standard. En annan möjlighet är att det fanns något generellt med standarderna som läkarna på åtminstone Bruket uppfattat och börjat tolka som en del av standardernas innehåll, redan innan detta innehåll blivit explicit. En tolkningsram som Brukets läkare lagt på standarderna, oavsett vilka läkemedel som

specifikt rekommenderades eller inte, vilket kan ha fått dem att förändra sin förskrivning mot billigare alternativ redan standarderna explicit påbjöd detta. I Kyrkbyn förändrades förskrivningen i riktning mot det alternativ till Losec som standarderna påbjöd, medan distriktsläkarna i Bruket inte förändrade förskrivningen nämnvärt under perioden oktober 1999-februari 2001 (se figur 2, kapitel 8).

Utan att ha samma typ av originaldata för Storstad hävdar jag att en liknande förändring i förskrivning skedde också där. Förskrivningen av Losec minskade och kommittén i Storstad tolkade förändringen som att deras standarder varit framgångsrika.

### Framgångar – men inte på alla områden

Socialstyrelsens rapport från första kvartalet 2000 visar i siffror hur mycket Losecförskrivningen Losec minskat (Socialstyrelsen 2000:1), en förändring som delvis förklaras med de förändrade kommittéstandarderna. Slutsatsen att kommittéernas standarder, haft effekt på förskrivningen dras också i en uppföljningsrapport från Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2000:7 samt Dagens Medicin 2004:1-3:11). Att läkarna i högre utsträckning än tidigare börjat välja alternativa och billigare läkemedel än Losec var som vi såg i föregående kapitel, också vad de intervjuade distriktsläkarna själva hävdade. Detta gällde även i Storstad. Storstad (artikel på hemsidan oktober 2003)<sup>88</sup>

Mot bakgrund av förändringen i förskrivning är det emellertid viktigt att fråga om, och i så fall på vilket sätt standarderna bidrog till detta. Något absolut svar på den frågan går inte att få. Som nämnts tidigare hade kommittén i Mellanstad rekommenderat ett synonympreparat till Losec innan förändringen i förskrivning skedde. Det är också svårt att isolera effekten av standarderna från effekter av förhållanden i omvärlden. Tolkningsramen för Losec hade åren innan rekommendationsförändringen förändrats, från att vara ett effektivt (och Svenskt!) läkemedel till att bli starkt kritiserat och i fokus för en intensiv uppmärksamhet på nationell, som bland annat tog sig uttryck i det offentliga grälet mellan dåvarande socialminister Marita Ulvskog (S) och Håkan Mogren, VD för läkemedelsföretaget Astra, som av

---

<sup>88</sup> Taget från hemsidan i oktober 2003.



Ulvskog anklagades ha tjänat miljarder på den svenska läkemedelsförmånen genom en för hög prissättning av Losec (Ljunggren 1997). Losec omnämndes till och med indirekt i reformens förarbeten då det var det första nya läkemedlet i sin kategori, på magsårsområdet:

Kostnadsökningen i gruppen för subventionerade läkemedel beror till stor del på introduktionen av nya läkemedel, framför allt medel avsedda för behandling av magsår. (SOU 1995:122:74)

”*Magsårsmediciner*” som Losec omnämndes också i Riksdagsdebatten 1996 (Riksdagsprotokoll 1996/97:34), diskuterades i TV (Werkö 1997), blev föremål för särskild uppmärksamhet i Läkemedelsbokens (1993/94–2003/04) och diskuterades i massmedia (Aftonbladet 15 oktober 2001). När parallellimporten av läkemedel började 1997, var Losec ett av de första att parallellimporteras (Lindqvist 2005). Bara ett par år efter all denna kritik mot Losec förändrade de tre studerade kommittéerna sina standarder och relativt samtidigt hade också andra kommittéer förändrat, eller var på väg att förändra, sina standarder genom att ta bort rekommendationerna från Losec vilket blivit allmänt känt (Socialstyrelsen 2000:7).

Förskrivningen av Losec och läkarnas uppfattning om det som läkemedel kan på distriktsläkarnivå också ha påverkats av reformer som vid tiden för studien stod för dörren ledde till förändringar i receptstatus och som kom att omfatta också Losec. Läkemedelssubventionerna hade i alla år varit knutna till läkemedel. Det blev emellertid allmänt känt att subventioneringen hösten 2002 skulle knytas till det billigast möjliga alternativet med samma typ av verkningsmekanism. Våren 2002 beslutade därför AstraZeneca att göra Losec receptfritt vilket gjorde att en del av kostnaderna för Losec från och med då betalades direkt av konsumenterna som köpte det receptfritt över disk. Detta gjorde att det inte längre var nödvändigt att distriktsläkarna skrev ut dem till patienter som kunde ha nytta av dem, eftersom patienterna nu kunde skaffa Losec utan recept.

Ytterligare ett omvärldsförhållande hade med Generikareformen att göra och som trädde i kraft hösten 2002. Reformen gjorde apoteken pliktiga att byta det läkemedel läkaren förskrivit mot billigast möjliga synonympreparat det vill säga generiska läkemedel, läkemedel med samma verk-

ningsmekanism oavsett handelsnamn och tillverkare. Detta gjorde i sin tur, att den tidigare absoluta kopplingen mellan recept och expedierat läkemedel upphörde för ett stort antal läkemedel, däribland Losec vilket också kan ha påverkat förskrivningen (Lundin, Jakob och Engström 2007). I alla händelser bör kopplingen mellan standarderna och förskrivningsdata tolkas med stor försiktighet från 2003 och framåt<sup>89</sup>.

När det gäller området Depression har jag inte haft tillgång till longitudinell förskrivningsstatistik varför jag inte kan dra slutsatser om hur förskrivningen förändrats under perioden. Det jag kan dra slutsatser om är i vad mån det går att identifiera ett styrglapp mellan önskad förskrivning och praxis. Baserat på studien drar jag slutsatsen att det här fanns betydande oklarhet om både vari styrglappet för förskrivningen av antidepressiva läkemedel skulle bestå, och på vilket sätt följandet av rekommendationen skulle kunna minska det. Reformatörerna och kommittémedlemmarna hade beskrivit Depression som underbehandlat, vilket jag tolkat som en önskan om att förskrivningen av antidepressiva läkemedel borde öka till följd av att diagnosen inte behandlades med läkemedel i den grad det borde (SOU 1995:71–74, 234). Samtidigt noterade reformatörerna att kostnaderna för antidepressiva läkemedel ökat kraftigt på grund av de nya antidepressiva läkemedel och att *”kunskapsupbyggnaden om dessa medel är långt ifrån avslutad”* (SOU 1995:122:74). På kommitténivå uttryckte ett par medlemmar en osäkerhet om det verkligen var rätt patientgrupper som behandlades, en oro för både en överbehandling och en underbehandling av patientgrupper.

Studien visar att det inte heller gick att identifiera något självklart styrglapp på preparatnivå. Alla de tre studerade kommittéerna rekommenderade Cipramil, med motivet att det var det läkemedel som distriktsläkarna redan använde, ett SSRI-preparat och därmed tillhörig kategorin nya bättre antidepressiva samt att tillverkaren av läkemedlet, Lundbeck hade gott rykte. Det fanns visserligen en föreställning om bristande följsamhet i Mellanstad, men min analys av förskrivningsdata visade att detta inte kan förklaras med att distriktsläkarna valde andra läkemedel än de rekommenderade.

---

<sup>89</sup> Att jag här skriver 2003 och inte 2002, beror dels på att recept är giltiga upp till ett år vilket ger en eftersläpning mellan det läkarna skriver på recepten och vad patienterna hämtar ut på apoteken och dels för att Generikareformen (som bröt denna absoluta koppling) trädde i kraft så pass sent 2002.

derade – utan att vissa läkare skrev ut antidepressiva läkemedel i högre grad än andra, att totalkostnaden för läkemedlen var högre. Frågan blir således på vilket sätt följsamhet till standarderna på området Depression skulle leda till den önskade förändringen.

Eftersom jag inte haft tillgång till förskrivningsdata från Storstad, kan jag inte uttala mig om vilka läkemedel som läkarna i Storstad de facto förskrev mot Depression. Det jag kan säga är att kommittémedlemmarna också här motiverade rekommendationen av Cipramil med att det redan användes, vilket jag tolkar som en kodifiering av praxis. En eventuell förändring i förskrivning i riktning mot detta läkemedel kan därför inte förstås som ett minskat styrglapp. Eftersom standarden också innehöll andrahandsalternativ är en fråga om kommittén önskade någon förändring i den relativa användningen av dessa. Här visar studien att det under en period fanns en kritik mot distriktsläkarpraxis från kommitténs sida såtillvida att det antidepressiva läkemedlet Eflexor (Venlafaxiin) som rekommenderas 1999 förlorade status som rekommenderat läkemedel 2000. Eftersom de distriktsläkare som intervjuades i Storstad 2001 och 2002 sade sig förskriva Eflexor mot lite svårare depressioner, skulle detta kunna tolkas som att ett styrglapp fanns. Det faktum att Eflexor återigen vann status som rekommenderat år 2003 talar emellertid emot detta. Dels eftersom den tid då distriktsläkarna skulle ha kunnat följa standarden blir så kort och dels då kommittén förändrade standarden i linje mot distriktsläkarpraxis.

Sammanfattningsvis finner jag således ett visst stöd för att standarderna bidragit till att förändra förskrivningen i fallet Losec, medan det i fallet Depression snarare tycks vara tvärtom – att praxis styrde innehållet i standarden.

## Effekten på medicinsk kunskap

En andra uttalad önskan från både reformatörernas och kommittéernas sida var att rekommendationerna skulle ha en upplysande effekt. I reformens förarbeten presenterades standarderna som ett sätt att minska industrins inflytande på läkarna, och som en möjlig väg att hjälpa läkarna att hålla sig uppdaterade med vilka läkemedel som var visat effektiva (SOU 1995:122, Socialstyrelsen 2000:7). Denna ambition gällde inte bara framtiden, utan i

detta låg också en kritik mot rådande praxis, och om detta var både reformatorer och kommittémedlemmar eniga.

En viktig fråga är därför om det gick att iaktta tecken på att rekommendationerna bidrog till att upplysa distriktsläkarna i medicinskt avseende. Mitt svar på denna fråga är nej. Att tala om invändningar till kvaliteten i läkemedelsförskrivningen och kunskapsbrister i praxis är inte detsamma som att verifiera dessa brister. Idén om brister i praxis byggde i huvudsak på konstaterandet att praxis varierade (Bradley 1991, Läkartidningen 2008). Min analys av kommittéläkarnas och distriktsläkarnas kunskaps- respektive sjukdomssyn visade inte på några skillnader i kunskaps- eller sjukdomssyn. I båda grupperna fanns läkare som ansåg att magont av typ halsbränna var tecken på sjukdom, och läkare som ansåg att det i huvudsak var ett uttryck för en felaktig livsstil, stress eller depression, alternativt att det hörde till livets allmänna bekymmer och därför borde uthärdas utan större knot. Både kommittéläkare och distriktsläkare berättade att effekten av läkemedelsbehandling av Ont-i-magen kunde fungera som en bekräftelse på att behandlingen var riktig (patienten blev bättre av läkemedlet), eller oriktig (patientens lidande hade inte minskat med behandlingen). Inte heller kunde jag konstatera några skillnader i kunskapssyn, utan de skillnader jag kunde iaktta handlade om hur läkaren värderade ett visst lidande, vilket var avhängigt vilken roll läkaren för tillfället befann sig i.

Också på området Depression var den kunskaps- och sjukdomssyn de intervjuade läkarna gav uttryck för densamma. Både kommittéläkare och distriktsläkare förklarade för mig att Depressioner kunde triggas igång av yttre faktorer, men att det huvudsakligen handlade om förändringar i hjärnans kemi och därför krävde behandling med läkemedel. Något objektivt verifierbart test som visade på några brister eller överskott i hjärnans transmittorsubstanser fanns visserligen inte, men till skillnad från området Ont-i-magen ansåg ingen (med ett undantag, se nedan) att något sådant behövdes. Någon motsvarighet till Ont-i-magens funktionella, icke-organiska orsaker fanns inte på depressionsområdet, utan symtomen och att patienten blev bättre räckte för att läkaren med rimlig säkerhet ansåg sig kunna sätta diagnosen och konstatera dess riktighet. Det krävdes inte ens någon kunskap från patientens sida om att de var deprimerade. Symtomen de beskrev behövde inte ens passa in på de medicinska kriterierna för Depression.

Ont-i-magen, oro och missbruk av olika slag kunde ge läkaren indikationer om att patienten egentligen var Deprimerad och behövde medicin. En psykiater uttryckte en otillfredsställelse med detta sätt att behandla och ställa diagnos i efterhand eftersom lindringen kunde bero på rena slumpfaktorer, men kunde inte se något alternativ. Det fanns således ingenting som tydde på okunskap Ont-i-magen eller Depression. Distriktsläkarna var inte okunniga om denna omvända logik, att genom att skriva ut läkemedel för eventuell förbättring dra slutsatsen att diagnosen var riktig. Den här logiken kritiserades vid tiden för studien av flera kommittémedlemmar, men ställda inför lidande patienter, praktiska omständigheter och en erfarenhet av att denna läkemedelsbehandling fungerade, kunde ett nekande av en behandling de själva trodde på skapa tvivel hos dem själva på yrkets *raison d'être*.

Att jag inte kunde observera några skillnader i kunskapssyn och sjukdomssyn mellan kommittéläkare och distriktsläkare, betyder inte att skillnader saknades. I intervjuerna utgick kommittéläkarna i högre grad än distriktsläkarna från en standardiserad situation och en standardiserad patient, medan distriktsläkarna i första hand hänvisade till sin egen kliniska erfarenhet av patienter. Detta bör emellertid inte tas som stöd för en skillnad på gruppnivå, utan de skillnader som fanns bör ses som kopplat till undersökningsartefakten, intervjusituationen. Kunskapssynen och sjukdomssynen hos respektive läkare växlade på så sätt att de under intervjuerna växlade mellan tre olika perspektiv eller roller: ämbetsmannarollen, rollen som naturvetare och rollen som livläkare med plikt att först och främst se till patienten.

En fråga är därför om det finns grund för att avfärda existensen av styrglapp vad gäller medicinsk kunskap. Svaret på detta är nej. Vid tiden för huvudstudiens avslutande fanns en diskrepans mellan läkemedelskommittéernas officiella syn på Ont-i-magen som behandlingsovärdigt och den kunskapssyn läkarna gav uttryck för när de uttalade sig i egenskap av livmedicus. Min uppföljning av rekommendationerna till och med rekommendationerna 2008 (i praktiken 2007) visar att standarden i Storstad kom att förändras i riktning mot distriktsläkarpraxis. I Storstad kom termen *funktionell dyspepsi*, där halsbränna 2001 definierats bort som behandlingsvärdigt tillstånd, att 2003 delas upp och ersättas med ”*känslig mage*” respektive ”*gastroesofageal refluxsjukdom*”, det senare definierat som: ”*när surt magsäcksin-*

*nehåll läcker upp i matstrupen*”. Gastroesofageal refluxsjukdom (GERD) hade således vunnit status som behandlingsvärdigt. Att notera är också att generiskt Losec (*omeprazol*) återigen rekommenderas 2004 även för syrelaterade besvär. Knappt tio år efter Läkemedelsreformen trädde i kraft försvann således styrglappet utan att det kan förklaras med en förändrad distriktsläkarpraxis. Storstads standarder för 2005–2008 behöll i huvudsak samma rubriksättningar och samma sjukdomsdefinitioner som i standarderna 2004. Också Mellanstads kommitté hade börjat rekommendera det generiska Losec *omeprazol*, i standarderna för 2004 och framåt. Detta visar att distriktsläkarpraxis stod stark mot rekommendationerna på de studerade områdena Ont-i-magen respektive Depression.

Föreställningen om kunskapsbrist, på reformnivå, kommitténivå och även till viss del på distriktsläkarnivå var emellertid inte oviktigt. Den fungerade som meningsskikt som stärkte för tolkningsramen att reformen behövdes och den återkom också på distriktsläkarnivån. Detta var dock ingen idé som kom med reformen, utan har framförts i flera studier av läkares förskrivning redan tidigare. Att läkares val av läkemedel varierade geografiskt och att de ofta avvek från det som förväntas i experimentsituationer hade varit känt i decennier (Lilja 1976, Bradley 1991). Idén om ett transparent, kalkylerbart förnuft som följd av givna kriterier, mål och preferenser är emellertid vanligt förekommande idé i reformsammanhang (Brunsson 2006), och det är tydligt att det var en viktig idé också i Läkemedelsreformen.

Studien ger således inte stöd för att standarderna bidragit med att förmedla medicinsk kunskap på de studerade områdena. Tio år efter reformen sammanfaller standarderna – fast i den praxis som tidigare kritiserats. Där emot visar studien att standarderna förmedlade kunskap om vilka läkemedel som ansågs dyra, och den kunskapen gällde både området Ont-i-magen och Depression. Mer om detta nedan.

## Effekter med avseende på ekonomisk upplysning och ekonomiskt ansvarstagande

I det betänkande som låg bakom utredningen bakom Läkemedelsreformen, var huvudfrågan ekonomin och på vilket sätt läkemedelsanvändningen skulle kunna finansieras framöver (SOU 1995:122). Avsnittet om läkemedelskommittéerna motiverades i huvudsak av de ekonomiska problemen och oron för finanserna. Lösningen att använda standarder motiverades i stor utsträckning med ekonomiska argument, reformatörerna önskade uttryckligen att förskrivarna skulle bli mer medvetna om kostnaderna:

Därtill kommer att det krävs en ökad kostnadsmedvetenhet hos förskrivarna om kostnadsutvecklingen för läkemedel skall kunna dämpas (SOU:1995:122:232)

Jag har tolkat detta som en önskan om att de enskilda läkarna skulle börja ta ansvar för läkemedelskostnaderna. Studien visar också tydligt att kommittémedlemmarna uppfattat att det fanns ett ansvar, som ingen riktigt ville ta i. Ansvaret att minska kostnaderna för läkemedel och därmed också göra en uppstramning av statens välfärdsåtagande när det gällde subventioneringen av läkemedel. Kommittéernas uppdrag innefattade att bidra till ett ökat ekonomiskt medvetande bland läkarna.

Effekten av standarderna kan därför förstås som i huvudsak indirekta. Indirekta på kommitténivå genom att kommitténs arbete begripliggjordes och meningsbestämdes genom de ekonomiska förutsättningarna och begränsningarna i den framtida läkemedelsbudgeten. Standarderna gjorde det också möjligt för kommittéerna att beräkna hur mycket läkemedelskostnaderna skulle kunna minska om distriktsläkarna bara följde dem. Indirekt på distriktsläkarnivå genom att hotet från läkemedelskostnaderna i på distriktsläkarnivå uppfattats som ett hot mot den egna verksamheten.

Läkarnas ekonomiska medvetenhet tog sig uttryck på interna läkarmöten där det gavs explicita referenser till standarderna, krav på förändringar i förskrivningen, samt oro för vad ett framtida överskridande av läkemedelsbudgeten skulle kunna få för konsekvenser för vårdcentralens resurser. Samtliga läkare, både kommittéläkare och distriktsläkare, gav uttryck för att de genom standarderna blivit upplysta om att vissa läkemedel var onödigt

dyra och att det fanns billigare alternativ – de som rekommenderades. Broschyrställ med både rekommendationer och informationsblad om hur mycket skatt läkemedelsförmånen kostade (och vad landstingen skulle tjäna på om rekommendationerna följdes) hade placerats i väntrummen på vårdcentralen Ön. Något paradoxalt användes standarderna som marknadsföringsargument från läkemedelsföretagens sida vid utbildningstillfällen och i annonser i Läkartidningen.

En fråga är i vilken mån de ekonomiska argumenten hade inflytande på distriktsläkarnas val av läkemedel. Som jag nämnt ovan uppgav distriktsläkarna att de genom rekommendationerna blivit upplysta om vilka läkemedel som i högre grad än andra belastade läkemedelsnotan. I vilken mån denna kunskap hade en direkt påverkan på deras val av läkemedel är svårt att säga, men i mina observationer av patient-läkarmöten kunde jag iakttä att ekonomi hade blivit ett argument som de ibland använde öppet i samtalet med patienten. Några läkare berättade också att kunskapen om att ett läkemedel var dyrt kunde ta sig uttryck i att de, utan att diskutera ekonomi med patienten, valde det billigare, rekommenderade läkemedlet både av samhällsekonomiska skäl och med tanke på patientens egen plånbok. Svaret för läkemedel hade också i läkarnas egna ögon blivit deras.

Även om studien inte ger stöd för att medicinska kunskapsanspråk kan förklara förändringen i förskrivning av Losec, finns empiriskt stöd för att ekonomiska kunskapsargumenten accepterades som sanna och att de påverkade förskrivningen. Distriktsläkarna hade enligt sina egna utsagor ”*insett*” att de också måste ta ansvar för ekonomin. Ett par läkare sade visserligen att de också tidigare förskrivit billigare läkemedel, men detta beskrev de som ett privat beslut och inte som relaterat till kommittéer, myndigheter eller kollegor.

## En oväntad effekt – doktorsdilemman

En för mig oväntad effekt låg i att standarden gav upphov till spänningar i läkarrollen i det fall regelsättarna, kommittéläkarna, själva tänkte sig att följa dem. Studien visar att spänningarna i läkarrollen funnits i sekler, men de aktualiserades när läkarna kom i kontakt med standarderna. Under intervjuerna växlade läkarna mellan tre typroller: *rollen som naturvetare, ämbetsmannarol-*



len samt rollen som *livmedicus*. Kravet från patienter, kollegor och myndigheter att kunna försvara och motivera varje beslut, skapade ett tryck mot en regelstyrd medicinsk praktik istället för att som tidigare lita till det egna omdömet. Detta skapade ett ytterligare dilemma för dem eftersom regelföljandet motsade föreställningen om yrket som autonomt och sig själv (den egna önskan, idealet) som fri i sitt beslutsfattande.

Det fanns också dilemman inom respektive logik och roll. När det gällde den medicinska kunskapen fanns det konkurrerande och delvis motstridiga sätt att se på vad som var vetenskapligt och hur det vetenskapliga skulle värderas. Å ena sidan ansåg de flesta att det enda rimliga var att rekommendationerna baserades på det som var evidensbaserat. Å andra sidan hävdade de att den evidensbaserade vetenskapen baserades på populationer långt ifrån de patienter de träffade på sina mottagningar. De ville bort från den gamla ”åsiktsbaserade” medicinen, samtidigt som de såg det som viktigt att den evidensbaserade kunskapen framfördes av personer som erkändes som experter av dem själva. EBM stod därmed inte på egna ben, utan krävde ytterligare stöd. Både kommittéläkare och distriktsläkare uttryckte därutöver en medvetenhet om att många av de studier som de evidensbaserade analyserna baserades på var finansierade av läkemedelsföretag, den aktör vars inflytande politiker, läkare och administratörer och andra ville minska eller åtminstone få mer kontroll över.

Det fanns också dilemman i hur läkaren skulle avväga ekonomisk information med vetenskap. När det gäller ekonomiska data så var kommittéerna pliktiga att ta in ett hälsoekonomiskt perspektiv i sina rekommendationer. Samtidigt var det främst läkemedelsindustrins argument för eller mot ett visst läkemedel som vid tiden för studien var tillgängliga för dem. Också i andra avseenden uttryckte kommittéerna en ambivalens till de ekonomiska argumenten. Hälsoekonomi sågs som viktig och tom nödvändigt. Samtidigt såg läkarna hälsoekonomin som en ung vetenskaplig disciplin, vilket gjorde dem kluvna för hur de skulle värdera den typen av data. De saknade kompetensen samtidigt som de inte litade på disciplinen. Ekonomiska argumenten var viktiga i valet av läkemedel, samtidigt som läkarna inte ansåg sig ha tillräckliga kunskaper för att själva kunna värdera argumenten. För mig framstod de ekonomiska argumenten som förankrade främst genom sin blotta existens, *att* det fanns ekonomiska argument som

hävdades av olika auktoriteter blev ett bevis i sig för de ekonomiska argumentens riktighet.

Det främsta dilemman stod emellertid mellan det historiskt förankrade dilemma som standarderna aktualiserade, främst mellan ämbetsmannarollen och rollen som livläkare. När kostnaderna för en viss behandling jämfördes med en annan uppstod en situation när läkaren var tvungen sätta en gräns mellan det lidande patienten av samhällsekonomiska skäl måste uthärda, och det lidande läkaren kände sig pliktig att lindra med skattefinansierade läkemedel. En mer samhällsekonomisk behandling med ett billigare läkemedel, kunde ge biverkningar som visserligen inte var farliga (inga kända farliga biverkningar), men likväl kunde skapa ett lidande för patienten. Blodtrycksmedicin var ett ofta nämnt läkemedel, läkemedel mot Depression och Ont-i-magen var andra. Lidandet kunde i sin tur göra att patienten inte ville fullfölja behandlingen, vilket gjorde att de tvivlade på meningen med konsultationen. Blev lidandet känt för distriktsläkarna skapade det problem för den egna självbilden och upplevelse av sitt yrke som meningsfullt. Jag fann inte att medicinsk kunskap var något läkarna i studien kunde använda för att minska denna problematik.

Det fanns också dilemman som hade med standardernas temporalitet att göra, det vill säga dess tidsmässiga förankring. Standarderna låg alltid steget efter eftersom kunskapen hela tiden förändrades, och det fanns därför en osäkerhet kring om det som rekommenderades vid en tidpunkt, skulle anses som en felaktig förskrivning vid en annan.

Dilemman fanns också i distriktsläkarnas medvetenhet om att det medicinska var förknippat med status. De intervjuade läkarna hävdade att det fanns symbolvärden i att förskriva dyrt läkemedel, som om det var bättre, eller att förskriva någonting överhuvudtaget vilket gjorde att vissa läkare önskade att det gick att förskriva sockerpiller. Men vetskapen om att medicinska åtgärder åtföljdes av en symbolisk dimension gällde också omvänt. Det fanns läkare i studien som såg en risk för att de som läkare skulle börja tvivla på en behandlings effektivitet för att det av statsmakterna sågs som ”för dyrt”, att en medicinskt motiverad behandling skulle kunna rationaliseras bort som medicinskt onödig – av kostnadsskäl. Som ett exempel på det kan vi ta Losec och Ont-i-magen. Ett par år efter huvudstudien då standarderna i både Mellanstad och Storstad återigen rekommenderade

Losec (fast i sin generiska version), för syrelaterat Ont-i-magen kommenterade distriktsläkaren Åke det såhär:

Det var ju länge så att Losec skulle inte användas annat än vid mycket svåra syrelaterade sjukdomar så [ ] under flera år [skulle man ge] en betydligt sämre behandling [om man skulle följa de rekommendationerna]. Och etiken i det kan man ju diskutera...

- Åke, distriktsläkare

Mer generellt handlade dilemmat om hur de skulle se på kostnaden för en viss behandling i förhållande till hur rimlig behandlingskosten var i förhållande till annan nödvändig vård i ett skattebetalarperspektiv. Några tog sina egna förväntningar som patient som referenspunkt för vad de själva ansåg sig pliktiga att göra och identifierade sig på så sätt med patienten. Andra ansåg att de omöjligen kunde bortse från vad de ansåg vara sitt primära uppdrag – att lindra patienternas lidande genom de medel som stod till buds. Dilemmaproblematiken aktualiserades inte bara i det direkta mötet med patienter, utan så fort kommittéläkarna tänkte sig in i att själva följa reglerna. När läkaren bortsåg från sin livläkarroll blev standarderna lättare att sätta, när de bortsåg från ämbetsmannarollen blev de lättare att följa eller tänka sig att följa, men denna bortträngning fungerade bara delvis. Att standarderna och följandet av dem fick effekten att läkaren ställdes inför olika dilemman ska inte ses som att standarderna orsakade dessa dilemman, snarare att de återaktualiserade spänningar som redan fanns inom läkarrollen.

Den här typen av spänningar och rollkonflikter som finns på den organisatoriska nivån har ibland hanteras genom att organisationen hållit isär grupper och uppgifter, i tiden eller genom att de fördelats dem på olika personer och grupper alternativt att de förlagts till olika delar av organisationen (Brunsson 1989/2002, Brunsson 2006). Detta sätt att hantera motstridiga krav blir då inte bara ett sätt att organisera bort konflikterande krav på den organisatoriska nivån, utan också ett sätt att undvika dilemman hos individerna i organisationen. Det skapades en illusion av enhet genom bristen på konfrontation. I det första fallet bevarades illusionen på organisatorisk nivå genom glömska, och i det andra fallet bevarades illusionen genom arbetsfördelning. Läkarna i studien hade inte dessa möjligheter. Det fanns en

uppdelning i regelsättande läkare, och presumtiva regelföljare, men studien visar att denna uppdelning inte motsvarade faktiska förhållanden. Läkarna i båda grupperna, både kommittéläkare och distriktsläkare deltog i regelsättande verksamheter och var kliniskt aktiva. Att de tre olika rollerna fanns närvarande i en och samma person gjorde motstridigheten synlig och svår att tränga bort. Effekten av standarderna var således att de aktualiserade en dilemmaproblematik som redan fanns, gjorde läkarna medvetna om den, plågade dem och tvingade dem att hantera den. I själva verket hävdar jag att aktualiserandet av dilemman är ett av standardens särdrag, och att hanteringen av detta dilemma är något av en nyckel i att förstå standardens effekter.

## Standardernas effekter: alternativa förklaringar

Ovan har jag argumenterat för att läkarnas beteende förändrades under den studerade perioden med avseende på förskrivningen av Losec, och med avseende på ekonomiskt ansvarstagande. En fråga är vad i detta som bör betraktas som en effekt, och i vilken mån det i så fall bör betraktas som en effekt av standarderna och vad som bör tillskrivas andra faktorer. Något absolut svar går inte att få. Att diskutera såväl förändringarna i förskrivning som det ekonomiska ansvarstagandet kräver vissa reservationer.

En första typ av reservation har med studiens metod att göra. Respektive läkares utsagor är inte jämförda med tidigare utsagor. Att en förändring i val av läkemedel skett (Losec) kan konstateras, och förskrivningsdata (originaldata) från Mellanstad visar också på förändringar i förskrivningen som tidsmässigt sammanfaller med förändringarna i standarderna (se kapitel 7). Storstads kommitté redovisar också motsvarande förändringar i förskrivning med anledning av rekommendationsändringen. Enkätundersökningar av läkarnas attityder till standarderna och deras användning av dem (billigare läkemedel) stöder också slutsatsen att förändringar i riktning mot ökad kännedom och acceptans av standarderna skett. Att standarderna haft effekt på förskrivningen stöds också av Socialstyrelsens uppföljningar.

En andra reservation har med själva arbetssituationen att göra. Läkaryrket har blivit allt mer omgärdat av regler och föreskrifter, och det finns argument som visar att läkarna tidigare misslyckats med att förhindra omfat-

tande administrativa förändringar som påverkat den egna arbetssituationen (se kapitel 4). Studien visade att distriktsläkarna också visade tecken på att vara pressade i vardagen, både när det gäller sin arbetsbörda och de hårt styrda arbetsvillkoren. Detta kan ha gjort att deras möjligheter att motstå styrförsöket var mindre än vad som tidigare antagits. Det vill säga oavsett vilket styrverktyg som hade använts, kan en utvidgning av en befintlig reglering antas ha varit lättare att genomdriva än om det inte funnits tidigare styrtraditioner att bygga vidare på.

En tredje reservation har med möjliga normförskjutningar i omvärlden att göra. Under senare år och i synnerhet sedan mitten av 1980-talet har hälso- och sjukvården i västvärlden kommit att påverkas av en rad marknadsreformer inom offentlig sektor (Christensen och Laegrid 2002), och en ny institutionell logik, en ”*managerial logic*” (Scott, Ruef, Mendel och Caronna 1999). I det perspektivet kan både Läkemedelsreformen och läkarnas acceptans för ekonomiska argument ses som uttryck för en förändring i normsystemet på samhällsnivå, där en administrativ logik pressat tillbaka den traditionella professionella logiken (Pentland 2000). Eftersom idén att styra läkarna på deras egen hemmaplan (medicinen), kan iakttas i fler länder, går det att ifrågasätta om det var standarderna som påverkade förskrivningspraxis, eller om både standarderna och förskrivningen bättre förklaras av förskjutningar i normsystemet.

Det går också att dra paralleller till hur idén om en ökad kvalitet i svensk hälso- och sjukvård under 1900-talets sista decennier bärs fram av centrala aktörer, stat och landsting mfl, och successivt materialiserar sig i krav på ökad dokumentation och systematiserad kunskap: ”*som fångats i standardiserade mått och nyckeltal*” (Bejerot och Erlingsdóttir 2003:69). Förändringarna i den teknisk-fysiska strukturen har gjort att det på andra områden inte längre blivit möjligt att fortsätta att ”*buffra bort kvalitetsidén*” som på den tiden ”*då pärmarna från organisationsprojektet stod och samlade damm*” (Bejerot och Erlingsdóttir 2003:76).

Det fanns och finns inget givet i att utomprofessionella instanser eller ens läkarna själva skulle börja ifrågasätta och göra anspråk på och minska läkarnas jurisdiktion på det medicinska området. Att standarder började utfärdas innebar nya och på inget sätt självklara anspråk: ”*that wich 100 years ago was forbidden terrain: the content of the physicians work*” (Timmermans och

Berg 2003:52). Med tanke på den benägenhet till särkoppling som organisationer (och personer) visat sig kapabla till, och den skillnad som ofta finns mellan hur verksamheter presenteras utåt (Meyer och Rowan 1977), och vad som sker ”*back-stage*” (Goffman 1959/1974), finns inget skäl att se förändringarna i förskrivning eller ekonomiskt ansvarstagande som ett automatiskt resultat av vare sig en ökad managementisering, kvalitetstänkande eller ökade krav på transparens och redovisningsbarhet.

Det har dessutom visats att det finns professionella områden som trots ökade krav på insyn och styrning lyckas undgå reglering (Alexius 2007). De iakttagna förändringarna kan därför inte reduceras till ett resultat av abstrakta förändringar i normsystemen. Att läkare börjat beakta administrativa och ekonomiska argument har visserligen på senare år framkommit också i andra studier (Nilsson 1999, Elmersjö 2003), men att läkarna börjat betrakta sig själva som ansvariga för läkemedelskostnaderna var nytt. Att de ekonomiska argumenten i standarderna fick stöd av förändrade normer på samhällsnivå (synen på hälso- och sjukvården som organisatoriskt system) är inte detsamma som att dessa normförskjutningar orsakade förändringarna i läkarnas beteende.

En viktig fråga är på vilket sätt standarderna kan ha bidragit till det specifika innehållet i beteendeförändringen. Sannolikt en stor roll. Innehållet i standarderna för Ont-i-magen har en motsvarighet i förändringen i förskrivning. Det generella budskapet var ekonomiskt ansvarstagande, vilket också åstadkoms. Aktiviteterna kring standarderna var emellertid också centrala, och här spelade sannolikt det lagstadgade upplysningsuppdraget en stor roll.<sup>90</sup> I och med de nya standarderna inbjöds distriktsläkare till informationsmöten (om standarderna) och de rekryterades till expert- och referensgrupper. Standarderna följdes också upp med hjälp av ett nytt tekniskt-administrativt system och informationsläkartjänster inrättades med läkare som besökte vårdcentralerna för att diskutera förskrivningsstatistik. Dessa aktiviteter gjorde att standarderna inte längre förblev okända eller kunde undvikas. Också på distriktsläkarnivå gav standarderna upphov till aktiviteter, de blev ämne för diskussion på interna läkarmöten och läkemedelsluncher. De placerades fysiskt i väntrummen på en del mottagningar, tillsam-

---

<sup>90</sup> Samtidigt bör vi komma ihåg att både lagstiftningen och uppföljningsidén byggde på aktiviteter som de tidigare frivilliga läkemedelskommittéerna själva tagit initiativ till (kapitel 5 och 6).

mans med information om hur mycket läkemedelskostnaderna kunde minska i länet om standarderna följdes.

Min slutsats är således att standarderna hade effekt på val av läkemedel och ansvarstagande för läkemedelskostnaderna. Det finns inget som bättre förklarar förändringen i förskrivning (Losec) än vad standarderna gör, även om aktiviteterna kring dem också måste betraktas som centrala. Losec hade kritiserats i flera år, men det var inte förrän standarderna förändrades som läkarna förändrade sitt beteende. Det är först med de nya standarderna och aktiviteterna som de blir omöjliga att undvika med följd att dessa förändringar i beteende sker.

## Effekter och orsakssamband: regelföljande respektive tillämpning

De effekter som jag skrivit om ovan bygger på tanken om regelföljande, en kausalitet där standarderna är orsak och förskrivningen verkan. I kapitel 2 diskuterade jag hur regler kan följas och jag föreslog att en väg är att en person imiterar en annan. Det är tydligt att detta skett. Kommittéerna studerade vad andra kommittéer rekommenderade, och de hänvisade tom till dem när de slutade att rekommendera Losec. De olika läkemedelskommittéernas standarder publicerades under ett par år på en web-plats där de jämfördes, vilket innebar att det var lätt för kommittéerna att se vad de andra kommittéerna rekommenderade. På individnivå arbetade dock läkarna i egna slutna rum och studien visar att de sällan hade tid att diskutera sina behandlingsval med andra. Läkemedelskommittéernas uppföljningar kan emellertid ses som ett överskridande av dessa rum och ett synliggörande av kollegornas beteende.

Ett andra förslag till hur standarderna kunde följas var att standarden baseras på lämpliga kunskapsanspråk alternativt att sådana medföljer standarden på något sätt, till exempel genom att regelsättare interagerar med de presumtiva regelföljarna. Detta skedde såtillvida att kommittéerna bedrev en aktiv upplysningsverksamhet. Någon medicinsk kunskapsöverföring skedde visserligen inte, utan kommittéläkare och distriktsläkare framförde samma kunskaps- som sjukdomssyn. Skillnaden låg i huruvida de hade (al-

ternativt föreställde sig) en verklig patient framför sig eller inte, och hur de personligen värderade problemet, om de själva hade personlig erfarenhet av det eller inte. Det var således det faktum att läkare i sitt kliniska arbete träffade patienter (och delvis andra patientgrupper än specialisterna) som mer än skillnader i kunskaps- och sjukdomssyn förklarar skillnaderna i synen på standardernas tillämpbarhet.

Därmed är vi inne på frågan om regelföljande och tillämpning, vad som överhuvudtaget är att betrakta som regelföljande och inte när det gäller standarder. Läkemedelskommittéerna handlade på uppdrag av staten men behövde samtidigt skapa mening kring sitt uppdrag, vilket för flertalet kom att bli att standarderna syftade till att minska läkemedelskostnaderna. Sett till förskrivningen på Ont-i-magen skulle en minskad förskrivning av Losec tyda på att de presumtiva regelföljarna, följde den nya standarden för förskrivning av Losec. En invändning är emellertid att förändringen av standarderna bestod i att Losec inte längre omnämndes utan att andra läkemedel istället rekommenderades, vilket leder till frågan om vad det var distriktsläkarna följde. Följde läkarna det som uttrycktes i texten, följde de det som inte längre omnämndes, båda eller ingetdera? Ska det som inte nämns i standardens text ingå som något att följa eller inte följa, blir problemet inte bara att det kan vara svårt att veta exakt vilka situationer standarden omfattar, när det gäller komplexa situationer som förskrivning av läkemedel till multisjuka patienter (jfr Furusten 2000). Om det icke-omnämnda ingår i det som ska följas i kraft av att inte nämnas som alternativ, öppnas en oändlig mängd möjligheter för vad standarden avser upp, vilket ger en betydande instabilitet i vad standarden påbjuder. I det här fallet fann jag en empirisk lösning på problemet. Vid tiden för den borttagna rekommendationen av Losec framförde kommittéerna i både Mellanstad och Storstad ett parallellt budskap om att Losec inte borde förskrivas samtidigt som standarderna innehöll, vilket kan förstås som ett förbud i kombination med ett påbud: ”skriv ut [Synonympreparatet]!”

Ett andra sätt att följa standarden är att följa det man uppfattar som ”*intentionen*” i standarden, det vill säga vad standarderna syftade till. Det tycks i själva verket vara ett typiskt sätt att följa något på. I studier av reformer har det visserligen kunnat tas som tecken på att det inte skett något följande alls. Men det är skillnad på slutsatsen: ”*Det är inte meningen att [Vad det nu är,*



*AM] ska följas*” och det som respondenterna ger uttryck för när de säger att de inte följer standarderna ”*reglementsenlig*” (vad det nu är, jämför oklarheten i instruktion med Fernler (1990:127–128) samt uttrycket ”*to the letter*” med Fernler (1993/1996:97). I de studerade fallen kompliceras frågan om följsamhet dessutom av att standarderna omfattade två olika kunskapsområden: medicin och ekonomi.

Genom att syftet med standarder i stor utsträckning tolkades som en fråga om ekonomi, och ramen för denna ekonomi inte var specificerad på vare sig diagnosnivå, läkemedelnivå eller för deras personliga nivå kunde de knappast ha tillämpat standarderna på annat sätt än att följa ”*intentionen*” i dem, sett till det ekonomiska syftet. Sett till medicinska syften däremot, det vill säga exakt vilka läkemedel de valde och vilka diagnoser de behandlade etc, är det emellertid osäkert i vad mån läkarna tillämpade standarderna eller inte. De valde inte alltid rekommenderade läkemedel. Detta bör emellertid inte tas som bevis för bristande följsamhet. Att ha standarderna i åtanke, ta dem i beaktande, upplysa patienterna om dem och tom sprida dem fysiskt bör med all rimlighet betraktas som ett regelföljande, även om det inte kan definieras som tillämpning. Min undersökning av följsamhetsbegreppet ur Mellanstads kommittés visar att följsamhet inte i huvudsak kan ha handlat om exakt vilket läkemedel som valdes, utan att det centrala var mängden och de totala kostnaderna (se kapitel 8). Följsamhetsidén laddades med innehåll utifrån föreställningar och idéer som växte fram i interaktionen mellan kommittéer och distriktsläkarna, med standarden som sammanbindande kommunikativt redskap.

## Sammanfattning och empiriska slutsatser

Studien visar att standarderna hade effekt på val av läkemedel åtminstone i ett av de studerade fallen (Ont-i-magen). Studien visar också att standarderna förmedlade ekonomisk kunskap (till läkare och till viss del också patienterna) om vilka läkemedel som var ekonomiskt försvarbara och inte i båda de studerade fallen.

Standarderna gav upphov till aktiviteter och meningsbestämning som successivt skapade tolkningsramar och en av de mer framträdande tolkningsramarna kom att bli att läkemedelskostnaderna var för höga samt att

också läkarna borde beakta kostnader i valet av läkemedel. De aktiviteter som standarderna aktiverade skedde på både kommitténivå och bland läkarna på vårdcentralerna. Tolkningsramarna växte fram successivt i en interakti process genom upprepade kontakter och kontaktytor med relevanta andra, personer, grupper, myndigheter, media (till exempel Läkartidningen och Dagens Medicin) som läkarna hade kontakt med och där debatter om standardernas syfte och innebörd fördes.

På kommitténivå kunde det handla om direkta kontakter och instruktioner från landstingen och kommittéernas gensvar på desamma. Det kunde också handla om initiativ från enskilda kommittémedlemmarna som inte relaterade till i förväg givna instruktioner, till exempel att gå ut och informera om standarderna i massmedia. Aktiviteter och initiativ i en kommitté förefaller att ha satt igång motsvarande aktiviteter i andra kommittéer. Informationsläkare samarbetade med kommittémedlemmar, som deltog i att ta fram riktlinjer på nationell nivå, som hade kontaktytor med landstingens politiska nivå mm. Kommittéernas reaktion och handling baserade sig på såväl vad de uppfattade som förväntningar från relevanta andra, en önskan att framstå som en handlingskraftig kommitté i framkant och föreställningar om vart andra relevanta andra var på väg att göra eller övervägde att göra. Att särskilt notera är den oro för förändrade villkorsramar med avseende på möjligheten att följa upp enskilda läkares förskrivning, något som väckte oro bland kommittémedlemmarna för om dessa möjligheter skulle realiseras eller inte och på vilket sätt det i så fall skulle kunna drabba dem själva, deras patienter och vårdinrättningar.

På vårdcentralsnivå kunde processer av successiv meningsbestämning också iakttas. Läkarna blev tvingade att förhålla sig till dem såväl fysiskt i rummet och genom att kostnader för olika vårdinsatser, remisser, undersökningar ofta diskuterades i relation till läkemedelskostnaderna för vårdcentralen och i jämförelse med vad standarderna föreskrev. Flera läkemedelsbolag som distriktsläkarna kom i kontakt med använde sig av standarderna som ett marknadsföringsargument direkt till dem (i den mån läkemedelsbolagets egna läkemedel valts som lämpliga i standarderna). Distriktsläkarna tog då och då upp att de kände sig styrda på olika sätt och att standarderna var ännu en åsikt (styrningsimperativ) om vad de borde göra som distritsläkare, synpunkter och kritik som också kunde iakttas i debatter

i tidskrifter som Dagens Medicin respektive Läkartidningen. Också distriktsläkarnas meningsbestämning skedde således successivt och i relation till relevanta andra. Distriktsläkarna var visserligen betydligt mer engagerade i arbetet med patienter, men egna föreställningar om vilken sorts läkare de ville vara, ville att andra skulle se dem som, var alltid närvarande. De tolkningsramar distriktsläkarna gav uttryck för liknade kommittéläkarnas.

Liksom hos kommittéläkarna hade de läkarideal som de som distriktsläkare ville förknippa sig med, läkargestalten som kunnig, förnuftig, klok, ansvarstagande, men också relativt autonom gentemot statsmakterna. Det senare föreföll vara något av en paradox. Distriktsläkarna gav uttryck för att deras handlingsfrihet blev mer och mer begränsad vilket inte kändes bra för dem, samtidigt framstod de nya styrningarna från stat- och landsting med avseende på ekonomisk-rationella beslut och kostnadseffektivitet inte att påverka deras syn på läkargestalten som autonom särskilt mycket. De distriktsläkare jag träffade uppgav att de undvik att skriva ut Losec av ekonomiska skäl och strävan efter en mer kostnadseffektiv användning av läkemedelsnotan, men samtidigt var de noga med att föra fram i våra samtal, att de gjorde egna val och i första hand såg till patientens bästa (och det som var medicinskt riktigt att göra).

Studien visar även att standarderna inte bidrog till ökad medicinsk kunskap. Min slutsats är därför att de effekter som påvisats inte förklaras av något enhetligt styrglapp mellan vad standarden föreskrev och vad läkarna gjorde, utan att effekterna i form av förändrad förskrivning och acceptans av ekonomiska argument och ökad ledningskontroll från statsmakterna, åstadkoms trots standardens tolkningsmöjligheter och frivillighet. Detta betyder att det finns skäl att ifrågasätta föreställningen om den ideala regeln som entydig och klar, något som Alexius också funnit i sina studier av regler (Alexius 2007).

I kapitel 2 argumenterade jag för att standarden skulle kunna vara en slags regel där regelföljande och tillämpning inte nödvändigtvis måste följas åt. Studien visar att en sådan åtskillnad är möjlig (och kanske till och med fördelaktig). Distriktsläkarna ansåg sig följa, som de uttryckte sig: ”*intentionen*” i standarderna. Denna ”*intention*” beskrevs som att aktivt försöka att minska kostnaderna. Distriktsläkarna såg standarderna som giltiga och ansåg att standarderna gällde dem själva. De tog också aktiv ställning till om

en standard var tillämplig eller inte, gång på gång, och därför bör deras agerande betraktas som ett regelföljande, trots att de inte alltid tillämpade standarderna. Med tanke på att läkemedelskommittéerna inte nödvändig bedömde följsamhet till standarderna på ett entydigt sätt, utan att det istället kunde växla mellan den relativa andelen av ett visst läkemedel som föreskrevs (eller inte föreskrevs), läkemedelskostnaderna som helhet, antalet DDD med mera, kan detta utrymme mellan att följa en standard utan att tillämpa den ses som positivt från en regelsättare som vill öka ledningskontrollen på bekostnad av regelföljarens autonomi, då det minskade utrymmet för autonomi kan bli svårt att upptäcka.

Vi står avslutningsvis inför en fråga som är viktig för att kunna förstå standardens egenskaper och potential som styrverktyg. Ovan har jag argumenterat för att innehållet i standarderna spelade roll. Jag har också argumenterat för att aktiviteterna kring dem var viktiga. Den statliga ledningskontrollen hade ökat, till priset av läkarnas autonomi. De läkare jag mötte såg överlag det som rimligt att tänka på kostnaderna och fick överlag ihop spänningen mellan det ekonomiska och det medicinska uppdraget utan större motstånd. Ledningskontrollen ökade på bekostnad av deras autonomi, ett sätt att förstå det är att föreställningen om autonomi var viktig för dem själva och på så sätt, liksom argumenten om kostnadseffektivitet, blev möjliga för statsmakterna att använda sig av.

Av särskilt intresse är de dilemman som standarderna aktiverade, något som också kan ses som en effekt (en effekt utan eget innehåll). I inledningskapitlet (kapitel 1) kunde vi se att staten stod inför ett styrproblem och flera dilemman. Kostnaderna och i synnerhet kostnadsökningarna behövde minska, men helst utan att det skulle uppfattas som nedskärningar i välfärden. Läkarna ansågs vara svåra att styra, samtidigt som ett sätt att få ned läkemedelskostnaderna var att få dem att välja billigare läkemedel, men helst på frivillig basis. Standarder introducerades som ett möjligt styrverktyg, men som en bieffekt kom på något sätt läkarna att stå inför dilemman och beslut som tidigare setts som tillhöriga den politiska nivån, inte läkarvardagen. I nästkommande kapitel kommer jag återknyta till frågan om standardens mekanismer, inte minst vilken roll läkarnas dilemman kan ha då, dilemman kan betraktas som en effekt utan givet innehåll.



# Kapitel 9

## Standardens mekanismer

I föregående kapitel diskuterade jag standardens effekter. I det här kapitlet kommer jag diskutera dess mekanismer baserat på de empiriska fynden att standarderna triggade igång processer på både organisatorisk nivå och på individnivå hos de enskilda regelsättarna och regelföljarna. Om slutsatsen att åtminstone en av de standarder som undersöktes hade effekt ska vara robust behöver mekanismer, som har specifikt med standarden att göra, kunna identifieras.

Då de fynd jag gjort i studien av läkemedelskommittéerna respektive distriktsläkarna av processen att skapa en standard och att följa den visat att dessa hänger ihop på så sätt att standarderna gav upphov till liknande responser hos såväl kommittéläkare som distriktsläkarna, har jag prövat olika sätt att beskriva och förstå mina fynd. Analysen har visat att de olika responserna grovt sett kan sorteras in i tre grupper vilka i sin tur bildar mönster. Dessa grupper och mönster har jag i sin tur tolkat som tre mekanismer som kan förklara på vilket sätt en standard som inte kan undvikas påverkar en regelföljares beteende.

Begreppsmässigt har jag här tagit hjälp av socialpsykologisk teori då det är ett område där frågan om, och i så fall *vad* en viss stimulus ger för respons samt *på vilket sätt* en viss stimulus ger en respons, studerats. Dessa mekanismer, när de aktualiserades och på vilket sätt de kom till uttryck, är vad detta avslutande kapitel kommer att handla om. Avslutningsvis sammanfattar jag de teoretiska och empiriska resultaten med några avslutande ord kring fynd och tankar jag gjort, frågor de väckt hos mig men som jag

inte haft möjlighet att utveckla här, men som jag tror är fruktbart att undersöka vidare i det fall en standard används som styrverktyg. För att påminna om uppmaningen i kapitel 1: ”*Utfärda vi standarder vill vi veta vilka effekter de kan ha och under vilka förutsättningar. Förväntas vi bli påverkade av dem vill vi veta vad de kan göra med oss*”.

## Standardens mekanismer

I kapitel 2 argumenterade jag för att *jag* är en central komponent för vad som avgör om och i vilken bemärkelse vi följer en viss regel, ett argument hämtat från March och Olsens regelföljarmodell (1989). Ett sätt att ta sig an detta *jag* är att dela upp vårt *jag*, dels i en social sida (vår roll/roller), dels av känslan av oss själva som någon (vår identitet). I Brunsson och Jacobssons diskussion om standarder (1998a, 2000a) skulle till exempel standardens frivilliga karaktär kunna ses som en potentiellt attraktiv egenskap för regelföljare eftersom frivillighet gör det möjligt att bevara sin identitet som autonom. En socialpsykolog som gjort noggranna empiriska studier av både roller och identitet är Ervin Goffman och i och med att han diskuterar betydelsen av vårt *jag* för hur vi begripliggör vad vi gör och vad som pågår i en viss situation, har hans analyser och begreppsapparat rimligen bäring på hur regelföljande går till (Goffman 1974).

Nedan kommer jag att diskutera de mekanismer jag funnit spår av i studien: *social responsivitet*, *meningsbestämning* och *dissonansreduktion*. Dessa mekanismer relaterar till standardens egenskap av att vara ett styrverktyg som baseras på frivillighet, konsekvensen av frivilligheten, oklarhet, men kan inte reduceras till dessa. Egenskaper är karaktäristika medan mekanismer syftar på något som kommer att hända på ett relativt förutsägbart sätt vid en viss stimulus, i det här fallet specifika kategorier av responser som jag menar att standarderna i Läkemedelsreformen gav upphov till.

### Social responsivitet

Social responsivitet är ett begrepp som här lånats från Asplunds teori om elementära mänskliga beteenden (1987/1992). Dessa beteenden handlar om situationer där vi människor responderar relativt fritt och inte heller tycks kunna låta bli att respondera när vi konfronteras med vissa stimulus. I

Asplunds idé om social responsivitet förändras därefter en given stimulus med responserna på den i en interaktiv process utan givet slut, givet att det som utgör en stimulus inte kan undvikas.

Nu finns det stimulus som vi gärna undviker. Tänker vi på nedskrivna regler som en stimulus, undviker vi dem nog lite till mans i vårt privatliv då och då, om det inte är uppenbart för oss att det är till fördel att följa dem. Regelstyrda organisationer, som byråkratier, har från tid till annan setts som omoderna i förhållande till moderna ideal, som till exempel flexibilitet, och därför inte alltid betraktats som en önskvärd organisationsform (Forssell, Lagrelius och Lerdell 2004). Det finns också områden och branscher där staten och andra uttryckt en önskan om ökad regelstyrning men där de presumtiva regelföljarna varit så uppfinningsrika i sitt motstånd, att de ibland kunnat undvika att regler för området ens kommit till stånd (Alexius 2007).

Standarderna kan betraktas som en stimulus där reformatörerna knöt förhoppningar till en viss respons. Studien visar inledningsvis att läkarna inte var förtjusta i styrförsöket, och eftersom standarderna var frivilliga att följa, var någon påverkan på deras beteende inte given, liksom de tidigare framgångsrikt kunnat undvika att påverkas av tidigare styrförsök. I och med Läkemedelsreformen fick standarderna emellertid stöd av inte bara lagstiftning utan också tekniska beslutsstödsystem som skulle göra uppföljningen av eventuella förändringar i läkarnas förskrivning möjlig. Likväl kan lagstiftning och tekniska system inte ensamma förklara förändringen i läkarnas beteende. Den successiva acceptansen av ekonomiska argument och förändringarna i läkarnas val av läkemedel mot en i standarderna föreskriven riktning, hade i vissa fall skett redan innan alla delar av det tekniskt-administrativa systemet var tillräckligt klart, för att göra uppföljningen möjlig. Trots att det i styrsituationen fanns ett utrymme för icke-handling genom att fortsätta förskriva som vanligt, samt icke-ansvar, då det ännu inte fanns sanktioner för bristande regelföljande på individnivå, förändrade läkarna sitt beteende (se kapitel 9).

Att det lagstadgades om att standarder skulle utfärdas och att de byggdes in i tekniska system tycks emellertid ha kvalificerat standarderna för att fungera som just det slags stimulus som Asplund beskriver. Ett interaktivt stimulus som läkarna inte kunde undvika att respondera på, där innebörden i respektive standard som stimulus betraktat förändrades genom responser



och fortsatta responser från de instanser, individer, grupper, organisationer, som standarderna interagerade med. Dessa responser och fortsatta responser genererade meningsbestämning och fortsatt meningsbestämning av standardernas syfte och innebörd.

Asplunds teori om social responsivitet kan användas för att belysa den empiriska observationen att läkarna började agera och förändra sin förskrivning redan innan systemen för uppföljning gjorde uppföljning möjlig. Tillsammans med standarderna och tolkningsramen för Losec (att Losec inte borde förskrivas), villkorsramen (det tekniskt-administrativa systemet) och tolkningsramen för vad reformen skulle kunna innebära för dem personligen, började läkarna agera i enlighet med Asplunds beskrivning av stimulus som leder till social responsivitet, stimulus som triggar fram responser som varken kan förklaras av egennytta eller tvång.

Asplund beskriver social responsivitet som ett fundamentalt mänskligt beteende för något oundvikligt, som likväl inte kan förklaras med något annat än sig själv: ”*Det elementära eller elementäraste sociala beteendet bara inträffar*” (Asplund 1987/1992: 210). Det som skiljer standarden från andra styrverktyg, att standarder bygger på tolkningsramen frivillighet, gör å ena sidan att det i ett regelföljarperspektiv finns ett relativt fritt utrymme att respondera och att respondera på olika sätt. Så var det också i Läkemedelsreformens inledningsskede. Egenskapen frivillighet skiljer social responsivitet från styrverktyg med tvång, där syftet med styrningen i stället kan vara det Asplund kallat *asocial responslöshet* (Asplund 1987/1992), ett icke beteende eller strikt reglerat beteende där variationen i möjliga responser reducerats. Möjligheten att tvinga läkarna förskriva vissa läkemedel och inte andra, var en möjlighet som i fallet med Läkemedelsreformen hade valts bort, åtminstone inledningsvis.

Begreppet social responsivitet syftar således på en situation där responserna inte kan förklaras med tvång och inte heller som automatiska responser, reflexer, vilket i ett organisatoriskt sammanhang skulle kunna liknas vid regelföljande till normer, något som bara sker utan att vi nödvändigtvis är medvetna om det (jfr Ibid:13,17). En reflexmässig respons är dessutom förutsägbar – medan det för standarderna i Läkemedelsreformen inte initialt fanns någon automatik att förlita sig på. I reformens inledningsskede fanns inte någon etablerad praxis kring hur standarderna skulle följas, inga

klara normer. Inget auktoritativt center som kunde disciplinera regelföljandet om läkarna inte följde standarderna på önskat sätt. Det fanns inte ens något självklart önskat sätt att förskriva på, inte ens för läkemedlet Losec. De som konfronterades med standarderna responderade ändå och Asplunds begrepp social responsivitet syftar på en sådan benägenhet att aktivt svara på det som sker omkring oss, utan reflexmässighet, automatik eller tvång.

En viktig aspekt av begreppet social responsivitet är att begreppet inte syftar på enstaka responser. Där den kroppsliga reflexen stannar hos den responderande och vår följsamhet till en norm i ett kort perspektiv inte nödvändigtvis påverkar någon annan än oss själva, riktar sig den sociala responsiviteten utåt gentemot något eller någon som kan svara tillbaka. Standarderna i Läkemedelsreformen var redan i inledningsskedet svarande objekt som kunde tillskrivas mening. De producerades i ett sammanhang som involverade många människor, grupperingar och objekt och de förseddes med föränderliga villkors- och tolkningsramar, meningsskikt av föreställningar, innebörder och projektioner. Standarderna fungerade som stimulus för läkarna (och andra relevanta personer och grupperingar) och förändrades med deras föreställningar och responser på dem. Det vill säga, både de som var satta att utfärda standarderna och de presumtiva regelföljarna responderade på standarderna utifrån sina föreställningar om dem, sina föreställningar om sig själva, andras föreställningar om dem och andras föreställningar om standarderna och på så sätt utvecklades så småningom en idé om vad standarderna syftade till och hur de skulle förhålla sig till dem och göra med dem. Praxis blev för en tid att sluta rekommendera Losec i standarderna och att minska den egna förskrivningen av läkemedlet. I fallet Depression blev praxis att ha standarden i åtanke i valet av läkemedel samt att bli mer uppmärksam på att förskriva läkemedel mot depression.

Asplund blev inspirerad av Mead i sin teori om social responsivitet (se gestbegreppet i Mead 1934/1995) och jämför man deras teorier är det tydligt att deras begreppsapparater hakar i och kompletterar varandra. Kriteriet för att något ska vara en gest är att den som utför den responderar både i förhållande till sig själv och den andre och dessutom till sina föreställningar om den andres föreställningar om sig och den andre, och agerar efter detta. Därmed fungerar gesten som en sammanbindare av en persons föreställ-

ningar med en annans i och med att den representerar på något utöver sig själv (Mead 1934/1995:53, 66, 71–74).

Gestbegreppet sätter ljuset på den meningsbärande delen av en stimulus då gestbegeppet definierar responserna som ett medel för kommunikation. Mead själv utvidgar också så småningom gestbegreppet till det han kallar ”vokala gester”/signifikanta symboler (Mead 1934/1995:53, 67–71). I fallet med standarderna i Läkemedelsreformen, kan varje respons på och ny version av standarderna ses som en gest på vilket läkarna, såväl de regelsättande som regelföljande, responderade, vilket i sin tur lade grund för ett nytt meningsskikt med potential att förstärka eller försvaga den befintliga tolkningsramen. Med hjälp av Meads gestbegrepp går det därmed att säga mer om hur den sociala responsiviteten tog form både i förhållande till standarden och relevanta andra i det utvidgade sociala sammanhang som skapades kring läkemedelskommittéernas standarder i och med Läkemedelsreformen.

Förståelsen för den komplexa organisatoriska miljö vari standarderna både skapades och följdes kan ytterligare fördjupas genom att analysera den uppdelning av jaget som Meads gestbegrepp möjliggör, i ett agerande *jag* (I) respektive ett reflekterande *jag* (me), som responderar gentemot varje stimulus också utifrån en föreställning om *generaliserade andra* (Mead 1934/1995:120–121). Den komplexa miljön kring standarderna i Läkemedelsreformen och föreställningarna om dem, ledde inte bara till responser på standarden per se, utan också på den responderandes egna föreställningar om regelsättarens föreställningar om vad standarden syftade till och vad regelföljaren förväntades göra, som om regelsättare och regelföljare var två helt skilda grupper. Läkarna påverkades också av sitt eget agerande, sina egna observationer av detta agerande, samt sina föreställningar om vad de personer, grupper, organisationer och organisatoriska nivåer i det organisatoriska fältet skulle göra och förväntade sig att de själva kunde tänkas göra härnäst.

Studien visade att fler än en regelsättande instans och överlappande grupper av regelföljare var involverade i Läkemedelsreformen och flera olika tolkningsramar och normer visade sig vara aktuella samtidigt, observation som jag öppnade upp för i kapitel 2, när jag diskuterade March och Olsens (1989) modell för regelföljande. Förekomsten av olika överlappande

grupper av regelsättare och regelföljare och förekomsten av flera olika tolkningsramar samtidigt och över tid, skapar en komplexitet som väcker frågor om vad de olika läkarna följde, förutom texten i standarden.

Ett begrepp Mead använt för att beskriva responser utifrån en komplex situation av personer och grupper med olika och delvis ännu okända responser, är generaliserade andre (Mead 1934/1995). Meads generaliserade andre syftar på en ordnad enhet som vid en närläsning av Mead visar sig bygga på en spelmetafor med två lag vars spelare handlar utifrån både sina föreställningar om var den egna personen, med- och motspelare befinner sig och sina föreställningar om vad med- och motspelarna tänker göra härnäst. Med begreppet generaliserade andre öppnar Mead därmed upp för att den enskilde handlar utifrån ett komplext och dynamiskt flöde av relevanta andra och sina föreställningar och förväntningar på hur dessa relevanta andra ska agera på det egna beteendet (Mead 1934/1995:120–121). Den generaliserade andre blir som ett dynamiskt mönster med utrymme för det oväntade, snarare än summan av egna och andras föreställningar (som någon slags genomsnittföreställning eller typvärde). Tanken om en generaliserad andre som ett rörligt och dynamiskt mönster av snarare än en fast enhet, öppnar i sin tur upp för möjligheten att den responderande lika gärna kan organisera sina responser efter föreställningen om den generaliserade andres diskrepanser och motsägelser (något som resursmässigt kan antas vara lättare för organisationer än för personer.<sup>91</sup>) Den generaliserade andre i regelsättarnas och regelföljarnas ögon kan inte reduceras till ett genomsnitt av tolkningsramar, föreställningar om det egna agerandet, föreställningar om andras föreställningar om det egna agerandet och föreställningar om vad de andra ska göra härnäst.

Jag har ibland funnit en annan läsning av Mead än den jag här argumenterat för. När organisationsteoretikern Jepperson använder begreppet generaliserade andre i institutionell teori, blir denne generaliserade andre mer lik ett snittvärde av en eller flera starka, dominerande normer hos relevanta andra, relativt stabila vid varje tid (Jepperson 1991:147). En sådan läsning ser jag som fullt möjlig, men är inte i överensstämmelse med de empiriska iakttagelser jag gjort i studien av Läkemedelsreformens standarder. Responser-

---

<sup>91</sup> Se Brunsson (1989/2002) för exempel på hur organisationer kan hantera motstridiga krav genom att särskilja beslut, prat och handling.

na på reformen och standarderna beskrivs bättre som responser gentemot ett dynamiskt och föränderligt men klart urskiljbart mönster av responser, än ett uttryck för responser till givna enheter och snittvärdesnormer. Normer användes visserligen som centrala byggstenar i tolkningsramar och meningsskikt. Men på såväl den politiska nivån, som på kommitténivån och bland de studerade läkarna, varierade tolkningsramar (och normer) i aktualitet över tid och mellan relevanta grupper och organisationer. Som i en match där varje spelare agerar efter ett flöde av möjliga, men inte godtyckliga, föränderliga och urskiljbara mönster.

Som exempel på social responsivitet gentemot standarderna på kommitténivå kan vi ta kommittéernas agerande vid tiden för den borttagna rekommendationen av Losec. Genom att exkludera Losec från standarden utan att veta om andra kommittéer skulle följa efter<sup>92</sup>, skickades ett budskap till de presumtiva regelföljarna om att Losec borde sluta förskrivas. Den borttagna rekommendationen skickade emellertid också ett budskap till andra kommittéer, förskrivare, politiker, allmänheten och kommittémedlemmarna själva om att den egna kommittén var i framkant. Standarden kommunicerade således någonting utöver sig själv. De förmedlade något mer än vilka läkemedel som rekommenderades. I den mån andra kommittéer också slutade rekommendera Losec, gjorde likadant som den första, blev det en förstärkning av regelsättar-identiteten. Att ligga i framkant, ta ledningen i att rekommendera på ett visst sätt, är också att agera utifrån föreställningar om andras föreställningar om hur en regelsättande organisation med uppdraget att utfärda standarder borde agera. I kommittéernas fall såg jag också tecken på *rollövertaganden*.<sup>93</sup> Kommittémedlemmarna motive-  
rade till exempel sitt deltagande med föreställningar om framtida hot mot enskilda verksamheter eller den fria förskrivningsrätten. Det som ännu inte

---

<sup>92</sup> Exakt vilken kommitté som verkligen var först med rekommendationsändringen är inte fastslaget i studien. Det finns i materialet en del som pekar på att Länsbygd var först av de tre kommittéerna (Storstad, Mellanstad och Länsbygd, men det jag bedömt som centralt är inte vilken kommitté som de facto var först, utan att alla tre kommittéerna framställde sig som progressiva och i framkant. Ingen av dem definierade sig som en kommitté som följde vad de andra kommittéerna i landet redan gjort, utan alla tre beskrev rekommendationsändringen som något de gjort på eget initiativ och som ett sätt att åtgärda det som beskrevs som ett styrglapp (överförskrivningen av Losec).

<sup>93</sup> Se diskussionen om rollövertagande, Asplund 1987/1992:16, Mead 1934/1995:66.

skett, det stat och landsting ännu inte gjort men som kommittémedlemmarna föreställde sig att dessa kunde göra, fick dem således att agera som om dessa andra varit dem själva. De tog således på sig ett ansvar för att anpassa standarderna efter en administrativ och politisk verklighet.

Som ett exempel på social responsivitet på individnivå kan vi ta det faktum att läkarna vid tiden för studien inte följdes upp individuellt. Kommittéerna arrangerade emellertid informations- och utbildningstillfällen där standarderna (och följsamheten) diskuterades och det fanns läkare som på uppdrag av kommittéerna besökte vårdcentralerna för att diskutera förskrivningen. Vetskapen om att den egna förskrivningen kunde följas upp på individnivå var något både kommitté- och distriktsläkare förhöll sig till, det vill säga de responderade. Kommittéläkare som inte ansåg att standarderna gällde dem kunde i intervjusituationen plötsligt växla till en regelföljarroll och med inlevelse uttrycka vanda för de avvikelser som detta hypotetiska regelföljande skulle kunna föra med sig för dem – som om standarderna gällde dem ändå. På distriktsläkarnivå visade det sig att distriktsläkarna hade tankar om hur de följde standarderna, vad kommittéerna ville uppnå med dem och vad följsamhet var. De uttryckte också tankar om vad kommittéerna gjorde och hur de uppfattade att andra läkare tänkte. De gav också uttryck för påverkan genom att börja tänka ekonomiskt och välja rekommenderade läkemedel, trots att de alla kunde låtit den egna förskrivningen uppgå i mängden.

Även om social responsivitet för tanken till en situation där flera personer är i direkt kontakt med varandra, kan social responsivitet också ske i avskildhet. Som exempel på detta kan vi ta att kommittéerna då och då skickade ut e-mail med information om standarderna och hur de borde följas (och som lästes av distriktsläkarna när, och om, de tyckte sig ha tid). Det kunde också finnas ett exemplar av standarderna i det egna mottagningsrummet. Ensamma med morgontidningen eller någon facktidsskrift (Dagens medicin till exempel) kunde det hända att standarderna omnämndes i en artikel eller notis. Läkarkollektivets aggregerade responser<sup>94</sup> gjordes till exempel kända på det här sättet. Min analys visar att kommittéer, kommittémedlemmar och distriktsläkare responderade på standarderna och att före-

---

<sup>94</sup> Förskrivningsstatistik t ex.

ställningarna om dem åtminstone inledningsvis visar på avsevärd variation.<sup>95</sup>

Variationen i föreställningen om vad syftet med standarderna var och vad det innebar att vara följsam gör att responserna inte bara kan reduceras till imiteringsmekanismer. Analysen visar att responserna inte heller kan förklaras som ett resultat av reflexmässighet eller tvång. De måste förklaras som något annat. Jag har ovan föreslagit att en första mekanism standarder bygger på är social responsivitet. Alla styrverktyg är inte beroende av social responsivitet på det här sättet. Alla styrverktyg bygger inte på att responsiviteten är social, utan många styrverktyg bygger snarare på en reducerad social responsivitet<sup>96</sup>, till exempel direktiv och normer. Direktivet begränsar inte bara vad vi bör göra, utan också vad vi får göra. Normer ger oss inte nödvändigtvis något val i och med att vi inte är medvetna om dem.

### Meningsbestämning

Även om social responsivitet kan förklara det faktum att standarderna triggade responser, kan mekanismen social responsivitet inte förklara att läkarna började resonera i termer av att det var rimligt att kräva av dem att de skulle ta ansvar för läkemedelskostnaderna. Den sociala responsiviteten kan således inte förklara hur det kom sig att standarderna triggade fram *bör*-aspekter hos läkarna som: ”*Vad bör en sådan person som jag göra i en situation som denna?*” (March och Olsen 1989:23. *Bör* ligger i gränlandet individ-omvärld och skiljer enligt Heider sig analytiskt från både lust och tvång (Heider 1958, refererad i Hamilton 1978)<sup>97</sup>, det vill säga att vi inte behöver vare sig vilja eller tvingas att göra något, för att göra det. I fallet med de studerade standarderna blev läkarnas *bör*, såsom de själva beskrev det, påbjudet från omvärlden. Samtidigt noterade jag gång på gång att denna omvärld många gånger lika gärna kunde förstås som något inifrån dem själva eller den egna gruppen av läkare. Meads gestbegrepp, som knyter samman *jag* med omvärlden, genom det *me* inom mig som är sysselsatt med *bör*-aspekternas sociala karaktär. Utan omvärld inga föreställningar om *bör* och

---

<sup>95</sup> Se textanalysen av förskrivningstatistik och följsamhet i kapitel 8.

<sup>96</sup> Det Asplund kallar social resplöshet (Asplund 1987/1992:21).

<sup>97</sup> Här syftar jag således på Heiders modell för ansvarsbestämmande och distinktionen mellan måste, bör och att vilja.

omvänt – bara omvärld inte heller några föreställningar om *bör* (utan enbart reflexer, lydnad eller imiteranden). Ansvarstagande tenderar således att implicera idén hos oss själva att vi därmed *bör något* och detta *bör* pekar på att ett meningsskapande skett. Detta meningsskapande betraktar jag som en mekanism.

För att återknyta till avhandlingens teorikapitel och Goffmans ram-begrep, handlar en tolkningsram om meningsbestämning, ordnandet av det upplevda som ”något”, vilket kan förstås som en kognitiv nödvändighet för att vi inte ska bli överbelastade med sinnesintryck och möjliga tolkningar.<sup>98,99,100</sup> I Goffmans teori ligger emellertid inte bara kognitiva aspekter (begriplighet) utan också meningsaspekter i bemärkelsen meningsfullhet. Enligt Frankl är ”*viljan till mening*” (Frankl 1969/2003) en existentiell nödvändighet. Weick beskriver meningsskapande som en central och ständigt pågående och aktivitet i organisationer (Weick 1995).

Att meningsskapande sker hela tiden betyder emellertid inte att allt behöver meningsbestämmas.<sup>101</sup> Standarden däremot triggas igång meningsbestämning genom sin ofärdiga implikation och när den explicit används i ett styrsammanhang, kommer den som konfronteras med den (givet att den inte kan undvikas) ta ställning till vad den har för implikationer för *jag, situation* och *bör*. Det är den sociala responsiviteten i kombination med stan-

---

<sup>98</sup> Den meningstilldelning som Goffman beskriver rymmer två olika aspekter av mening: begriplighet och meningsfullhet. En möjlighet är att meningsbestämning kan ses ett elementärt beteende såtillvida att det inte måste råda oklarhet för att något ska meningsbestämmas av oss.

<sup>99</sup> Observera att tolkningsramar förutsätter intersubjektivitetsaspekter såtillvida att det blir komplicerat om alla agerar efter olika föreställningar om vad som sker och bör ske, vilket skildrats i bland annat romanen *Babels hus* (Jersild 1978), sjukhuset som en plats där inte alla delar samma verklighet eller ens bokstavligen pratar samma språk. Likväl kan vi anta att det finns vissa grundläggande idéer om vad som pågår. I en arbetsgrupp finns vanligen en idé om att det ska utföras arbete och kanske även vilken typ av arbete som ska utföras, även om det knappast är det enda som sker när vi organiserar oss i en grupp för att åstadkomma något.

<sup>100</sup> Vissa typer av rambrott behöver emellertid inte bara innebära förvirring (Goffman 1974/1986:347) eller en omdefiniering av situationen. Ett rambrott kan också innebära att det som nyss upplevdes upphör att ha hänt (ibid:121).

<sup>101</sup> Villkorsramar som till exempel väder, behöver enligt Goffman inte nödvändigtvis meningsbestämmas. Det vill säga villkorsramar kan vara icke meningsberoende villkorsram (Goffman 1974/1986:22-23) till skillnad från tolkningsramar. En villkorsram (till exempel väder) kan dock tvinga organisationer till avsevärd anpassning. Det finns också kulturer där väder ses som en kommunikativ symbol från gudarna, varpå väder kan behöva meningsbestämmas.



dardernas egenskaper (oklarhet och frivillighet) som driver meningsbestämningen som en kognitiv och existentiell nödvändighet och också binder dessa föreställningar till en implikation om vad *jag bör* göra.

Att standarder måste meningsbestämmas ger särskilda möjligheter för en regelsättare att påverka meningsbestämningen. Regelsättaren kan försöka definiera situationen och knyta an standarden till lämpliga *jag*. Ett exempel på det är när det i reformens förarbeten och i Riksdagsdebatten målades upp en hotbild – att läkemedelskostnaderna var ett framtida hot mot välfärden. De slutna mottagningsrummen gav reformatörerna utrymme för fantasier om *situationen* (konsultationen) och motiv till att försöka förändra den, då konsultationen och de val läkarna gjorde när ett läkemedel skulle skrivas ut kanske avvek från hur det *borde* vara och vad som *borde* förskrivas och hur ett rationellt beslut *borde* gå till. Tolkningsramen ”Hot mot välfärden” blev ett till argument med verkliga konsekvenser genom att det bidrog till att göra uppdraget som kommittéläkare begripligt och meningsfullt för kommittémedlemmarna. Läkemedelskostnaderna som ett hot mot välfärden, som ett hot mot möjligheten att i framtiden bedriva annan sjukvård blev till ett argument för att läkarna behövde upplysas om bättre och billigare läkemedelsalternativ, allt för verksamhetens bästa.

När Goffman argumenterat för meningsskapande (begriplighet) som en central process inom oss när våra omständigheter förändras, diskuterar han det i termer av begripliggörandets ”*märkliga retroaktiva karaktär*” (Goffman 1961/1973:107). Det vill säga, inte bara som ett sätt att ordna våra sinnesintryck och upplevelser utifrån givna tolkningsramar, utan i det fall vi uppfattar det vi upplever och gör som främmande för oss, något som egentligen inte är en del av vår karaktär, i March och Olsen termer vem *jag är*, tenderar vi att begripliggöra det som något som i slutändan är till vårt eget bästa. Ett sätt att inför oss själva motivera det vi gör som något vi också *bör* göra, ett argument som Arendt kallat ”*the argument of the lesser evil*”<sup>102</sup> (Arendt 2003:35).

Standarderna som läkarna utfärdade och förväntades följa interagerade således med läkarnas syn på sig själva och sin roll. De väckte frågor om

---

<sup>102</sup> ”*The argument of the lesser evil*” kallas också ”*The lesser of two evils*” och syftar på när vi i valet av två onda ting väljer det vi bedömer vara det minst dåliga alternativet, ett klassiskt dilemma som har diskuterats och fortfarande diskuteras inom filosofi.

vem *jag* är på ett sätt som inte alla styrverktyg gör. Frågan om *jag* spelar ingen större roll för ett direktiv som gäller alla. Inte heller normer, rutiner och andra styrverktyg som bygger på automatiserade beteenden, behöver aktualisera frågan om vem *jag är*.<sup>103</sup> Även direktiv som bara gäller vissa, har definitionsmässigt ett auktoritativt centrum med myndighet att avgöra om direktivet gäller oss, vi kan inte själva bestämma direktivets giltighet för oss. Eftersom frågan om *jag* och *situation* inte är definierade för standarden och det åtminstone initialt inte finns några automatiska tolkningsramar för oss att luta sig mot kommer dessa frågor emellertid aktualiseras trigga ett meningsskapande kring *jag*, i det här fallet kring roll och identitet.

Läkarens yrkesroll visade sig vara förbunden med dubbla lojaliteter och uppgifter, tjänstemannarollen samt rollen som livläkare, vilket några av dem uttryckte som ett kall. Men också inom läkar- och ämbetsmannarollen fanns olika möjliga identiteter med implikationer för vad läkarna ansåg borde göras utifrån respektive roll. Roller implicerar ofta förutsägbarhet utifrån såväl egna som andras förväntningar och identiteten såsom Eriksson uttryckt det relaterar till vem vi upplever oss vara (Eriksson 1968), något som också Goffman diskuterar. Utan koppling mellan känslan för vem *jag* är i en viss roll återstår enligt Goffman endast rollspelande (Goffman 1959/1974), något som Garfinkel beskrivit som ytterst påfrestande i längden (Garfinkel 1967) och som Frankl beskrivit som ett hot mot vårt existentiella behov av mening (Frankl 1969/2003). Ytterst kan meningsskapande förstås som inte bara en fråga om vad för slags *situation* det är (begriplighet), utan också om vem *jag* är.

Att frågan om vem *jag* är väcks, ger en särskild möjlighet för regelsättnen att arbeta med föreställningar om detta *jag*, identiteter som kan göra det mer attraktivt att följa standarden än att ignorera den. Som exempel på detta kan vi ta de läkar*jag* som reformatörerna motiverade reformen med. I problemdefinitionen fanns föreställningar om både kostnads- och kvalitetsproblem. I problemdefinitionen låg också en föreställning om att åtminstone vissa läkare var ekonomiskt okunniga, till någon del medicinskt

---

<sup>103</sup> Möjligen kan det vara så vid regelbrott. Det kan t ex finnas högre principer som gör att en person inte menar sig vara en regelbrytare bara för att regeln bryts. Det kan tom visa sig att omförhandlingen blir framgångsrik (Se till exempel Dworkin 1968 där det amerikanska rättssystemet och civil olydnad diskuteras).

vilseledda och möjligen också ansvarslösa. De läkare som identifierade sig som sådana som redan förskrev i enlighet med standarderna och därmed inte behövde följa dem alternativt som senare i processen definierade sig själva som regelföljande, gjorde anspråk på de läkaridentiteter som relaterade till att vara såväl kunnig som ansvarsfull.

I sättet reformatörerna definierade orsakerna till kostnadsproblemen som något som delvis hade med läkarna att göra, låg också en tilldelning av mer eller mindre attraktiva läkaridentiteter som läkarna kunde identifiera sig med. Dessa olika identiteter, potentiella *läkarjag*, ska inte förstås som att dessa *jag* introducerades i och med reformen. Snarare tog reformatörerna i anspråk *kollektiva representationer* som läkare förhållit sig till sedan länge. Att vara läkare i Sverige har under historiens gång handlat om att hantera tre olika roller: ämbetsmannarollen, rollen som livläkare och rollen som vetenskapens företrädare. I och med det tudelade uppdrag de svenska läkarna var ålagda, fanns det således redan i uppdraget en dilemmapotential som standarderna aktiverade. Att standarder i kraft av idén om frivillighet visade sig ha potential att aktivera dilemman skulle kunna vara en möjlig effekt också för andra yrkesgrupper där potentiellt motstridiga roller ryms inom yrkesrollen. Studien visade på ett betydande tolkningsutrymme i standarden både bland regelsättare och regelföljare vilket tvingade i synnerhet regelföljarna (de potentiella regelföljarna) att genom den egna meningsbestämningen också aktivt ta ställning till vilket *jag* som borde agera.

Utöver de kollektiva representationer av *läkarjag* som reformatörernas problemdefinition appellerade till, vilket aktiverade dilemman, hade dessa potentiella *jag* också till också implikationer för vem läkaren ville se sig som sin roll. Eklöf, som särskilt intresserat sig för kollektiva representationer av läkares identitet, har föreslagit några typiska läkaridentiteter: samhällsföreträdaren (centralgestalten), den framstående (bildade, mångkunnige, framgångsrike), plikttrogne och geniale (Eklöf 2000). Jag kan inte fastslå att Eklöfs typologi exakt motsvarar de ideal varje läkare som jag träffade identifierade sig med, likväl känns bilderna igen. I en av mina respondenter, Lars Erik Böttigers, verk om läkaren som litterär gestalt porträtteras också denne festskriftens läkare, som Eklöf utifrån sina empiriska studier identifierar som exempel på läkaridentiteter och ideal. I Böttigers text, liksom i Eklöfs, finns emellertid också en mörkare figur. En till festskriftens läkare

mer obskyr kamrat: den okunnige läkaren, osäkra, inbilske, giriga, människofientliga, klandervärda, moraliskt tvivelaktige och okunnige klåparen, (Böttiger 2000).

Den här typen av motbilder, det mörka (Morrison 992:47), kan förstås som alternativa identiteter som en potentiell regelföljare sannolikt vill värja sig ifrån och det kan en regelsättare utnyttja. När Brunsson och Jacobsson skriver om vikten av att definiera dem standarderna gäller på ett attraktivt sätt, är det således rimligt att tänka att såväl positiva som negativa kollektiva representationer i form av identiteter och ideal, har betydelse för både om standarderna kommer att anammas och följas eller avvisas (Brunsson och Jacobsson 2000c) och på vilket sätt regelföljandet motiveras av regelföljarna själva.

Några av Eklöfs förslag på typiska läkaridentiteter var läkaren som förnuftig och ansvarstagande.<sup>104,105</sup> Studiens distriktsläkare identifierade sig mycket riktigt med sådana identitetsideal. De sade sig ha ”*insett*” att de måste ta ansvar för ekonomin och i mina observationer av mottagningsrum, konsultationer och interna läkarmöten kunde jag iaktta att de också tog på sig ett ansvar. Ekonomi diskuterades öppet och ekonomisk information hade också gjorts tillgänglig för patienterna. Att det ekonomiska fått en sådan plats tyder på en förskjutning mot en ekonomisk logik där läkaren som ämbetsman fått en delvis ny roll, rollen som ekonom. Mot detta talar deras reaktioner när jag i de sista intervjuerna med distriktsläkarna prövade mina slutsatser. De värjde sig mot bilden av dem som reglerade och styrda i sitt medicinska arbete utifrån ekonomi. Denna tveksamhet kan emellertid också förstås som en bekräftelse. Ett av de distriktsläkarjag som både kommittéläkare och distriktsläkare närmast unisont formulerade var distriktsläkaren som autonom och svårstyrd. Ett av idealen i Eklöfs identitets-

---

<sup>104</sup> Jämför Eklöfs ”Centralfiguren”, ”den plikttrogne” mm(2000).

<sup>105</sup> Förnufts- och ansvarsideal är centrala som normer i det som ibland kallas modernitet eller högmodernitet (Giddens 1990). Dessa normer har i hög grad påverkat uppfattningar om organisationer och hur personerna i dessa beter sig till exempel vid beslutsfattande. Likväl är förnuft och ansvarstagande inte ideal som dominerar på alla organisatoriska områden. Med tanke på att läkare i århundraden också hävdade läkekonstens betydelse, det exoteriska förnuft- och samhällsansvarsidealens ockulta motbild, kan högmoderna normer inte självklart ses som ett dominant inflytande för läkare.

typologi anspelar på läkaren som ”Geniet”<sup>106</sup>, vilket förutom en person med överlägsen kunskap också kan förstås som en person med utrymme att agera efter eget huvud, utifrån en ohotad jurisdiktion. Skugggestalten till Eklöfs Geni skulle då vara den okunnige läkaren, den gestalt som läkarna genom att följa standarderna kunde distansera sig från (och inte bara genom att följa standarderna känna sig som).

Att följa eller inte följa standarder, var således också en fråga om att navigera mellan identitetsparadoxer. Min tolkning är att det i huvudsak var utifrån en styrkeposition som läkarna identifierade sig, en identitet som autonom och att detta kan ha gjort de intervjuade läkarna särskilt sårbara för en meningsbestämning av dem som styrda, eftersom identiteten som läkare hos läkarna själva framstod som *mer än en yrkesroll*.<sup>107</sup>

Sammanfattningsvis har jag argumenterat för att standarderna gjorde att frågan om *jag, situationen, bör göra* aktualiserades och omförhandlas på nytt. Standarden och den meningsbestämning de krävde kan förstås som: ”*elements of change*”. Enligt Sveningsson och Alvesson riskerar sådana förändringens vindar att: ”*create reactions such as curiosity, anxiety and search for ways actively dealing with identity*” (Sveningsson och Alvesson 2003:1167). Att standarderna triggade igång meningsbestämning, skulle då inte bara handla om att den individuella läkaren formade sitt beteende utifrån sin idé om generaliserade andra, utan också om att orientera sitt jag utifrån delvis redan givna roller och identiteter. Meningsbestämningen aktiverade roll- och identitetsdilemman, vilket i sin tur aktiverade ett behov både i läkarkollektivet och hos de intervjuade läkarna att hantera dessa dilemman.

---

<sup>106</sup> Se flygelmannen (Eklöf 2000).

<sup>107</sup> I Alexius studie av managementkonsulter har jag inte funnit denna identitetsparadox (Alexius 2007). Ett skäl till detta skulle kunna vara att en konsult inte identifierar sig med sin roll på samma sätt som en läkare gör. Blir någon sjuk på ett flygplan kommer sannolikt även den läkare som inte är i tjänst kliva in i sin roll som läkare med orden: ’jag är läkare’ och direkt accepteras av de omkringvarande i just den rollen. Att vara läkare skulle därmed kunna ses som något helt annat än att vara konsult, där läkaren *är, arbetar* konsulten som konsult. För den förstnämnda är det ett kall liknande prästens, diakonens. För den sistnämnda är det först och främst ett arbete, även om konsulten identifierar sig med konsultrollen. Att på detta sätt *vara* sin roll, ger både frihet (att agera) och ofrihet (att inte kunna agera fritt). I läkarrollen ligger dessutom en identitet som naturvetare med de föreställningar om objektifierbara kunskapsanspråk och metodmässighet (inklusive regelföljande) som detta för med sig. Det ligger således i läkarrollen att följa regler samtidigt som det ligger i idealbilden att vara autonom.

## Dissonansreduktion

Jag har tidigare nämnt att jag inte fann tecken på tvång eller direkta påtryckningar som kan förklara att kommittémedlemmarna deltog i kommittéarbetet. Inte heller kan följandet av standarderna förstås som ett resultat av tvång. Både kommittémedlemmar och distriktsläkare uttryckte visserligen olust för de ekonomiska aspekterna av att rekommendera och förskriva läkemedel. Kommittémedlemmarna fick en uppgift de inte ville ha, ett ansvar som de ansåg att politikerna borde ta på sig – att minska läkemedelskostnaderna. Men den som inte ville vara med behövde inte. Uppdraget var frivilligt och ändå visade kommittéer och kommittémedlemmar stor nit i att uppfylla sitt uppdrag. Och distriktsläkarna, som hade möjlighet att faktiskt ignorera standarderna eller åtminstone inte låta dem påverka deras individuella förskrivning, påverkades. En viktig fråga är hur detta kan förklaras.

Ett sätt att förklara detta är genom mekanismen *forced compliance*. Forced compliance uppstår då någon utan tvång förmås att göra något, det kan vara ord eller handlingar i strid med sina värderingar. Forced compliance kan således ses som en omvärdering av ett ideal baserat på faktiska handlingar (Festinger 1957, Festinger och Carlsmith 1959). Effekten blir en kognitiv dissonans som den handlande försöker minska genom att förändra sina uppfattningar om något. Forced compliance har visat sig särskilt effektivt när personen inte uppnår några personliga fördelar med agerandet.<sup>108</sup> Att försöka minska den kognitiva dissonansen är att sträva efter *dissonansreduktion*<sup>109</sup> så att individens handlande blir begripligt för den handlande själv.<sup>110</sup>

---

<sup>108</sup> Exempel på en sådan situation (med större tvångsinslag än Festingers exempel) är strategier för att få krigsfångar att känna sig som förrädare, så att de efter denna kognitiva rekonstruktion betar sig som och därmed blir förrädare, t ex genom att de först tvingas till en handling och denna handling sedan används som bevis för att de redan blivit förrädare (Cialdini 1984:71).

<sup>109</sup> Cialdini talar inte om mekanismer utan använder ordet ”principles” som ”influence the tendency to comply with request” (Cialdini 1984: xii): ”mechanical patterns” och ”fixed action patterns” (ibid:3) enligt ett mekaniskt ”click, whirr” (ibid:7). Detta motsvarar iden här texten en att nivå. att-nivån. Cialdini använder inte heller begreppet dissonansreduktion, utan skriver om principen om: ”commitment and consistency” (ibid).

<sup>110</sup> Tvång kan legitimera en handling som går emot den egna önskan genom att personen blev tvingad. Också egennyttan kan fungera som en acceptabel förklaring. I en situation där vare sig

Den centrala aspekt jag här vill betona är inte i första hand spänningen mellan beteende och värdering. Med tanke på att läkarnas *jag*, deras roll dilemma och identiteter, framstod som så pass viktiga kan dissonansreduktion i förhållande till identitet vara en bättre förklaring till hur läkarna kom att acceptera de ekonomiska argumenten. Istället för att förändra sitt beteende för att minska klyftan mellan handling och ideal, skulle läkarnas ”*commitment*” till en viss identitet också kunna förklara förändringen i deras beteende (Burke och Reitzes 1991). Att frågan om identitet inte kan reduceras till handling enbart tyder på att det inte är exakt vilka handlingar som utförs som är det centrala, utan vad dessa handlingar representerar för individen själv. Uttryckt annorlunda behöver det inte nödvändigtvis ha varit konflikten mellan ämbetsmannarollen och rollen som livläkare som var det centrala, vad läkarna gjorde eller inte gjorde, förskrev eller inte förskrev. Det centrala kan istället ha varit vad läkarna inom sig själva på individnivå behövde göra för att bevara sin egen självbild när de lät sig påverkas av ideal som de inte såg som sina egna.

Goffman beskriver att individer kan hålla isär en yttre fasad med de bakomliggande aktiviteterna. Detta resonemang bygger emellertid på en dramaturgisk metafor där skådespelaren inte nödvändigtvis behöver identifiera sig med sin roll (Goffman 1959/1974). Det måste inte läkare heller, men många av dem gör ändå det. Ett sätt att förstå hur självbilden kan bevaras trots att en person handlar i strid mot den egna identiteten är genom begreppet *rolldistans* (Goffman 1961/2013; se även Goffman 1959/1974., Goffman 1961/1983 samt Goffman 1974/1986). Rolldistans kan förstås som en särkoppling mellan en persons *jag* och dennes *roll*, men det kan också förstås som ett sätt att definiera om *situationen* så att den egna identiteten kan bevaras.<sup>111</sup> Det första alternativet kan förstås som hyckleri och för detta finns ett visst stöd. Ett par kommittéläkare uppgav till exempel att de inte brydde sig om vad som rekommenderades och några distriktsläkare sade öppet att de borde förskriva [rekommenderade läkemedlet] men att

---

tvång eller egennytta kan förklara agerandet, uppstår istället en rationalisering i det här fallet ett försök att förklara sitt agerande genom att förändra sin uppfattning om agerandet.

<sup>111</sup> Goffman talar om rolldistans som ett psykologiskt försvar mot något som hotar den egna identiteten, inte bara att vi skiljer mellan våra roller eller inte alltid identifierar oss så starkt med en viss roll.

ändå valde att förskriva [det kritiserade]. Goffman använder själv inte uttryckligen begreppet hyckleri för att beskriva denna situation utan talar särkoppling som möjliggör lek (och teater), en särkoppling som definierar om verkligheten och oss själva till något som inte fullt ut är på riktigt utan ”*unserious*” (Goffman 1961/2013:105, Goffman 1974/1986:274) vilket kan förstås som en lek med existentiella undertoner. Men Goffmans ”*unserious*” ligger också nära Brunssons idé om hyckleri såtillvida att hyckleri kan betraktas som detsamma som att något tas lätt på. Men hyckleri kan också utgöra ett sätt att ta dilemman på allvar genom att låta dissonansen kvarstå liksom idealet om bättre och mer rättrådiga beteenden därmed behålls (Brunsson 1989/2003:232–235).

Oavsett om vi ser hyckleri som ett sätt att ta ett dilemma på allvar eller som lek eller ”*unserious*” finns det skäl att tro att det är lättare för organisationer än för individer att praktisera hyckleri och lättare för individer än organisationer att definiera om situationen till något som är ”*unserious*”. Organisationen kan delas upp i enheter som inte behöver veta vad den andra enheten gör och regelsättare kan på så sätt hållas skilda från regelföljare (Brunsson 1989/2002, 2006). En individ kan hålla isär olika grupper, men inte gärna kan dela upp sig själv utan att det sliter på själen. En alternativ dilemmahantering är att istället fly in i lek, bli cynisk och därmed också vad som pågår och i förhållande till vad omgivningen förväntar sig av personen.

Som ett alternativ till hyckleriets särkoppling ovan och lekens flyktbeteende, kan vi tänka oss att *jag* eller *situation* definieras om, så att bristen på överensstämmelse, det vill säga ”*activity [...] that cannot easily be seen as consonant*” (Goffman 1974/1986:274) slutar att utgöra ett hot mot den egna identiteten. Som vi såg var det svårt för de kommittémedlemmar som beslutade om standarderna att inte också resonera som regelföljare vilket aktualiserade roll- och identitetsdilemman. Den lekmetafor som hos Goffman benämns som ”*unserious*” genom att *jag* inte är min roll, eller att *jag* inte gör *det här*, leder honom till begreppet rolldistans, som ett sätt att hantera ”*out-of-frame behaviour*” som ger upphov till dilemman genom att upplösa skillnaderna (Goffman 1974/1986: 273–274).

I mina empiriska studier såg jag tecken på rolldistans som svar på läkarnas dilemman. Ett exempel på det är att patienten definierades om från en konkret till en abstrakt nivå. På kommitténivå var det den abstrakta och



standardiserade patienten från läkemedelsstudier som standarden utgick ifrån. Rolldissonansen var emellertid lika tydlig på distriktsläkarnivå. Skälet till varför en distriktsläkare inte ville förskriva ett visst läkemedel till en viss patient kunde vara att det var för patientens bästa. Denna patient kunde vara patienten själv som konkret person. Trots den lindring ett visst läkemedel skulle kunna ge, kunde läkaren se det som ännu bättre om patienten kunde förändra sitt liv så att läkemedel inte behövdes. Patientens bästa kunde också röra dennes egen plånbok – att ett icke-rekommenderat läkemedel kunde vara dyrt trots att det delvis betalades av staten. Patientens bästa kunde emellertid också gälla en abstrakt patient. Den konkreta patienten kunde ställas i förhållande till en abstrakt person (Asplund xxx), en läkemedelsprövningarnas statistiskt konstruerade och väldefinierade och enligt dessa kriterier mer behövande patient, varför den konkreta patient som läkaren hade framför sig nekades det subventionerade. På det här sättet blev patienten definitionsmässigt inte lidande bara för att läkaren inte ville skriva recept utan också baserat på en idealtypisk patient som inte självklart existerar i verkligheten.

Det kunde emellertid också vara så att uppdraget i konsultationen definierades om från att handla om medicinsk lindring och bot till att handla om välfärdsdistribution i enlighet med principen om kostnadseffektivitet. Att inte skriva ut ett visst läkemedel handlade då inte om att patienten inte fick läkemedel som kunde lindrat. Frågan om läkemedel avgjordes då snarare utifrån en medicinsk ram, som dock åtminstone delvis var underordnad en ekonomisk. Oavsett vilket blev resultatet att en patient kunde nekas läkemedel som skulle kunna lindra genom att rolldistans gjorde det möjligt för läkaren att bevara bilden av sig själv som livläkare, även i rollen som ämbetsman. En kritik har handlat om effekten av begränsningen av enskilda *tjänstemännen* möjlighet att utöva sitt omdöme.<sup>112</sup> I sin analys av organiseringen av transporter i Tredje riket argumenterade Hanna Arendt för att

---

<sup>112</sup> Uppfattningen om hur stort utrymmet för enskilda tjänstemän är att utöva sitt omdöme i arbetet varierar. Lipsky och Johansson ser utrymmet som ”avsevärt” (Johansson 1992:41) medan jag tolkar utrymmet som begränsat på idealtypisk nivå då tjänstemannens frihet, i vilken jag inkluderar fritt tänkande och omdöme, inte har någon plats i utövandet av yrket, utan att principen för byråkratin som organisationsform bygger på plikt och lydnad i enlighet till givna direktiv och hierarkiska strukturer (Weber 1983:149-151)

just de byråkratiska principerna bidrog till att enskilda tjänstemän inte tog eller ens kände ansvar för konsekvenserna av sin del i arbetet, oavsett vilka konsekvenserna för individer och grupper kom att bli (Arendt 1963/1996). Mot Arendts analys av risken med en snävt tilltagen moralisk autonomi för enskilda tjänstemän i det offentliga, kan man emellertid också argumentera för byråkratin som organisationsform som lämplig också i moraliskt hänseende. Enligt Weber var det begränsningen i tjänstemannen möjlighet att agera efter sitt eget omdöme som kunde garantera ett visst mått av rättssäkerhet då fall som liknade varandra skulle behandlas på likartat sätt. På så sätt går det att argumentera både för och emot den byråkratiska organisationen också i moraliskt hänseende.

## Implikationer

Enligt det förslag på mekanismer som jag diskuterat ovan utövar standarden sin effekt genom att den triggas en social responsivitet, som kräver en meningsbestämning av *jag*, *situation* och *bör*. I fallet med läkemedelskommittéernas standarder innebar det emellertid en aktivering av roll- och identitetsdilemman vilket i sin tur måste hanteras. Detta gör att standarden utövar sin effekt genom det som skulle kunna ses som dess svaghet – frivilligheten och oklarheten. Verkningsmekanismerna skiljer sig därmed från dem som följer med hårdare styrverktyg. Direktiv är hårda såtillvida att ett auktoritativt centrum bestämmer den rätta tillämpningen och eventuella effekter kan ses som resultatet av en konsekvenslogik från regelföljarens sida. Samtidigt gör hårda styrverktyg som direktiv till exempel, ledningen ansvarig för konsekvenserna (Brunsson 2007, kapitel 6). Det är inte alls säkert att detta är önskvärt. Det finns situationer där ledningen står som ansvarig för verksamheter de inte kan kontrollera till exempel. Principen om ledningskontroll har i sådana fall fått vika från principen om autonomi vilket gör att de administrativt underordnade kan komma att kontrollera verksamheten, trots att det är ledningen som ansvarar för den (Weber 1946).

Ett exempel på en sådan här situation finner vi i Läkemedelsreformen och beslutet att styra läkarnas förskrivning med standarder. Ansvar för hälso- och sjukvården och möjligheten att styra den inte följdes åt. Staten skulle naturligtvis kunna hantera detta genom att öppet acceptera bristen på

kontroll, men därmed skulle de också riskera sin egen legitimitet. Alternativt skulle de fortsätta tillskrivas ansvar för en situation som låg utanför den egna kontrollen.<sup>113</sup> Standarder erbjuder en lösning på detta då de gör det möjligt att både anta och undvika ansvar. Att besluta *om* att en viss standard ska användas som styrverktyg kan ses som dådkraft och ansvarstagande, vilket i sin tur genererar legitimitet. Samtidigt innebär styrverktyget standarder att ledningen inte ansvarar för eventuella konsekvenser, eftersom ledningen inte kan ses som orsaker till tillämpningen.<sup>114</sup>

Kan medlemmarna i en organisation definieras som beslutsfattare utan att de för den skull få ökat inflytande, kan ansvarigheten för den som följer standarden antas öka ytterligare. Också detta ser vi exempel på i Läkemedelsreformen och beslutet att använda standarder. Bland de reformatörer och läkare som studerats fanns till exempel en idé om att en rationell beslutsprocess<sup>115</sup> från läkarnas sida skulle leda till bättre resursanvändning. Det finns skäl att överväga möjligheten att makthavarna skapade ansvarighet hos läkarna genom att betona den här föreställningen. Läkares val av läkemedel har studerats sedan 1940-talet, men det är först vid 1990-talet som svenska politiker och tjänstemän på bred front började framställa läkarnas val av läkemedel som resultatet av en felande beslutsprocess. Om läkares förskrivning definierades som ett resultat av val, följer att valen borde vara medvetna och att valet i alla händelser gjorde dem delansvariga för konsekvensen – läkemedelskostnader.<sup>116</sup> När läkarna själva började se sina läkemedelsval som resultatet av en rationell beslutsprocess istället för läkekonst blev de i sina egna ögon också ansvariga för vilka läkemedel de valde.

---

<sup>113</sup> "...om man betänker att beslut också påverkar beslutsfattarna genom att göra dem ansvariga, så framstår rollen som beslutsfattare i mindre positiv dager" (Brunsson 1998a:52).

<sup>114</sup> Se Brunsson 2007, kapitel 6. Effekten av ett beslut kan t ex vara ansvar. Är direktiv ett resultat av ett beslut, kan direktiv också antas binda ansvar till regelsättaren givet att denne också är det auktoritativa centrum som kan bestämma tillämpningen.

<sup>115</sup> Det vill säga ett beslut som bygger på idén den institutionaliserade idén om vad ett beslut är och hur ett rationellt beslut bör gå till (Brunsson 1998a).

<sup>116</sup> "Om beslutsprocesser skall kunna skapa ansvar, måste de också tydligt peka ut beslutsfattarna som orsaker" (Brunsson, 1998a: 49).

Till skillnad från direktiv, är standarder däremot är mjuka såtillvida att de som konfronteras med standarden får respondera på olika sätt.<sup>117</sup> Det gör att följandet av en standard binder ansvar till regelföljaren själv, även när det finns uttalade styrambitioner och implicit tvång. Den som svarar på en standard gör det utifrån en generaliserad andre vilket betyder att hon eller han betar sig gentemot sina egna föreställningar. Därmed finns ingen yttre motpart att ställa som ansvarig för det egna beteendet. Det går att protestera mot beslut, direktiv, rutiner och fysisk struktur, men en standard som följs frivilligt och vars innehåll fyllts på av regelföljaren själv har inte samma potential att generera protester. För att återknyta till March och Olsens regelföljarmodell från kapitel 2, även om en person följer regeln genom att försöka gissa sig till ledningens avsikter eller imitera en annan regelföljare<sup>118</sup>, faller ansvaret för handlandet likväl på den agerande själv.

Att definiera något som ett beslut kan ses som ett sätt att distribuera ner ansvar. Att också tillhandahålla en standard som binder ansvar hos den som tillämpar den, är att använda sig av flera styrverktyg som drar åt samma håll. Att definiera något som en fråga om rationellt beslutsfattande och samtidigt tillhandahålla en standard som binder ansvar är smart. I en situation där ledningen för organisationen vill tillskrivas betydelse utan att för den skull behöva ta ansvar tycks standarder vara ett idealiskt styrmedel. Reformen var ju också lyckad såtillvida att den politiska nivån slapp ta ansvar för inskränkningar i välfärdsystemet genom att delegera ner både kostnader och ansvar på landsting och läkare

Jag har här diskuterat se strategiska implikationerna av att använda just standarder som styrverktyg. Att standarden designades och förseddes med ramar och utformades i varianter<sup>119</sup> ska emellertid inte ses som oviktigt bara för att det inte förklarar all effekt en standard kan ha. I min tolkning av resultaten ser jag idén om kostnadseffektivitet som en gemensam nämnare för hur dilemmat mellan ämbetsmannarollen och rollen som livläkare över-

---

<sup>117</sup> Att observera är att detta inte betyder att den som ställs inför en standard kan svara fritt. Det jag säger här är att responserna åtminstone initialt sett inte kan förklaras med automatik eller tvång. Begreppsparet frivillighet-tvång är inte att betrakta som en dikotomi, utan snarare en tankefigur och sådana utesluter inte tvetydighet och mellanlägen (Boström et al 2004).

<sup>118</sup> En vanlig reaktion i en situation av osäkerhet om det bästa handlandet ("social proof", Cialdini 1984).

<sup>119</sup> Variant ("keying", Goffman 1974/1986:xx)

bryggdes. Idén om behovet av mer kunskap i praxis var till exempel den idé som gjorde arbetet med standarderna legitima. Det var också det som gjorde dem legitima från distriktsläkarnas synvinkel. Detta kan förstås som att idéerna om kostnadseffektivitet och behovet av ökad kunskap var nya ramar, delvis formulerade av statsmakterna, som gjorde det möjligt för läkarna att på individnivå definiera om situationen (Abravanel 1983, Fernler 1993/1997). Rolldistans blev ett sätt att svara på de dilemman som aktualiserades när läkarna tvingades ta ställning. Introduktionen av standarderna gjorde således att giltigheten i tidigare rams, rutiner, normer, roll och identitetsaspekter) öppnades upp och blev föremål för omförhandling. Implikationen av detta är ganska enkel. Vill man bekräfta sin roll som styrande utan att behöva stå som ansvarig för resultatet är standarder ett bra verktyg. Kan de styra beteendet hos en så pass stark grupp som läkarna, bör de kunna användas som styrinstrument i andra organisationer.

## Sammanfattning teoretiska och empiriska bidrag

I min undersökning av standarden, dess effekter och mekanismer har jag kommit fram till både teoretiska och empiriska slutsatser. En första slutsats som direkt relaterar till första delen av forskningsfrågan: Kan standarden som styrverktyg påverka ett beteende, är att åtminstone en av standarderna hade en sådan effekt (Ont-i-magen) och jag har i kapitel 8 argumenterat för att effekten inte kan reduceras eller förklaras bättre med andra styrverktyg än standarderna eller som en effekt av omvärldsförändringar.

Ett andra bidrag är att också den andra delen av forskningsfrågan, vilka mekanismer, som specifikt har med standarderna att göra som påverkat läkarnas beteende, besvarats. Dessa mekanismer har identifierats som: meningsbestämning, dilemma aktivering samt dissonansreduktion, varav de två sistnämnda är att betrakta som specifika för just standarden som styrverktyg. Meningsbestämningen skedde successivt och på såväl personlig, mellanmänsklig (kolleger emellan) som organisatorisk nivå och utvecklades med läkarens föreställningar om sig själv, andra och föreställningar om vad dessa andra skulle göra härnäst.

Den central effekt av standarderna var att de aktiverade dilemman som läkarna på olika sätt försökte minska betydelsen av. Jag har här argumente-

rat att dissonansreduktion som följd av dilemma aktiveringen är en av standardens viktigaste mekanismer, då dissonansreduktionen gjorde det möjligt för läkare att se det som tidigare varit främmande, ekonomiska överväganden som en del av läkaruppdraget, som något som var förenligt med deras föreställningar om läkarens roll som förnuftig och ansvarstagande (jämför Eklöf 2000).

Läkarnas primära dilemma handlade om spänningar mellan deras uppdrag som läkare gentemot den aktuella patienten i konsultationstillfället (liv-läkarrollen) och rollen som ämbetsman i statens tjänst med uppdraget att fördela välfärd i form av sjukvård och behandling på ett rättvist sätt till behövande patienter. Ett relaterat dilemma handlade om synen på sig själv som en autonom, ansvarsfull och kunnig person och synen på sig själv som förnuftig och vetenskapligt ajour. Förnuftet krävde följsamhet till standarderna sett till ekonomi och robust vetenskapliga fakta (evidens) vilket samtidigt också paradoxalt nog innebar ett erkännande från läkarens sida av behovet av ökad kunskap och rätten från statens sida att vidta åtgärder för att minska läkarens handlingsfrihet. Detta i en situation där läkarnas autonomi som grupp betraktat redan visades vara förvånansvärt begränsad.

Dissonansreduktionen tog sig i uttryck som att läkarna endera skiljde sitt jag från det dem uppfattade som sitt uppdrag (*bör*) som läkare eller ämbetsman, genom att de motiverade förändringar i förskrivningen som det bästa av två (ofta uppfattat mindre bra) alternativ. Fick patienten inte ett läkemedel som eventuellt kunde förbättra dennes medicinska problem, eller fick patienterna ett billigare läkemedel som utan standarderna inte skulle varit läkarens förstahandsval, motiverades det med ömsom med att det var för patienten (och samhällets) bästa att inte få läkemedlet förskrivet av dem (då det som i fallet Ont-i-magen ändå inte botade åkomman utan endast potentiellt sett kunde lindra problemen), alternativt att det var bättre för patientens, medborgarna men också statens plånbok att skriva ut enligt principen om kostnadseffektivitet och på så sätt värna annan vård. Därmed blev det möjligt för läkaren att på nytt hitta det mest rätta att göra (*bör*).

Som alternativ definierade läkarna om sin ansvarighet (sitt *jag*, jag-aspekten) genom att skilja ut vad de själva ansåg sig själva vilja göra (*jag*) för patientens bästa från det de ansåg sig närmast tvingade att göra. Båda strategierna, att endera definiera om *bör* eller *jag*, är exempel på det Goffman kal-

lar rolldistans. Mitt bidrag, är således inte att uppfinna nya begrepp på dessa mekanismer, utan att empiriskt skilja ut och identifiera dem som specifika för standarden. Först efter successiva analyser av det empiriska materialet, först tematiskt, därefter genom att analytiskt skapa rubriker för teman med liknande innehåll, kom jag att liknande mekanismer för att få ihop sitt *jag* på *bör-nivå* med en *jag*-främmande (otrevlig) uppgift, borde finnas beskrivna på andra områden, till exempel socialpsykologin. Efter analysen av empirin sökte jag därför efter och kom att ta del empiriska verk på temat: argument of the Lesser Evil, ett inom filosofin klassiskt moraliskt problem på individnivå. Dessa empiriska redogörelser, ofta extremfall, ledde mig in på först socialpsykologins område, först Goffman, därefter vidare till i första hand Mead, men också Hanna Arendt. (Denna läsning i kombination med om-läsningar av min empiri, har sedermera lett vidare till forskningsfrågor som jag i en annan studie skulle önska undersöka vidare och också anser borde undersökas vidare (se nedan under rubriken Avslutningsvis)).

Det finns också observationer som känns angeläget för mig att lyfta fram, inte minst då frågor om läkemedelsindustrins relation till läkare med viss regelbundenhet uppmärksammas av media och på den politiska nivån.<sup>120</sup> En sådan observation är att det finns diskrepanser mellan synen på läkarnas autonomi (tolkningsramen autonomi) och villkorsramarna för läkares autonomi. Läkarna tillskrivs regelbundet ansvarighet för statens kostnader för läkemedel och mistänkliggörs, rätt eller orätt, regelbundet för att gå industrins ärenden genom att låta sig förledas (bristande vetenskaplighet), eller på annat sätt påverkas (genom gåvor, resor och anslag till den egna forskningen eller ersättningar för konsulttjänster som utbildningsinsatser i läkemedelsindustrins regi). Studien visar emellertid att kostnaderna först och främst var ett resultat av politiska beslut och läkarna har begränsade möjligheter att ta del av från både läkemedelsindustrin och staten oberoende kunskapsproduktion.

Kraven från statsmakternas sida att läkarna skulle och ska arbeta efter bästa möjliga evidens, gärna producerat av statliga myndigheter, läkemedelskommittéer och andra, gör dem mer än någonsin beroende av den kunskap om läkemedel som finansieras av läkemedelsindustrin och som med

---

<sup>120</sup> Zaremba (2013).

nödvändighet styrs av ekonomiska intressen, alternativt standarder som åtminstone delvis baseras på, inte bara evidens, utan också statens ekonomiska intressen. Möjligheten att kontinuerligt vidareutbilda sig utan betydande påverkan från endera statens eller läkemedelsindustrins intressen blir därmed också begränsad. Jag vill därför mena att läkarna är långt ifrån autonoma utan att de tvärtom är starkt reglerade med begränsad autonomi, hur mycket detta än strider mot deras egen självbild, identitet, yrkesstolthet. Det finns betydande diskrepanser mellan villkorsramarna för läkarnas reella autonomi (både med avseende på medicinsk kunskap, handlingsutrymme och moral) och de villkorsramar de själva, staten och läkemedelsindustrin vill göra gällande. Det är, vill jag påstå, en ohelig allians som bör ifrågasättas.

## Avslutande reflektioner

Avslutningsvis vill jag kort beröra en tanke som jag inte haft möjlighet att utveckla i den här studien eftersom den kom till mig relativt sent. Studien, och inte minst spänningen mellan jag-roll på individnivå, i synnerhet i byråkratiska organisationer, där ett av syftet med byråkratin är att minska utrymmet för jag till förmån för ämbetsmannauppgiften. De studerade läkarnas ansträngningar att minska dissonansen mellan *jag* och *bör* när det de moraliskt sett önskade göra kom i konflikt med de uppdrag de ansåg sig ha, har fått mig att fundera över betydelsen av att kunna se sig (sitt *jag*) som en god person eller organisation, gärna klanderfri eller åtminstone så god som möjligt. Men varför är det så? Är the argument of the lesser evil vara verkligt även i organisationer bland de personer som arbetar där? Finns skäl att med moderna ögon återvända och på nytt undersöka relevansen av frågor om godhet och ondska, inte bara som något främmande utan något som också gäller oss (Ratzinger 1968/2004, Kant 1998/2008).<sup>121</sup>

Vad betyder det i så fall att staten kan ses som en organisation bland andra och att det inte finns någon naturlag som säger att staten behöver veta vad den vill, eller bör något speciellt. Standardens mekanismer och de

---

<sup>121</sup> Merrihes Adams (1998/2008) samt Kant's Religion within the Boundaries of Mere Reason, i Wood och di Giovanni översättning (1998/2008) för en mer vardagsnära diskussion om ondska som brister, snarare än något extremt och våldsamt (typ terrordåd och andra bestialiska brott).



ramar standarderna utrustades med och de materiella förutsättningarna tillsammans med de mekanismer som standarder bygger på kan visserligen förklara mycket av de effekterna<sup>122</sup>, men samtidigt finns inget skäl att anta att beslutet om att använda standarder som styrverktyg och på det sättet distribuera ner ansvar för både läkemedelskostnader och vård, var lika medvetet och uttänkt som det här kan verka. Organisationen staten innefattar en rad relativt fristående organisationer och grupperingar som inte nödvändigtvis beter sig samordnat.

En till styrning alternativ förståelse av reformen skulle kunna vara den frustration som dilemmat ansvar utan möjlighet att styra kan innebära. Ett klassiskt sätt att hantera frustration hos personer är att förlägga bristen någon annanstans. I en organisation skulle det kunna motsvara att ansvarigheten för något förläggs till någon annan del av organisationen, som i sin tur kan förlägga ansvaret till någon annan (Fernler 1993/1997). Därmed uppstår frågor om den politiskt-administrativa nivåns egen upplevelse av bristande kontroll, okunnighet i relation till den ansvarighet för läkemedelskostnaderna och statskassan. Det tycks mig finnas saker i triaden ledningskontroll och autonomi på både den individuella och den organisatoriska nivån som borde undersökas närmare. Den här typen av överföringsfenomen har diskuterats på individnivå och kallas då projektiv identifikation men idén utvecklades ursprungligen från en analys av projektions- och introjektionsprocesser i två typer av organisationer, kyrkan och militären (Freud, 1922, Goffman 1961, De Board, 1978).<sup>123</sup> Givet att styrförsöket med standarder inte bara kan förklaras som en medveten strategi är ett alternativ därför att effekterna dels skulle kunna förstås som ett överföringsfenomen, men att godhet kontra ondska är frågor vi på organisatorisk och personlig nivå brottas med i vårt dagliga arbete och som därför motiverar vidare studier.

För att återkoppla till standarden som styrverktyg, kanske ett centralt värde med dem inte alltid behöver vara styrning, utan möjligheten att med den som medierande verktyg dumpa oönskade föreställningar om sig själv eller den egna gruppen hos andra, till exempel tanken att handla ondske-

---

<sup>122</sup> Ekonomisk upplysning, förändrad förskrivning av Losecoch ekonomiskt ansvarstagande på det moraliska planet.

<sup>123</sup> Se Jaques 1955, samt Armstrong för andra organisatoriska exempel.

fullt. Kanske kan det därför vara klokt av en presumtiv regelsättare att stå ut med våndan att inte ha kontroll istället för att aktivera den Pandoras ask som standarder och aktiviteten kring dem triggat och den tid från verksamheten standarderna därmed riskerar att ta. Kanske kan det vara klokt av presumtiva regelföljare att stå ut med de roll- och identitetsdilemman som standarden väcker istället för att agera på dem, eftersom syftet med standarderna kanske inte handlar om dem och deras beteende, utan om regelsättarnas *är, situation* och *bör* och ytterst frågor om gott och ont i det dagliga arbetet. I alla händelser visar studien att Statens dilemman kom att bli Doktors.



# Referenser

## Böcker, bokkapitel, artiklar, rapporter och uppsatser

- Abbott, Andrew (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press: Chicago
- Abравanel, Harry (1983). Mediatory Myths in the Service of Organizational Ideologi. I (red) Pondy, Louis R, Frist, Peter J, Morgan, Gareth och Dandridge, Thomas C. *Organizational Symbolism*. London: JAI Press Inc.
- Aftonbladet 15 oktober 2001, Makten över medicinerna, av Helle Klein
- Agnhage, Kjell och Nordlund, Martin (1974) Läkemedelskommittéer på sjukhus: ett försök till utvärdering. Seminarieuppsats VT-74 Handelshögskolan i Stockholm, *Sjukhusfarmaci*, bilaga juni 1974. Stockholm: Apoteksbolaget
- Ahrne Göran och Brunsson Nils (2001). Metaorganisationer – identitet och auktoritet. Stockholm: *Score rapportserie*, 2001:6. Stockholm: Svore
- Ahrne, Göran och Brunsson Nils (red) (2004). *Regelexplosionen*. Stockholm: EFI Förlag
- Alexius, Susanna (2007). *Regelmotståndarna – Om konsten att undkomma regler*. Akademisk avhandling. Handelshögskolan i Stockholm
- Alvesson, Mats och Sköldberg, Kaj (1994). *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur
- Alvesson, Mats och Sveningsson, Stefan (2003). Managing managerial identities: Organizational fragmentation, discourse and identity struggle. *Human Relations*, Oct 2003:56,10:1163–1193
- Andra Krönikeboken kapitel 16 vers 12
- Andra Moseboken kapitel 20
- Arendt, Hanna (1963/1996) *Den banala ondskan*. Göteborg: Daidalos
- Arendt, Hanna (1964/2003). Personal Responsibility Under Dictatorship. I (red) Kohn, Jerome (2003). *Responsibility and Judgement: Hanna Arndt*. New York: Schocken Books
- Aristoteles (R:I). (1926/1994) *Rhetoric*, band 1. Loeb Classic Library. Harvard University Press
- Aristoteles (PAI:I). (1960/1997) *Posterior Analytics*, band 1. Loeb Classic Library. Harvard University Press

- Aristoteles (PAI:II). (1960/1997) *Posterior Analytics*, band 2. Loeb Classic Library. Harvard University Press
- Aristoteles (T:II). (1960/1997) *Topica*, band II. Loeb Classic Library. Harvard University Press
- Armstrong, David (2011). The Plurability of Experience. I (Ed) Mawson, Chris. *Bion Today*. Routledge
- Arvidsson, Göran, Jönsson, Bengt, och Werkö, Lars (1993). *Prioritering i sjukvården – etik och ekonomi*. Stockholm: SNS Förlag
- Asch, Solomon E (1956). Studies of independence and conformity: A minority of one against a unanimous majority. *Psychological Monographs*, 70 whole no 416
- Ashforth, Blake E och Kreiner, Glen E (1999). How can you do it?: Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity. *The Academy of Management Review*, Vol 24:3:413–434
- Asplund, Johan (1987/1992). *Det sociala livets elementära former*. Göteborg: Bokförlaget Korpen
- Asplund, Johan (1991). *Essä om Gemeinschaft och Gesellschaft*. Göteborg: Bokförlaget Korpen
- Azar, Michael (2007). Människans mått, *Glänta*, nr 1. Göteborg: Glänta Produktion
- Baier, Vicky Eaton, March, James G och Saetren, Harald (1988). Implementation and Ambiguity. I March, James G. *Decisions and Organizations*. Basil Blackwell Inc.
- Barkman, Rolf, Boréus, Lars-Olof, Böttiger, Lars-Erik, Engstedt, Lars (1966). Läkemedelskommittén – service i rutinsjukvård. *Läkartidningen*, volym 63, nr 26:2491 ff
- Bejerot, Eva och Erlingsdóttir, Gudbjörg (2003). Kvalitetsidéns materialisering i hälso- och sjukvården. I (red) Bejerot, Eva och Hasselbladh, Hans. *Kvalitet utan gränser: En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*. Lund: Academia Adacta
- Berg, Marc (1997). *Rationalizing Medical Work*. The MIT Press
- Björkman, Jenny (2001). *Vård för samhällets bästa: Debatten om tvångsvård i svensks lagstiftning 1850-1970*. Lund: Carlssons Bokförlag
- Bloor, David (2001). Wittgenstein and the priority of practice.. I (red) Schatzki, Theodore R, Knorr Cetina, Karin och Savigny, Erik von. *The Practice Turn in Contemporary Theory*. Routledge
- Boli, John och Loya, Thomas A (1999). *Standardization in the World Polity: Technical Rationality over Power*. I (red) Boli, John och Thomas, George M. *Constructing World Culture: International Nongovernmental Organizations since 1875*. Stanford University Press
- Boli, John och Thomas, George M. (red.) (1999), *Constructing world culture. International non governmental organizations since 1875*. Stanford University Press
- Boström, Magnus, Forssell, Anders, Jacobsson, Kerstin och Tamm Hallström, Kristina (2004). *Den organiserade frivilligheten*. Malmö: Liber
- Bowker, Geoffrey C och Leigh Star, Susan (red) (1999). *Sorting Things Out. Classification and its Consequences*. The MIT Press

- Boyle A E (1999). Some reflections on the relationships of treaties and soft law. *International and Comparative Law Quarterly*, vol 48:901–913, October 1999
- Bradley, Colin P (1991). Decision Making and Prescribing – a Literature Review. *Family Practice*, Vol. 9, No 3:276–287.
- Broadly, Donald (2000). Inledning. I Bourdieu, Pierre *Konstens regler: Det litterära fältets uppkomst och struktur*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag.
- Brunsson, Nils (1989/2002). *The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions and Actions in Organizations*. Copenhagen Business School.
- Brunsson, Nils (1990). Individualitet och rationalitet som reforminnehåll. I (red) Brunsson, Nils och Olsen, Johan P. *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons Förlag
- Brunsson, Nils (1990). Reformers som rutin. I (red) Brunsson, Nils och Olsen, Johan P. *Makten att reformera*. Stockholm: Carlsson Bokförlag
- Brunsson, Nils (1998a). Beslut som institution. I (red) Czarniawska, Barbara. *Organisationsteori på svenska*. Malmö: Liber Ekonomi
- Brunsson, Nils (1998b). Standardisering som social form. I (red) Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt. *Standardisering*. Stockholm: Nerenius & Santéus Förlag
- Brunsson, Nils (1998c). Standarder och Likriktning. I (red) Brunsson, Nils och Jacobsson. *Standardisering*. Stockholm: Nerenius och Santéus Förlag
- Brunsson, Nils (2000a). Standardization and Uniformity. I (red) Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt. *A World of Standards*. Oxford University Press
- Brunsson, Nils (2000b). Standardization and Fashion Trends. I (red) Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt. *A World of Standards*. Oxford University Press
- Brunsson, Nils (2006). *Mechanisms of Hope: Maintaining the Dream of the Rational Organization*. Copenhagen Business School Press
- Brunsson, Nils, Forsell, Anders och Winberg, Hans (1989). *Reform som tradition. Administrativa reformer i Statens järnvägar*. Stockholm: EFI
- Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt (1998a). Den viktiga standardiseringen. I (red) Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt. *Standardisering*. Stockholm: Nerenius och Santéus Förlag.
- Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt (1998b). Att följa standarder. I: Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt (red), *Standardisering*. Stockholm: Nerenius och Santéus Förlag
- Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt (2000a). The Contemporary Expansion of Standardization. I (red) Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt. *A World of Standards*. Oxford: Oxford University Press
- Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt (2000b). Following Standards. I (red) Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt (red) *A World of Standards*. Oxford University Press
- Brunsson, Nils, Rasche, Andreas och Seidl, David (2012). The Dynamics of Standardization: Three Perspectives on Standards in Organization Studies. *Organization Studies* Vol 33(5, 6), s 612–632).

- Brunsson, Nils och Sahlin-Andersson, Kerstin 2000. Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform. *Organization Studies* Vol 21(4):721–746.
- Burke, Peter J och Reitzes, Donald C (1991). An Identity Theory Approach to Commitment. *Social Psychology Quarterly*, Vol 54(3):239–251.
- Böttiger Lars-Erik (1996). *Introduktionsföreläsning till Läkarprogrammet* (Amimoxföreläsningen), Karolinska sjukhuset 1996. Opublicerat
- Callon, Michel (1998). The embeddedness of economic markets in economics. I (red) Callon, Michel. *The Laws of the Markets*. Oxford: Blackwell Publishers
- Christensen, Tom och Laegrid, Per (2002). *New Public Management: The transformation of ideas and practice*. Burlington: Ashgate
- Cialdini, Robert B (1984). *Influence. The Psychology of Persuasion*. New York: Quill William Morrow
- Coburn, David, Rappl, Susan och Bourgeault, Ivy (1997). Decline vs. retention of medical power through restratification: an examination of the Ontario case. *Sociology of Health & Illness*, Vol 16:1:1–22
- Collins, Harry (1985/1992). *Changing Order. Replication and Induction in Science*. The University of Chicago Press: Chicago
- Czarniawska-Joerges, Barbara (1992). *Styrningens paradoxer: Scener ur den offentliga verksamheten*. Stockholm: Nordstedts Juridikförlag
- Czarniawska, Barbara och Joerges, Bernward (1996). Travel of Ideas. I (red) Czarniawska, Barbara och Sevón, Guje. *Translating Organizational Change*. Walter de Gruyter
- Damasio, Antonio, R. (2002). *Känslan av att leva: Kroppen och känslornas betydelse för medvetenheten*, kapitel 3. Natur och Kultur
- David, Paul A och Greenstein, Shane (1990). The Economics of Compatibility Standards: An Introduction to Recent Research. *Economics, Innovation and New Technology*, Vol 1 pp 3–41
- DeBoard, Robert (1978). *The Psychoanalysis of Organizations: A Psychoanalytic Approach to Behaviour in Groups and Organizations*. Routledge
- Denig Petra (1994). Drug choice in medical practice – rationales, routines and remedies, Chapter 2. *Factors influencing rational prescribing*. Akademisk avhandling. Riksuniversitet Groningen. Nederländerna
- DiMaggio, Paul J och Powell Walter W (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality In Organizational Fields. *American Sociological Review*, Vol 48: pp 147–160
- Dworkin, Ronald M (1968). On Not Prosecuting Civil Disobedience. *The New York Review of Books*, volume 10, No 11, June 6 1968 (nätversionen, [www.nybooks.com/articles/11664](http://www.nybooks.com/articles/11664))
- Dworkin, Ronald M (1967). The Model of Rules. *The University of Chicago Law Review*, Vol 35, No 1 (Autumn 1967) pp 14–46
- Edgerton, Robert B (1985). *Rules, Exceptions and Social Order*. University of California Press

- Einarsdóttir, Torgerdur (1997) *Läkaryrket i förändring: en studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering*. Akademisk avhandling, Sociologiska institutionen, Göteborgs Universitet
- Eklöf, Motzi (2000). *Läkarens ethos: Studier i den svenska läkarkårens identiteter, intressen och ideal 1890–1960*. Akademisk avhandling, Tema Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings Universitet
- Elmersjö, Carl-Åke (2003). *Moralisk ekonomi i sjukvården: om etik och ekonomi i sjukhusets vardagsorganisering*. Akademisk avhandling. Företagsekonomiska institutionen. Stockholms Universitet
- Elzinga, Aant (2006). Samproduktion av begrepp och sociala ordningar i ett forskningspolitiskt perspektiv. I (red) Hallerstedt Gunilla. *Diagnosens makt*. Göteborg: Daidalos
- Enquist, Per Olov (1999). *Livläkarens besök*. Stockholm: Nordstedts
- Erikson, Erik H (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: WW Norton & Company Inc.
- Erikson, Erik H (2004). *Den fullbordade livscykeln*. Natur och kulturs psykologiklassiker. Stockholm: Natur och Kultur
- Feldman, Martha S och March, James G (1988/1981). Information in organizations as signal and symbol. I March, James G. *Decisions and Organizations*. Blackwell
- Fernler, Karin (1993/1997). The Reform Principle, realities and Mediating Concepts. I (red). *The Reforming Organization*. Bergen-Sandviken: Fagbokförlaget
- Fernler, Karin (1996). *Avreglering. Mångfald eller likriktning*. Stockholm: Nerenius & Santérus
- Fernler, Karin och Helgesson, Claes Fredrik (2006). (red) *Kloka regler? Kunskap i regelsamhället*. Studentlitteratur
- Fernler, Karin, Helgesson, Claes-Fredrik, Fries, Liv (2006). Mer än en litteraturöversikt - evidensbaserade kunskapssammanställningar som regelsättande. I (red), Fernler, Karin och Helgesson, Claes-Fredrik. *Kloka regler? Kunskap i regelsamhället*. Lund: Studentlitteratur
- Fleck, Ludwik (1935/1997). *Uppkomsten och utvecklingen av ett vetenskapligt faktum*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposition
- Forsell, Anders, Lagrelius, Anna-Maria och Lerdell, David (2004). Kolleger emellan: om kollegiala besluts- och organisationsformer. I (red) Boström, Magnus, Forsell, Anders, Jacobsson, Kerstin och Tamm-Hallström, Kristina. *Den organiserade frivilligheten*. Malmö: Liber
- Foucault, Michael (1970/1993). *Diskursens ordning*. Installationsföreläsning vid Collège de France, den 2 december 1970. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag
- Frankl, Viktor (1969/2003). *Viljan till mening*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Freud, Sigmund (1922). *Group Psychology and the Analysis of the Ego*. International Psycho-Analytic Press
- Fuller, Lon L (1964/1975). *The Morality of Law*. Revised Edition, twelfth printing. London: Yale University



- Furusten, Staffan (2000). The Knowledge Base of Standards. I (red) Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt. *A World of Standards*. Oxford University Press
- Garfinkel, Harold (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Polity Press
- Giddens, Anthony (1991/1997). *Modernitet och självidentitet: Självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos
- Glaser, Barney G. och Strauss, Anselm L., 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine de Gruyter
- Goffman, Erving (1959/1974). *Jaget och maskerna: En studie i vardagslivets dramatik*. TEMA-serien. Stockholm: Bokförlaget Prisma
- Goffman, Erving (1961/1983). *Totala institutioner: Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Tema-nova serien. Stockholm: Rabén och Sjögren
- Goffman, Erving (1961/2013). Role Distance. *Encounters: Two Studies in the Sociology of Interaction*. USA: Martino Publishing
- Goffman, Erving (1963/1972). Stigma: *Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Nordstedts Akademiska Förlag
- Goffman, Ervin (1974/1986). *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Boston: Northeastern University Press
- Gustafsson, Rolf Å (1987). *Traditionernas ok: Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. Esselte Studium
- Haack, Patrick, Schoenborn, Dennis och Wickert, Christopher (2012). Talking the Talk, Moral Entrapment, Creeping Commitment? Exploring Narrative Dynamics in Corporate Responsibility Standardization. *Organization Studies*, Vol 33:5/6: 815–845
- Hacking, Ian (2000). *Social konstruktion av vad?* Stockholm: Thales
- Hamilton, Lee V (1978). Who is Responsible? Toward a Social Psychology of Responsibility Attribution. *Social Psychology*, Vol 41:4:316–328
- Hannan, Michael T och Freeman, John (1984). Structural Inertia and Organizational Change. *American Sociological Review*, Vol 49:2:149–164
- Hart, H L A (1961). *The Concept of Law*. Oxford: Clarendon Law Series
- Hellspong, Lennart (1996). *Föreläsningmaterial från kursen i Retorik på Södertörns Högskola, vårterminen 2000*. Opublicerat
- Hellspong, Lennart (2006a). *Liten toposlära för talare och skolfolk*. 2006-03-10. Opublicerat
- Hellspong, Lennart (2006b). *Om topos och didaktik*. 2006-02-20. Opublicerat
- Henning, Roger (2000). Selling Standards. I (red) Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt. *A World of Standards*. Oxford University Press
- Heritage, John (1984). *Garfinkel and Ethnomethodology*. Polity Press
- Higgins, Tory E (1987). Self-Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*, Vol 94:3:319–340
- Husserl, Edmund (1992). *Cartesianska meditationer: En inledning till fenomenologin*. Göteborg: Daidalos
- Hydén, Håkan (1998). Rättssociologi som rättsvetenskap. *Studies in Sociology of Law* 3. Sociologiska Institutionen, Lunds Universitet

- Jacobsen, Dag Ingvar och Thorsvik, Jan (2008). *Hur moderna organisationer fungerar*. Lund: Studentlitteratur
- Jacobsson, Bengt (1998). Standardisering och expertkunskap. I (red): Brunsson, Nils och Jacobsson, Bengt. *Standardisering*. Stockholm: Nerenius och Santérus Förlag
- Jacobsson, Kerstin (2004). Soft regulation and the subtle transformation of states: the case of EU employment policy. *Journal of European Social Policy*, vol 14 (4:355–370)
- Jacobsson, Kerstin, Mörth, Ulrika och Sahlin-Andersson, Kerstin (2004). Den frivilliga styrningens attraktionskraft. I (red) Boström, Magnus, Forssell, Anders, Jacobsson, Kerstin och Tamm-Hallström, Kristina. *Den organiserade frivilligheten*. Malmö: Liber
- Jansson, David (1992). *Spelet kring investeringskalkyler*. Stockholm: Fritzes
- Jaques, Elliot (1951). *The Changing Culture of a Factory: A Study of Authority and Participation in and Industrial Setting*. London: Tavistock
- Jaques, Elliot (1955). Social Systems as a Defence against Persecutory and Depressive Anxiety. I (red) Klein, Melanie et al (1985) *New Directions in Psycho-Analysis: The Significance of Infant Conflicts in the Patterns of Adult Behaviour*. Karnac Books
- Jarrick, Arne och Söderberg, Johan (1999). *Praktisk historieteori. Ekonomisk-historiska institutionen*, Stockholms Universitet
- Jepperson, Ronald L (1991). Institutions, Institutional Effects and Institutionalism. I (red) Powell, Walter W och DiMaggio, Paul J. *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. The University of Chicago Press
- Jesaja kapitel 40: 12- 13
- Johannison, Karin (1988). *Det mätbara sambället: statistik och sambällsdröm i 1700-talets Europa*. Stockholm: Nordstedt
- Johannisson, Karin (1990). *Medicinens öga. Sjukdom, medicin och sambälle – historiska erfarenheter*. Stockholm: Nordstedts Förlag
- Johannison, Karin (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I (red) Hellerstedt, Gunilla. *Diagnosens makt*. Göteborg: Daidalos
- Johansson, Roine (1992). *Vid byråkratins gränser*. Doktorsavhandling. Arkiv avhandlingsserie. Lund
- Jorup, Boel och Preisler, Gunilla (2001). *Att göra gemensamt i leken – om lekens kommunikativa villkor – en lekteoretisk genomgång*. Psykologiska institutionen, Stockholms Universitet
- Kant, Immanuel (1997/2006). *Grundläggning av sedernas metafysik*. Göteborg: Daidalos
- Kant, Immanuel (1998). Religion within the Boundaries of Mere Reason. I (red) Wood, Allen och Giovanni di, George. *Religion within the Boundaries of Mere Reason: and other texts*. Cambridge texts in the History of Philosophy. Cambridge University Press
- Kennedy 2008, Läkarna dåliga på att följa landstingens läkemedelsråd, *Dagens Medicin*, nr 80 sidan 12
- Kindleberger, Charles P (1983). Standards as Public, Collective and Private Goods. *Kyklos*, Vol 36, Fasc 3, pp 377–396

- Kjellberg, Hans, Helgesson Claes-Fredrik och Liljenberg, Anders (2004). *Den där marknaden: Om utbyten, normer och bilder*. Studentlitteratur
- Kohn, Jerome (2003). Introduction till Responsibility and Judgement. (I red) Kohn, Jerome. *Responsibility and Judgement: Hanna Arendt*. New York: Shocken Books
- Kolb Bryan, och Whishaw, Ian Q (2008). Emotion, kapitel 20, *Fundamentals of Neuropsychology*, 6th edition, University of Lethbridge
- Korsgaard, Christine M (2008). *The Constitution of Agency: Essays of Practical Reason and Moral Psychology*. Oxford University Press
- Krakau, Ingvar (1995). *Allmänmedicin*. Kapitel 4.13 I SBU-rapport 124. *Den medicinska utvecklingen i Sverige 1960–1992*. Stockholm: SBU
- Kuhn, Tomas (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press
- Kuuse, Dan, Dahlin, Bengt (2005). *Öppen vård i Mittenälsborg, då, nu och sedan: med fokus på Lerum*. [http://www.bengtdahlin.se/HoSstoryn1/filer\\_del\\_1/beginning\\_w.pdf](http://www.bengtdahlin.se/HoSstoryn1/filer_del_1/beginning_w.pdf) (feb 2010)
- Kärfve, Eva (2000). *Hjärnspöken – Damp och botet mot folkhälsan*. Brutus Östlings bokförlag Symposion AB
- Lagrelius, Anna-Maria (2000). Inte bara ont i magen. Från *Samtida gränser - Framtida gränser*; Dokumentation av en doktorandkonferens, *Score's Working Paper Series*, 2000:16. Stockholm: Score
- Lagrelius, Anna-Maria (2001a), Från expertkunskap till rekommenderat läkemedel – en studie om standarder i tre läkemedelskommittéer, *Score's Working Paper Series*, 2001:1. Stockholm: Score
- Lagrelius, Anna-Maria (2001b). *Om läkares val av läkemedel under konkurrerande riktlinjer och kunskapsanspråk*. Avhandlingsplan presenterad vid offentligt seminarium 6 september 2001. Handelshögskolan i Stockholm
- Lagrelius, Anna-Maria (2004). *The Trojan Horse. On Guidelines, Clinical Practice and the Translation of Responsibility*. Uppsats presenterad vid 4S i Paris den 28:e augusti
- Lagrelius, Anna-Maria och Sjögren, Ebba (2004). Reglers mångfald: Läkemedelsreglering i Sverige. I (red) Ahrne, Göran och Brunsson, Nils. *Regelexplosionen*. Stockholm: EFI
- Lagrelius, Anna-Maria (2006). Den ostyrlige doktorn: regelsättande och regelföljande i en kunskapsintensiv praktik. I *Kloka regler? Kunskap i regelsambället*. (red) Fernler, Karin och Helgesson, Claes Fredrik (2006). Lund: Studentlitteratur
- Lagrelius, Anna-Maria (2012). *Destruktiva processer vid klagomålsprocesser i offentlig sektor*. kursapper vid examination Grupprocesser. Psykologiska Institutionen vid Stockholms Universitet. Opublicerat
- Larson/Sarfatti Larson, Magali (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. University of California Press
- Latour, Bruno (1987/1997). *Science in Action*. Harvard University Press

- Latour, Bruno (1992/1998). Teknik är samhället som gjorts hållbart. I *Artefaktens återkomst: ett möte mellan organisationsteori och tingens sociologi*. Stockholm: Nerenius och Santérus Förlag
- Latour, Bruno (1999). Circulating Reference. Sampling the Soil in the Amazon Forest. I *Pandoras Hope: Essays on the Reality of Science Studies*. Harvard University Press
- Law, John (2003). *Ladbroke Grove, Or How to Think about Failing Systems*. [www.lands.ac.uk/fass/sociology/papers/law-ladbroke-grove-failing-systems.pdf](http://www.lands.ac.uk/fass/sociology/papers/law-ladbroke-grove-failing-systems.pdf) (december 2003)
- Le Fanu, James (1999/2001). *The Rise and Fall of Modern Medicine*. London: Abacus
- Leigh Star, Susan och Griesemer, James (1989). Institutional Ecology, Translations and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science* 19 (3):387-420
- Levi, Ragnar (1998). *Evidensbaserad sjukvård: Vård på säkrare grund*. Lund: Studentlitteratur
- Lilja, John (1976). How Physicians Choose Their Drugs, *Social Science & Medicine*, Vol 10:363-365
- Lindkvist, Rose-Marie (2005). *Införandet av generiskt utbyte i Sverige 2002: En analys av reformens effekter på kostnad och konkurrens*. Magisteruppsats. Nationalekonomiska Institutionen. Lunds Universitet
- Lipsky, Michael (1980). *Street-level Bureaucracy – Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russel Sage Foundation
- Lukas evangelium, kapitel 4 vers 23
- Lundin, Douglas, Jakob, Johanna och Engström, Andreas 2007, Generikareformen pressade läkemedelspriserna, *Läkartidningen* nr 9, vol 104:680-81
- Lübcke, Paul (1988). *Filosofilexiconet*. Forum
- Läkemedelsboken*, samtliga årgångar från 1989/1990-2007/2008. Stockholm: Apoteksbolaget AB
- March, James G (1976/1994). The Technology of Foolishness. I (red) March, James G och Olsen, Johan P. *Ambiguity and Choice in Organizations*. Scandinavian University Press
- March, James G och Olsen, Johan P (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. The Free Press
- Markus, Lynne M, Steinfeld Charles W, Wigand, Rolf T, M (2005). Information Technology Standards. Choices and Industry Structure Outcomes: The Case of the U.S. Home Mortgage Industry. *Journal of Management Information Systems*, Vol 22:2 pp 165-191
- Markus, Lynne M, Steinfeld Charles W, Wigand, Rolf T, (2006). Industry-Wide Information Systems Standardization as Collective Action: The Case of the U.S Residential Mortgage Industry. *MIS Quarterly*, vol 30, Special Issue/August pp 439-465
- Mattsson och Riml (2001). *Läkares attityd och följambet gentemot läkemedelskommittéer och läkemedelsrekommendationslistor*. Kandidatuppsats. Företagsekonomiska institutionen, Stockholms Universitet

- McKenzie, Donald (1990/1999). Nuclear Missile Testing and the Social Construction of Accuracy. I (red) Mario Biagioli. *The Science Studies Reader*. Routledge
- Mead, George Herbert (1934/1995). *Medvetandet, Jaget och Sambället*. Lund: Argos
- Melander, Arne och Nilsson, J Lars G (2001). *Läkarens relationer till läkemedelskommittéer: Attityder och faktisk förskrivning*. NEPI-rapport. Apotekarsocieteten
- Merriam, Sharan B (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur
- Meyer John W och Rowan, Brian (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony, *American Journal of Sociology*, Volume 83, Number 2, s 340 ff
- Mintzberg, Henry (1992/2009). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Pearson Custum Publishing
- Mol, Annemarie och Berg, Marc (1998). *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Duke University Press
- Molander, Bengt (1996). *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos
- Morgan, Garreth (1986/1997). *Images of Organizations*, second edition. Sage Publications Inc.
- Morrison, Toni (1992). *Mörkt Spel: Vithet och den litterära fantasin*. Stockholm: Bokförlaget Trevi
- Nationalencyklopedien* Band 15 (1994). Uppslagsord ”regler”. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker
- Nationalencyklopedien*, Band 16 (1994). Uppslagsord ”rättsdogmatik”. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker
- Nilsson, Folke (2003). Etik och förtroende grunden för läkaryrket. I *Ett sekel med läkaren i fokus*. Läkarförbundet 1903–2003. Stockholm: Sveriges Läkarförbund
- Nilsson, Viveka (1999). *Empati och distans: En studie av överläkares förhållande till ekonomistyrning*. Förvaltningshögskolan, Göteborgs Universitet
- Nordgren, Margareta (2000). *Läkarprofessionens feminisering – Ett köns- och maktperspektiv*. Akademisk avhandling. Department for Political Science, Stockholms Universitet
- Nordisk Familjebok* ugleupplagan, Band 5 respektive 17 (1912). Uppslagsord: ”Collegium medicorum” (5) och ”Medicinalstyrelsen” (17). Nordisk familjeboks förlags aktiebolag, nätversionen (hämtat 2010-08-02)
- Olsson, Ulf (1999). *Drömmen om den hälsosamma medborgaren – Folkuppfostran och hälsoupplysning i folkhemmet*. Carlssons Bokförlag
- Palmblad, Eva (1989). *Medicinen som samhällslära*. Göteborg: Daidalos
- Passer, Michael W och Smith, Ronald, E (2008). *Psychology, The Science of Mind and Behaviour*, third edition. McGraw-Hill International Edition<sup>124</sup>

---

<sup>124</sup> Följande kapitel: (3), Biological Foundations of Behaviour: Evolution, Genes and Brain, (16) Social Thinking and Behaviour

- Peak, Ira H jr (2007). Dworkin and Hart on "The Law": A Polonian Reconsideration. I Baird Darmer, Katherine och Baird, Robert M (red). *Morality, justice and the law*. Amherst NY: Prometheus Books
- Pentland, Brian T (2000). Will auditors take over the world? Program, technique and the verification of everything. *Accounting, Organization and Society*, Vol 25 pp 307–312
- Polanyi, Michel (1946/1964). *Science, Faith and Society*. The University of Chicago Press
- Polanyi, Michel (1974). *Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy*. The University of Chicago Press
- Popper, Karl R (1963/1989). *Conjectures and Refutations. The Growth of Scientific Knowledge*. Routledge
- Power, Michael (1997). *The Audit Society: Rituals of Verification*. Oxford University Press
- Pratt, Michael G och Foreman, Peter o. Classifying Managerial Responses to Multiple Organizational Identities. *The Academy of Management Review*, Vol 25:1 pp 18–42
- Qvarsell, Roger (1991/2001). *Vårdens idéhistoria*. Stockholm: Carlsson bokförlag
- Qvarsell, Roger (1993). *Läkaren mellan vetenskap och samhälle*, I Ett sekel med läkaren i fokus – Läkarförbundet 1903–2003. Stockholm: Sveriges Läkarförbund
- Ratzinger, Joseph Cardinal (Benedict, Påve emeritus) (1968/2004). *Introduction to Christianity*. San Fransisco: Ignatius Press
- Rolf, Bertil (1995). *Profession, tradition och tyst kunskap. En studie i Michael Polanyis teori om den professionella kunskapens tysta dimension*. Nora: Bokförlaget Nya Doxa
- Rothstein, Bo (1991). Demokrati, förvaltning och legitimitet. I (red). Rothstein, Bo. *Politik som organisation*. Stockholm: SNS Förlag
- Rothstein, Bo (1991/2001). Välfärdsstat, förvaltning och legitimitet. I (red) Rothstein, Bo. *Politik som organisation*. Stockholm: SNS Förlag
- Rothstein, Bo (2002). *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*, andra upplagan. Stockholm: SNS Förlag
- Sahlin-Andersson, Kerstin och Östergren, Katarina (1998). *Att hantera skilda världar: Läkares chefskap i mötet mellan profession, politik och administration*. Stockholm: Landstingsförbundet
- Sahlin-Andersson, Kerstin (2006). Strävan efter transparens. I (red) Levay Charlotta och Waks, Caroline. *Strävan efter transparens*. Stockholm SNS Förlag
- Salwén och Sund (1998). *Läkares följ sambet och inställning till forskrivningsstyrande reformer. Magisteruppsats*. Företagsekonomiska institutionen, Uppsala Universitet.
- Sarfatti Larson, Magali (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. University of California Press
- Schofer, Evan (1999). Science Associations in the International Sphere, 1875–1990. The Rationalization of Science and the Scientization of Society. I (red). Boli, John och Thomas, George M. *Constructing World Culture: International Nongovernmental Organization since 1875*. Stanford University press
- Score (2000). The New Regulation. A Research Programme. *Score's Working Paper Series*, 2000:15. Stockholm: Score

- Scott, Richard W, Ruef, Martin, Mendel, Peter J och Caronna, Carol A. *Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care*. The University of Chicago Press
- Searle, John R (1997/1999). *Konstruktionen av den sociala verkligheten*. Göteborg: Daidalos
- SF (1999). Läkemedelsinformation. Kapitel 19, *Svensk Farmaci under 1900-talet*. Apotekarsociteten
- SF (1999) Svensk läkemedelsindustri, kapitel 13, *Svensk Farmaci under 1900-talet* Stockholm: Apotekarsociteten
- SF (1999) Framtidstro och katastrof 1953–1962, kapitel 5. *Svensk Farmaci under 1900-talet*. Stockholm: Apotekarsociteten
- SF (1999). kapitel 23, Läkemedelskostnaderna. *Svensk Farmaci under 1900-talet*. Stockholm: Apotekarsociteten
- Shapiro, Scott J (2007). The "Hart-Dworkin" Debate: A Short Guide for the Perplexed. *Public Law and Legal Theory Working Paper Series*. Working Paper No 77 (March 2007). University of Michigan Law School
- Shutz, Alfred (1967). *The Phenomenology of the Social World*. Evanston, IL: Northwestern University Press
- Sjögren, Ebba (2006). *Reasonable Drugs, Making Decisions with Ambiguous Knowledge*. Akademisk avhandling. Handelshögskolan i Stockholm
- Shakespeare, William. Mycket väsen för ingenting (Much Ado About Nothing)
- Shakespeare, William,. Othello
- Stango, Viktor (2004). The Economics of Standards Wars. *Review of Network Economics*, vol 3, Issue 1, March 2004, pp 1–19
- Stolt, Carl Magnus (1997). *Kaos och kunskap: Medicinens historia till år 2000*. Studentlitteratur
- Stolt, Carl-Magnus (2003). *Medicinen och det mänskliga: vårdkonst och vardagsetik, humanism och humaniora*. Stockholm: Natur och Kultur
- Strong, James (1890/1989). *Strong's Exhaustive Concordance of the Bible*, Hebrew and Chaldee dictionary of the Old Testament §7495, respektive Greek dictionary of the New Testament §2395, §2390. Iowa Falls: World Bible Publishers Inc.
- Sundström, Per (2001). *Det hippokratiska arvet: Den medicinska etikens historia tecknad utifrån källtexterna*. Nora: Nya Doxa
- Svedberg, Lars (2007). *Gruppsykologi: Om grupper, organisationer och ledarskap*. Studentlitteratur
- Sveningsson, Stefan och Alvesson, Mats (2003). Managing managerial identities: Organizational fragmentation, discourse and identity struggle. *Human Relations*, Oct 2003:56:1163–1193
- Swidler, Ann (2001). What anchors cultural practice. I (red) Schatzki, Theodore R, Knorr Cetina, Karin och Savigny, Erik von. *The Practice Turn in Contemporary Theory*. Routledge

- Tamm Hallström, Kristina (2000). *Kampen för auktoritet: Standardiseringsorganisationer I arbete*. Akademisk avhandling. Handelshögskolan i Stockholm
- The Economist* (1998). Spirit of the age: Malignant sadness is the world's great hidden burden. 19th Dec: 115
- Thedvall, Renita (2006). *Eurocrats at Work: Negotiating Transparency in Postnational Employment Policy*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialantropologi. Stockholms Universitet
- Thompson, James, D (1967/2008). *Organizations in Action: Social Science Bases of Administrative Theory*. Transaction Publishers
- Thornton, Tim (1998). *Wittgenstein, on Language and Thought*. Edingburgh University Press
- Timmermans, Stefan och Berg, Marc (2003). *The Gold Standard: The challenges of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Temple University Press
- Weber, Max (1934/1978). *Den protestantiska etiken och kapitalismens anda*. Lund: Argos
- Weber, Max (1946). VIII Bureaucracy. I *Essays in sociology*. New York: Oxford University Press
- Weber, Max (1983). *Ekonomi och samhälle band I: Förståelsesociologins grunder*. Sociologiska begrepp och definitioner. Lund: Argos
- Weber, Max (1985). *Ekonomi och samhälle band 2: Förståelsesociologins grunder*. Religionssociologi, rättssociologi. Lund: Argos
- Webster's Third New International Dictionary of the English Language, Unabridged (1961/1993). Uppslagsord "rule". Merriam Webster. Cologne Germany: Köemann Verlagsgesellschaft MBH
- Weick, Karl E (1995). *Sensemaking in Organizations*. Sage Publications
- Weil, Simone (2010). *Väntan på Gud*. Artos
- Wennström, Gunnar (1995). *Den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling under efterkrigstiden*. Kapitel 2, i SBU-rapport 124. Stockholm: SBU
- Widman, Bertil (2003). Axel Höjer – ideologen bakom vårt hälso- och sjukvårdssystem. I *Ett sekel med läkaren i fokus*. Läkarförbundet 1903–2003. Stockholm: Sveriges Läkarförbund
- Widman, Bertil (2003). Axel Höjer – ideologen bakom vårt hälso- och sjukvårdssystem. Ur: *Ett sekel med läkaren i fokus – Läkarförbundet 1903–2003*. Stockholm: Sveriges Läkarförbund
- Wittgenstein, Ludwig (1953/1967). *Philosophical Investigations*. Blackwell
- Wittgenstein, Ludwig (1953/1992). *Filosofiska undersökningar*. Stockholm: Bokförlaget Thales
- Wolrath Söderberg, Maria (2012). *Topos som meningskapare: Retorikens topiska perspektiv på tänkande och lärande genom argumentation*. Akademisk avhandling. Stockholm: Retorikförlaget
- Womack, James, Jones, Daniel och Roos, Daniel (1991). *The machine that changed the world*. New York: Harper-Collins



- Wrangsjö, Anna (2008) Oförtjänta snålvindar kring Vidarkliniken. *Läkartidningen* nr 51–52, vol:105:3759
- Yin, Roberg K (1984). Case Study Research. Design and Methods. *Applied social Research Method Series*. Volume 5. Sage Publications
- Öberg, Lisa (1996). *Barmorskan och läkaren: Kompetens och konflikt i svensk förlossningsvård 1970–1920*. Stockholm: Ordfronts Förlag
- Ödman, Per Johan (1979). *Tolkning, förståelse, vetande: Hermeneutik i teori och praktik*, Stockholm: Almqvist och Wiksell Förlag AB.

## Rapporter, Statens offentliga utredningar (SOU)

- Prop Proposition 1996/97:27*, nätversionen (<http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/GK0327/?text=true>), hämtad 2005
- Riksdagens snabbprotokoll 1996/97. *Föredragning av Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU5 Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m.m.* (prop. 1996/97:27).
- RRV (2002:4). *Att påverka utan att styra. Statens informativa insatser inom hälso- och sjukvårdsområdet*. Riksrevisionsverket
- RRV 1986:58. *Den statliga läkemedelskontrollen*. Revisionsrapport. Riksrevisionsverket
- RRV(2001). *Synopsis för Statens insatser för utveckling av effektiv medicinsk praxis*. Opublicerat material (2001-05-16). Riksrevisionsverket
- SBU (1997). SBU-rapport-137. *Sveriges ekonomi och sjukvårdens II*. Rapport från en konferens 1997
- SBU (1999). *Patient – Läkarelationen: läkekonst på vetenskaplig grund*. Natur och Kultur
- SBU SBU (2000). *Ont-i-magen – metoder för diagnos och behandling av dyspepsi*. SBU-rapport nr 150
- SBU (2004) *Behandling av Depressionssjukdomar*. SBU-rapport nr 166/1, 166/2 samt 166/3
- SBU (Depression)
- SBU (läkaren och patienten)
- SF (1999). *Svensk Farmaci under 1900-talet*. (Ej egentlig rapport, snarare uppslagsverk, varför den förekommer som referens också i huvudreferenslistan ovan).
- Socialstyrelsen (2000) *Läkemedel i användning – förändringar och tendenser*, Kvartalrapport 2000:1, Artikelnr: 2000-77-012
- Socialstyrelsen (2004a) *En uppföljning av läkemedelskommittéernas arbete. Hur påverkas läkemedelsanvändningen?* Artikelnummer: 2004-103-1.
- Socialstyrelsen (2001). *Läkemedel och förskrivningsorsak*, artikelnr 2000-00-098, Stockholm: Nordstedts Tryckeri
- SOU 1944:15. *Socialvårdskommitténs betänkande VII*. Lag om allmän sjukförsäkring. Stockholm: Beckmans Boktryckeri
- SOU 1944:16, *Socialvårdskommitténs betänkande VIII*. Kostnadsberäkningar angående lag om allmän Sjukförsäkring. Stockholm: Beckmans Boktryckeri
- SOU 1995:122. *Reform på recept, Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000)*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer
- SOU 1995:122. *Reform på recept, Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000)*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer

- SOU 1998:50. *De 39 stegen, Läkemedelsutredningar under 1900-talet och annat underlagsmaterial till Läkemedel i vård och bandel*. Läkemedelsdistributionsutredningen. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer
- SOU 1999:143. *Rapport om forskrivningsregler. Förtydligande om gällande regler för att läkemedel skall ingå i läkemedelsförmånen*. Rapport från Utredningen om läkemedelsförmånen. (nätversionen)
- SOU 1999:66. *God vård på lika villkor – slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000*. Statens Offentliga Utredningar
- SOU 1999:66. *God vård på lika villkor – underlag till slutbetänkande Bilaga 2-6*. Statens Offentliga Utredningar
- Spri (1985). *Privat och offentlig sjukvård – samverkan eller konkurrens*. Stockholm: Spri

## Websidor

- [www.bengtdahlin.se/HoSStoryn1/filer\\_del\\_1/beginning\\_w.pdf](http://www.bengtdahlin.se/HoSStoryn1/filer_del_1/beginning_w.pdf) Kuuse, Dan, Dahlin, Bengt (2005). *Öppen vård i Mittenälvsborg, då, nu och sedan: med fokus på Lerum* (hämtad feb 2010)
- [www.nationellhalsa.se/ehalsodagen/ehalsomyndigheten-vill-fa-en-tydligare-roll](http://www.nationellhalsa.se/ehalsodagen/ehalsomyndigheten-vill-fa-en-tydligare-roll), hämtad februari 2015)
- Snabbprotokoll GK0934 (1996). Riksdagsdebatt ([http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Kammaren/Protokoll/Riksdagens-snabbprotokoll-1996\\_GK0934/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Kammaren/Protokoll/Riksdagens-snabbprotokoll-1996_GK0934/), §9 anförande 29-53. Hämtat april 2015)
- [www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/\\_GK0327/?text=true](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/_GK0327/?text=true), *Proposition 1996/97:27*. hämtad 2005

## Lagar, förordningar, direktiv

- Direktiv 1992:30 (HSU 2000). Att analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000 samt överväga hur hälso- och sjukvården borde finansieras (inklusive fördelning av kostnadsansvar för läkemedel i öppenvård, patientavgifter, högkostnadsskydd mm (SOU 1995:122:45)
- Direktiv 1994:152 (HSU 2000), tilläggsdirektiv till Dir 1992:30. Bland annat att fördelningen av kostnadsansvar borde utgå från organiseringen av landsting samt kommuner, formerna för den statliga styrningen inom hälso- och sjukvården inklusive avvägningar mellan generella och riktade finansiella styrinstrument (SOU 1995:122:45)
- Direktiv 1999:35. Översyn av läkemedelsförmånen
- Lag om kriterier för bestämmande av människas död (SFS 1987:269)

- Lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning.  
Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS, SFS 1998:531)  
Lagen om läkemedelskommittéer (1996:1157). Utfärdad 28 november 1996. Ändrad/kompletterad 2013 (SFS 2013:1022).  
Lag (1996:1156) om receptregister.  
Lag (2013:1022) om ändring i lagen (2013:620)  
Lag (2013:620)

## Övrigt skriftligt material/empiriskt material samt TV (dokumentärfilm)

- Artikel Storstad, taget från hemsidan oktober 2003*  
*Bulletiner från kommittéerna i Storstad, Mellanstad och Länsbygd perioden 1999–2001* (i förekommande fall även lokala bulletiner för frivilliga lokala läkemedelskommittéer/läkemedelsråd i Storstad perioden 1994–1996)  
*Dokumentärfilm*. SVT kanal 2, 22 januari 2015 kl 20.00. Hur gör man för att rädda ett folk?  
Enkätdata. Med vänligt bemötande från läkemedelsföretaget NM Pharma och dåvarande VD Marie Thorvid: kopior av originaldatafiler med enkätsvaren till Mattsson och Riml studie (2001). *Läkares attityd och följsambet gentemot läkemedelskommittéer och läkemedelsrekommendationslistor*. Kandidatuppsats. Företagsekonomiska institutionen, Stockholms Universitet  
*Hemsidor*. läkemedelskommittéerna i Storstad, Mellanstad samt Länsbygd samt vårdcentralerna Bruket, Kyrkbyn och Ön (hämtade 2002–2004)  
*Läkartidningen*. Arkivsökning på artiklar åren 1990–2001. (begreppen evidensbaserad (ämnesord), evidens respektive evidens- (ord i titeln)). [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)  
*Läkemedelsboken*. I förekommande fall studier av vad tidigare frivilliga kommittéer rekommenderat för läkemedel i olika landsting 1991; även textstudier över avsnitt om Ont-i-magen samt Depression perioden 1991–2008; samt den successivt ökande betoningen på ekonomiska aspekter av läkemedelsförskrivningen från 1998–2008. I syften att undersöka när ekonomiska frågeställningar kommer på agendan på läkemedelsområdet i Sverige har samtliga årgångar av Läkemedelsboken 1989/1990–2007/2008 använts.  
*Läkemedelslista Danderyds Sjukhus* 1941 (läst på Kungliga Biblioteket i Stockholm, 2008)  
*Mailkorrespondens* mellan läkemedelskommittémedlemmar i Länsbygd samt mellan representanter för läkemedelskommittén och distriktsläkare.  
*Norrbottnenskuriren* 23 oktober 2014, Den svenska rasforskningen synliggörs.  
*Proposition 1996/97:27*, nätversionen ([http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/\\_GK0327/?text=true](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/_GK0327/?text=true)), hämtad 2005

Riksdagsprotokoll (snabbprotokoll) *Föredragning av Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU5 Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m.m.* (prop. 1996/97:27)

*Standarder, Storstad:* Den sammanlagda studerade perioden för standarderna i Storstad inklusive tidigare frivilliga och lokala standarder var 20 år med två uppehåll. 1989 års standard återfanns i Läkemedelsboken 1989/1990. Jag fann ingen standard för 1990. 1991 års standard återfanns i en bok utgiven av 1991 års frivilliga läkemedelskommitté för hela länet Storstad. Det fanns lokala standarder utgivna för perioden 1992–1995 och även om jag inte hade tillgång till dem, fanns i ett par fall lokala bulletiner från 1994 och framåt som fanns tillgängliga. År 1996 hade jag tillgång till några av de standarder som utfärdats lokalt i länet av de olika frivilliga läkemedelskommittéer och läkemedelsråd som vid denna tid fanns och vid den här tiden också utfärdade standarder. Detta material är inkluderat i analysen även om tyngdpunkten i diskussioner och analyser handlar om förändringar respektive stabilitet i standarderna perioden 1997 till 2009.

*Standarder Mellanstad:* Den sammanlagda studerade perioden för standarderna i Mellanstad inklusive tidigare frivilliga standarder (det vill säga standarder från 1996 och tidigare) var 17 år. 1989 års standard återfanns i Läkemedelsboken 1989/1990. Standarderna från 1992 och framåt var utfärdade av den frivilligbaserade läkemedelskommitté som formaliserades i och med Läkemedelsreformen i organisatoriskt i relativt oförändrad form. Standarderna från 1997 och senare behöll också den tidigare utformningen (standarderna fortsatte att vara utformad som en handbok).

*Standarder, Länsbygd:* Den sammanlagda studerade perioden för standarderna i Länsbygd var 3 år. I länsbygd hade jag inte tillgång till några tidigare standarder vare sig på regional eller lokal nivå utöver den standard som återfanns i Läkemedelsboken 1989/1990. I och med att jag inte fann några mellanliggande standarder (standarder utfärdade under perioden 1990 till 1996) valde jag att inte låta 1989 års standard ingå i det analyserade materialet. Det ska dock, åtminstone periodvis, ha funnits olika (och ibland konkurrerande) lokala standarder utfärdade av frivilliga läkemedelsråd och liknande på olika sjukhus i Länsbygd, men om några av dessa fanns kvar fanns de åtminstone inte tillgängliga enligt de personer i Länsbygds läkemedelskommitté som jag hade kontakt med.

Zaremba, Maciej (2013). Granskande reportage angående patienter och sjukvårdskostnader för dessa. Se sammanfattningar. *Dagens Nyheter* (Kultur & Nöje). Nätversionen 2013-03-05 (hämtad 20 april 2016)

# Förteckning över figurer/tabeller

Figur 1 – En översikt av genomförandet av de tre fallstudierna samt bakgrundskapitlet (se kapitel 3)

Figur 2 – Förskrivningen för Bruket respektive Kyrkbyn perioden 1999, till februari 2001 (se kapitel 7)

Figur 3 – Den ackumulerade åldersfördelningen i Bruket och Kyrkbyn 2002 (se kapitel 7)

Tabell 1 – Kostnaden i procent av totalkostnaden för antidepressiva läkemedel i Bruket och Kyrkbyn för år 2000, samt den relativa andelen DDD (definierade dygnsdoser) i procent för Bruket och Kyrkbyn år 2000 (se kapitel 7)



# Bilagor

Bilaga 1 – Brev/förfrågan till ordföranden i Läkemedelskommittéen i Mellanstad angående studie av vårdcentraler baserat på skillnader i förskrivningsstatistik

Bilaga 2 – Statistik VC, *PPI* (Losec)

Bilaga 3 – Diskussion/anteckningar/resonemang med anledning av statistik över förskrivna läkemedel för Depression för Bruket och Kyrkbyn

Bilaga 4 – Faktoranalys (tillhör Lagrelius 2004, opublicerat)





## Bilaga 1. Brev/förfrågan till ordföranden i Läkemedelskommittéen i Mellanstad angående studie av vårdcentraler baserat på skillnader i förskrivningsstatistik

Hej [Namn på medlem i läkemedelskommitté i Mellanstad, tidigare intervjuad se kap 5)

Jag kontaktade dig tidigare angående vårdcentraler som förskriver olika i förhållande till varandra [Losec och motsvarande läkemedel för Ontimagen, Antidepressiva och läkemedel för högt blodtryck]. Nu är det så att jag skulle vilja få kontakt med distriktsläkare på [Bruket och Kyrkbyn, mitt önskemål baserat på tidigare erhållen statistik av skillnader i förhållande till läkemedelskommitténs rekommendationer], som skulle kunna tänka sig ställa upp på intervju (och kanske tom, så långt det är etiskt möjligt, få följa med i det dagliga arbetet några dagar). Tror du att du skulle kunna hjälpa mig med en ingång till dessa två vårdcentraler (eller två andra liknande), eller att du har någon kontakt som kan det?

Det jag intresserar mig för är den komplexa vallsituation som jag tror att distriktsläkare ställs inför då de har många olika riktlinjer och kunskapsanspråk att ta hänsyn till i sitt dagliga arbete, rekommendationer från läkemedelskommittéer och SBU (lokala vårdprogram, patientönskemål mm). Det jag önskar studera här är hur dessa rekommendationer "lever" i den dagliga praktiken från distriktsläkares perspektiv, och med utgångspunkt från något som tycks vara en skillnad i förhållningssätt (valda läkemedel).

Mvh/Anna-Maria Lagrelius

Doctoral student, MSc Management  
Stockholm School of Economics, Public Management (F)  
[www.hhs.se](http://www.hhs.se)



## Bilaga 2. Statistik VC, PPI (Losec)

### Andel Losec (i kronor räknat) av den totala kostnaden för PPI februari 2001

**Bruket 73%**

**Kyrkbyn 57%**

Kommentar: För båda vårdcentralerna hade kostnaderna för Losec minskat sedan oktober 1999. För Bruket arv minskningen liten, från 77 till 73 procent, medan Kyrkbyn under samma period hade minskat kostnaderna från 92 till 57 procent. Det faktum att siffrorna ovan var de som kommittén valt att presentera som mått på följsamhet för Losec rekommendationen, indikerar att kostnaden var huvudindikator för följsamhet till rekommendationerna. När Losec i förlorade status som rekommenderat läkemedel. 2000, motiveras valet av de två andra läkemedlen med ”prisskäl”.

En alternativ förståelse till vad följsamhet kan vara är att följsamheten mäts i termer av procentuell kostnad för hela *läkemedelsklassen*. Sett så kan Kyrkbyn betraktas som en mer följsam vårdcentral än Bruket. Om följsamhet istället skulle definieras som i Storstad, det vill säga genom diskvalificering av vissa tillstånd ligger följsamheten i att inte skriva ut läkemedlen för dessa tillstånd. Det är en tredje definition på följsamhet som emellertid är svårare att mäta.

Till skillnad från Storstad valde Mellanstad att inte aktivt arbeta för att påverka diagnossättningen. I definitionen på godkänd användning av läkemedlen angavs ”*Behandling av refluxesofagit*” respektive ”*Gastroesofageal reflux (GERD.)*” GERD definierades med hjälp av symtom som patienten subjektivt kunde uppleva, söka hjälp för och berätta om som: ”*bröstbränna och sura uppstötningar*”. I standarderna för år 2000 och 2001 varnade läkemedelskommittén för risken med att obehandlade symtom: ”*kan orsaka peptisk skada av esofagusslemhinnan*.” Även om alternativa och billigare läkemedel också rekommenderas, skrev läkemedelskommittén i sina rekommendationer att: ”*Vid svårare fall och vid verifierad esofagit ges PPI [Losecliknande läkemedel]*”. Samma formuleringar och val av läkemedel återfinns också senare i 2002 års rekommendation.



## Bilaga 3. Diskussion/anteckningar/resonemang med anledning av statistik över förskrivna läkemedel för Depression för Bruket och Kyrkbyn

### Fördelningen antidepressiva läkemedel i kronor respektive DDD för år 2000 i %.

SSRI läkemedel är som grupp rekommenderade av kommittén som första handsval i rekommendationerna för såväl 1999, 2000 som 2001 varför dessa läkemedel är kursiverade nedan. Utöver detta är positivt omnämnda läkemedel för år 1999 markerade med #, 2000 och 2001 markerade med \*. 2002 års rekommenderade preparat är markerade med understrykning

Handelsnamn	Kronor		DDD	
	Bruket	Kyrkbyn	Bruket	Kyrkbyn
Anafranil	0,57	0,58	0,78	1,05
Anafranil Retard	0,48	0,14	0,88	0,25
<u>Cipramil # *</u>	<u>26,49</u>	<u>52,43</u>	<u>27,71</u>	<u>51,01</u>
Edronax	0,04	0	0,03	0
Efexor #	6,99	7,51	3,88	4,01
<u>Efexor Depot #</u>	<u>1,02</u>	<u>2,34</u>	<u>0,57</u>	<u>1,22</u>
<u>Fevarin #</u>	<u>2,33</u>	<u>0,27</u>	<u>2,30</u>	<u>0,24</u>
<u>Fluoxetik Selena #</u>	<u>0</u>	<u>0,74</u>	<u>0</u>	<u>1,24</u>
<u>Fontex #</u>	<u>0,22</u>	<u>2,10</u>	<u>0,20</u>	<u>1,68</u>
Klomipramin NM Pharma	1,46	1,13	3,11	1,87
Ludiomil	0,05	0	0,10	0
Maprotilin NM Pharma	0,17	0	0,31	0
Mianserin NM Pharma #	1,42	0,13	1,94	0,20
Nefadar #	2,25	0	2,38	0
<u>Remeron *</u>	<u>3,43</u>	<u>0</u>	<u>2,74</u>	<u>0</u>
Saroten	0	0,31	0	1,31
Sensaval	0	0,04	0	0,11
Seroscand #	0,16	0,15	0,29	0,26
<u>Seroxat #</u>	<u>11,52</u>	<u>12,85</u>	<u>11,07</u>	<u>11,31</u>
Tofranil	0,10	0,03	0,31	0,04
Tryptizol	1,53	2,97	5,33	10,59
Tymelyt	0,12	0,07	0,23	0,11
<u>Zoloft # *</u>	<u>39,65</u>	<u>16,21</u>	<u>35,84</u>	<u>13,50</u>
TOTAL	100	100	100	100

Det vi kan se ovan är att vårdcentralerna skiljer sig åt i profil. Av två likvärdiga preparat väljer till exempel Bruket det dyrare Zoloft framför det billigare Cipramil.

Beroende på hur följsamheten definieras kan båda vårdcentralerna ses som följsamma. Både Cipramil och Zoloft tillhör läkemedelsklassen SSRI som läkemedelskommittén föreskrev. Om vi istället definierar följsamhet efter den totala kostnaden skriver Bruket ut mer än dubbelt så mycket antidepressiva som Kyrkbyn i kronor räknat (+124,8 %). Mätt i DDD (standardiserade definierade dygnsdoser var förhållandet i det närmaste lika (+108,8 %). Den högre förskrivningen var enligt läkemedelskommittén är visserligen i paritet med andra vårdcentraler i samma område som Bruket. Likväl definierades Bruket som en inte särskilt följsam till läkemedelskommitténs standarder. En titt på förskrivningen av hjärtmediciner för samma period ger liknande resultat. Trots att Bruket till skillnad mot Kyrkbyn överlag väljer det rekommenderade Tenormin istället för det dyrare Zoloken Zoc, hamnar Bruket ändå högre i läkemedelskostnad i kronor räknat sett per invånare (+40 %). Enligt uppgift från läkemedelskommittén var mönstret desamma också för andra läkemedelsgrupper.

Eftersom Bruket mycket väl kan ses som följsam till standarderna sett på preparatnivå, men likväl förskriver mer och dyrare läkemedel, indikerar uppgiften om Bruket som en inte så följsam vårdcentral att följsamheten i Mellanstad mäts i termer av totala läkemedelskostnader mer än i termer av följsamhet till enskilda rekommendationer av vissa specifika läkemedel, med vissa undantag (som Losec). Den stora skillnaden mellan kommunerna och vårdcentralernas totala förskrivning väcker naturligtvis frågor. Eftersom det finns statistik som möjliggör ytterligare jämförelser mellan vårdcentralerna vet jag att den demografiska strukturen skiljer sig åt mellan platserna. Medelåldern är ett par år högre i Bruket än i Kyrkbyn, och själva profilen skiljer sig också åt. Befolkningspyramidens bas ligger högre i Bruket än i Kyrkbyn.

Att de demografiska skillnaderna sannolikt spelar roll för läkemedelsförskrivningen på så sätt att en äldre befolkning vanligtvis använder fler läkemedel är känt av läkemedelskommittén, men anses inte förklara den stora skillnaden i förskrivning, varför jag valt att jämföra läkarnas beskrivningar av sin befolkning och mitt intryck av dem, med en gjord enkätstudie

av levnadsvillkoren i de olika kommunerna i länet (där i det här fallet majoriteten av befolkningen i länet också hör till någon av vårdcentralerna i fråga) kan 95% av av förskrivningen i länet lokaliseras till vårdcentralerna. Utifrån dessa enkätstudier kan vissa skillnader i populationerna urskiljas.

När det gäller livsvillkor fanns en större oro för att förlora arbetet i Bruket jämfört med Kyrkbyn. Mängden alkohol bland män anges också som högre. I övrigt är förhållandena relativt lika med problem vad gäller kroniska sjukdomar hos kvinnor, ekonomisk stress, fysisk inaktivitet och övervikt i högre grad än i länet i övrigt. Kvinnorna i Bruket hade emellertid uppgivit en bättre psykisk hälsa än kvinnorna i Kyrkbyn. Om det beror på den ökade användningen av antidepressiva läkemedel eller inte går inte att utläsa av materialet. Den undersökning som jag hänvisar till ovan gäller 2004 och är en uppföljning av en undersökning från år 2000. Svarsfrekvensen var 63 % och enligt uppgift är svaren så pass lika mellan mätperioderna att jag inte funnit det relevant att återge båda. Slutsatser: Min tolkning av följsamhet är på basis av det sammantagna materialet ovan är att följsamhet till Mellanstads standarder av kommittén först och främst räknades som vårdcentralens totala förskrivning i termer av kostnader, och inte i förhållande till enskilda standarder. På basis av ovan tolkar jag också förändringen av standarderna som i första hand en spegling av en parallell utveckling i praxis (och inte i samma grad som med standarderna i fallet Ont-i-magen) på ett direkt sätt styrt valet av läkemedel.

Någonting som är särskilt värt att notera är att Efexor var det fjärde mest förskrivna antidepressiva läkemedlet för båda vårdcentralerna trots att det vid tiden för statistiken ovan inte var föreskrivet. I standarden för 1999 omtalas emellertid Efexor som ett mer potent läkemedel, en uppfattning som återkommer i intervjuerna med både kommittémedlemmar och distriktsläkare. En tolkning av detta är att läkemedelskommittén därmed gav ett indirekt klartecken till distriktsläkarna att förskriva läkemedlet. I rekommendationerna för år 2002 års standard återfinns det också som ett av de fyra rekommenderade läkemedlen. En alternativ tolkning är därför att läkemedelskommittén här valde att i efterhand anpassa standarden till något distriktsläkarna redan gjorde, kanske för att kommittén helt enkelt såg praxis som vettig. Av de fyra i standarden föreskrivna läkemedlen är förutom Efexor både Cipramil och det dyrare Zolofit med, tillsammans med ett



äldre läkemedel som i förhållande till de andra knappt används. OBSERVERA: I standarderna för 2002 rekommenderas de generiska läkemedlen Citalopram (Cipramil), Sertralin (Zoloft), Venlafaxin (Efexor/Efexor Depot) samt Mirtazapin (Remeron) rekommenderade som förstahandspreparat. OBSERVERA även att Klomipramin, Cipramil, Zoloft, Efexor och Efexor Depot även föreskrevs som rekommenderat för Ångestsyndrom i standarderna för 2000 och 2001 (Efexor rekommenderas inte i rekommendationerna för 2002). TCA (dit Anafranil, Anafranil Retard, Klomipramin, Saroten, Sensaval samt Tryptizol) rekommenderas även för neurogen smärta). Tryptizol rekommenderades som förstahandspreparat. Detta är en kunskap som kan betraktas som klinisk då indikationen saknades i FASS

Av detta följer att de standarder som studerats inte i första hand bidragit till förändring i praxis på grund av kunskapsbrist av något medicinskt slag, något som vid tiden för reformen angavs som ett viktigt skäl till behovet av standarder. En uppgift som Mellanstads läkemedelskommitté inte fullt ut behövde ha delat dock, då läkemedelskommittén hade i samma verksamhet och struktur innan reformen. Tankegången om förändring och behov av upplysning i praxis återfanns emellertid också i Mellanstad, kanske som en spegling av den allmänna uppfattningen i landet och bland såväl politiker som myndigheter och institutioner som till exempel SBU.

Sammantaget förefaller det som skett vara att läkemedelskommitténs standarder bidragit till att överföra en kostnadsmedvetenhet, mer än direkta förändringar av val av läkemedel, Losec undantaget. Denna kostnadsmedvetenhet kan förstås som överföring av ansvar för kostnaderna från Staten till de förskrivande läkarna (här: distriktsläkarna). Detta ansvar och de återföljande dilemman staten stod inför vid Läkemedelsreformen har uppenbarligen överförts trots att läkemedelskommittéerna själva, i reformens inledningsskede, inte accepterade att verka som landstingens förlängda arm i kostnadsfrågor, men däremot kunde tänka sig att verka för en bättre medicinsk praxis (se kapitel 5).

Detta betyder också att, trots att läkemedelsförmånen som liksom övrig konstruktion av inkluderingen av läkemedelssubvention i socialförsäkringarna, var resultatet av politiska beslut, ansvaret för de kostnader den medför framgångsrikt överförts från den politiska nivån till en inter- och intrapsykisk nivå hos de enskilda läkarna själva. Av detta följer att mekan-

ismen bekom acceptansen av kostnadsansvaret kan förstås som relaterat till dilemma-aktiveringen samt att de medicinska argument statsmakterna initialt förde fram (förarbeten till reformen mm) verkat som en trojansk häst då de argument och insinuationer som framfördes distribuerade in ett ekonomiskt ansvarstagande. Ett ansvarstagande läkarna initialt värjde sig mot, och som i sammanhanget kan anses vara helt främmande för samtliga medicinska frågeställningar.



## Bilaga 4. Faktoranalys

Analys av enkätstudie, frågor och svar såsom de formulerats och tolkats av Mattsson och Riml 2000 i jämförelse med faktoranalys gjord 2001 (Lagrelius 2001) samt NEPIs jämförande enkätstudie från 2002, samt faktoranalys av materialet 2000 (Lagrelius 2001). Originaldata från Mattsson och Rimls studie från 2001 har använts med tillåtelse av författarna, samt uppdragsgivare NM Pharma genom Marie Thorwid. Stort tack.

### Om enkätstudien 2001

Enkätstudien är en uppföljning av två tidigare liknande studier 1997 och 1999 som initierats av generikaföretaget NM Pharma, ett helägt dotterbolag till Pharmacia & Upjohn, specialiserat på production och försäljning av generiska läkemedel. Datamaterialet baseras på enkätsvar från 3025 slumpmässigt valda av specialister I allmänmedicin, gastroenterology, internmedicin, gynekologi, kardiologi och "långsvårdsmedicin" (geriatrik?). Den sammanlagda svarsfrekvensen var 56,3 %. För närmare redovisning av urvalsmetoder och analys av bortfall mm hänvisar jag till Mattsson och Riml 2001.

Syftet med enkätstudien har varit att undersöka "Läkares attityd och följsamhet gentemot läkemedelskommittéer och rekommendationslistor". Författarna har valt förväntansteori som bas för att definiera följsamheten, vilken bl a förutsätter en koppling mellan I det här fallet attityden till läkemedelskommittén och deras rekommendationer och läkarnas val av läkemedel [min tolkning]: "Grunden I hur väl kommittén lyckas förändra förskrivningen av läkemedel ligger alltså I hur inställningen gentemot kommittén hos regionens läkare är" (Mattsson och Riml, 2000 s 6). Kopplingen attityd och val av läkemedel förutsätts emellertid inte vara absolut. Ramen för avhandlingen är läkemedelskostnaderna och Läkemedelsreformen och uppdragsgivaren NM Pharma har önskat undersöka vilket inflytande kommittéerna har över läkemedelsförskrivningen.

Min frågeställning I faktoranalysen har varit att söka en generell profil över hur läkarnas attityder till olika aktörer på läkemedelsinformationssområdet ser ut. Utifrån denna frågeställning har jag baserat originaldata

från Mattsson och Rimls studie ovan gjort en faktoranalys av enkätsvaren på frågorna 10, 11, 14, samt 20 (se nedan). Av databearbetningsskäl gjorde jag ett ytterliggare urval av materialet på så sätt att varannan plockades ut.

## English summary

***The Doctors' Dilemmas:** Using Standards as a Management Tool to Change Swedish General Practitioners' Choice of Prescription Drugs: effects and consequences*

In Sweden, at the end of the 20th and the beginning of the 21st century, concern over prescribed drug costs and their ever-increasing growth became an increasingly acute problem for the Swedish State. These rising costs increased the burden on the State's finances at the same time as, due to the principle of professional autonomy for physicians, the State lacked both tools to know what physicians were prescribing (and for what medical conditions) and the powers to order them to prescribe differently. If nothing were done, the State would be regarded as weak and financially irresponsible, but every reform aimed at decreasing drug costs could be perceived as a cut in welfare, leading to bad results in the next election. By introducing direct measures to increase control (especially if driven by financial arguments) the State could lose both stature and legitimacy as the principal of health care.

Faced with these challenges, scenarios and dilemmas, the Swedish State chose to reform the construction of the social security subsidy of prescription drug costs. A decision was taken to legislate standards to be issued by county council-based professional committees (consisting of physicians), with the explicit purpose of influencing General Practitioners' choices of drugs to make them more cost-effective. However, it would be voluntary to follow and apply these standards, organizational rules of conduct. Could a voluntary management tool like standards lead to the desired effect and increased State control, and if so, by means of what specific mechanisms different from other management tools?

This study shows that the standards had the desired effect on physicians' choice of drugs in one case and that State control increased in both cases, at the expense of the physicians' autonomy. The study suggests that the main specific mechanism behind the effects were the activation of personal dilemmas and dissonances that the doctors attempted to manage and reduce.

The empirical material is based on four different studies consisting of: official documents and Government reports relating to the reform; historical data about Swedish State control in relation to physicians' professional autonomy in Sweden and the development and introduction of prescription drugs as a part of the Swedish welfare system; interviews with about 40 General Practitioners and members of expert county council committees; participant observation of the daily work of 20 General Practitioners (doctor-patient consultations, internal meetings, educational seminars arranged by the pharmaceutical industry and the county council committees); and statistics of prescription drugs costs and standard DDD (defined daily dose) for treating depression and heart-burn, before, during and after the introduction of standards in one county council.