



Fagfelleurdert vitenskapelig artikkel

Valfrihet inom social- och hälsovården: Myndigheters syn på valfrihetens inverkan i Finland och Sverige ur olika strategiska synvinklar

Mats Brandt*

Sammendrag

Artikeln bygger på en undersökning om hurdan valfriheten är inom social- och hälsovården. Den handlar också om vilka effekter införandet av valfrihet har på myndigheter ur olika strategiska synvinklar. Undersökningen baserar sig på en webbenkät som riktades till ledande tjänstemän som ansvarar för social- och hälsovården vid olika myndigheter i Finland och Sverige. I fokus är valfrihetssystem enligt pengar följer kunden-modeller. Resultaten visar att de ledande tjänstemännens syn på valfriheten ger stöd för hypoteserna att valfriheten stärker servicebrukarens självbestämmande, höjer på kvaliteten och är neutral vad gäller kostnadsutvecklingen. Resultaten pekar också på att valfriheten leder till långsiktiga konsekvenser som behöver beaktas i myndigheternas strategier, bland annat med avseende på skiften i organisationens perspektiv samt dess förhållande till marknaden och till en ökad variation i tjänsteutbudet.

Nyckelord: Valfrihet, kundval, pengar följer kunden-modell, social- och hälsovård

Inledning

I den här artikeln behandlas resultaten från en undersökning om myndigheternas syn på valfriheten inom social- och hälsovården i Sverige och i Finland. Undersökningen

*Epost: brandtmats@hotmail.com

Mats Brandt är doktor i förvaltningsvetenskap, stadsdirektör i Nykarleby stad i Finland. Artikeln baseras på artikelförfattarens doktorsavhandling vid Vasa universitet 2019. Avhandlingen finns i pdf-format på adressen: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-859-7>

Valfrihet inom social- och hälsovården

genomfördes som en elektronisk webbenkät våren 2017 i en tid då valfriheten var högt på agendan, inte minst i samband med den dåvarande social- och hälsovårdsreformen i Finland. Undersökningen tar således fasta på en utvecklingstrend inom organiseringen av social- och hälsovården. Valfrihetsreformer syftar generellt till att man ger möjligheter åt serviceanvändarna att själva välja serviceutförare. Valfriheten är ägnad att skapa incitament till bland annat kvalitetskonkurrens och till att främja ett ökat självbestämmande hos de som berörs av servicen. Servicebrukarna får själva möjligheten att välja bland alla till buds stående aktörer som kan producera tjänster. Införandet av valfrihet påverkar rimligtvis därför myndigheternas verksamhetsförutsättningar och strategier. I undersökningen ingick två huvudsakliga problemställningar: att undersöka hurdan valfriheten är inom social- och hälsovården och hurdan valfrihetens inverkan är på myndigheternas förfarande sett ur olika strategiska synvinklar. Det empiriska materialet bygger på resultaten från en elektronisk enkät som sändes åt myndigheterna med ansvar för social- och hälsovård. Enkäten adresserades via registratorsfunktionerna vid myndigheterna till de ansvarspersoner som har hand om servicesedlar, lagen om valfrihet eller vårdval. Tjänstemännen är centrala för att förstå förändringen då valfrihet införs i social- och hälsovården: tjänstemännen leder de praktiska verksamheterna och bidrar till strategin med hjälp av processer för gemensam förståelse i dialog med andra nivåer i organisationen.

En viktig ansats med undersökningen var att kunna belysa valfrihetssystemets konsekvenser ur en myndighets synvinkel: hur inverkar införandet av valfrihetssystem på hela produktionssystemet? För att undersöka det här utvecklades en analysram för olika strategiska synvinklar och datamaterialet analyserades för att undersöka olika dominerande drag i valfrihetssystemen.

Undersökningen huvudsakliga konklusion är att den ger stöd för forskningshypoteserna att valfrihetsmodellen stärker servicebrukarens självbestämmande, höjer på kvaliteten och är neutral vad gäller kostnadsutvecklingen. Införandet av valfrihet har långsiktiga konsekvenser som behöver beaktas i myndigheternas strategier: perspektivet skiftar tydligare till serviceanvändarna, marknaden måste beaktas som ett komplement till den egna serviceproduktionen och variationen i serviceutbudet ökar. Det blir också viktigare att beakta serviceanvändarnas behov av information för att kunna välja.

Valfrihetsreformer

Valfrihet uppfattas ofta mångdimensionellt och är också vanligtvis enbart en bland många målsättningar då man reformerar social- och hälsovården. I en jämförelse av vårdsystemen i Danmark, England, Sverige och Nederländerna pekar Vrangbaek et al. (2012) på att det under 1990- och 2000-talen skett en konvergens mellan de olika ländernas syn på mål med

Valfrihet inom social- och hälsovården

valfriheten, att man omfattar valfriheten både som egenvärde för serviceanvändaren och marknadskonkurrensens betydelse. Samtidigt påverkar andra policyfrågor, som till exempel vårdköer, uppfattningen om behovet av reformer. (Vrangbaek et al. 2012, 47–48, 66–67)

I Sverige har debatten om privat produktion av skattefinansierade tjänster ofta haft ideologiska förtecken. Jordahl (2013) beskriver hur välfärdstjänster i privat regi vuxit fram i Sverige sedan 1980-talet. Trots växlingar i regeringsmakten mellan vänster och höger under årens lopp verkar det ändå som att det privata inslaget kommit för att stanna. Utvecklingen har ofta gått från initiativ i enskilda kommuner till att bli nationella reformer så småningom. Borgerliga regeringar tenderar att införa reformerna på nationella planet, medan socialdemokratiska regeringar bromsat, men inte nödvändigtvis backat reformerna. Ekman och Wilkens (2015) menar att lokala politiska förhållanden påverkar: landsting som regerats av centerhöger-majoriteter har i större utsträckning infört valfrihet än vänsterdominerade. (Jordahl 2013, 12–13, 23; Ekman & Wilkens 2015, 4)

På liknande sätt som i andra länder har valfriheten i Sverige varit en del av reformer med mångfacetterade mål. Viktiga målsättningar har varit att stärka primärvården i allmänhet och tillgängligheten till tjänster. Inom primärvården infördes vårdvalet 2010 och det har ökat förekomsten av vårdgivare. Enligt Anell (2015) förväntas inte att kvalitet eller effektivitet hos privata ska avvika systematiskt från offentliga vårdgivare eftersom utförarnas ansvar och incitament, ersättningar, ska vara samma oberoende av vilken instans som är vårdgivare. Det finns bland annat tecken på ökad geografisk ojämlikhet: man ser i praktiken att privata utförare tenderar att etablera sig i tätbefolkade områden. Svanborg-Sjövall (2014) påpekar att det är organiseringen av välfärdstjänsternas utförande som ändrat, men inte omfattningen och finansieringen av välfärdstjänsterna. Liberaliseringen och konkurrensutsättningen har infört betydligt mer marknadselement inom den offentliga sektorn, men välfärdsstatens karaktärsdrag har varit överraskande intakt. Det är gränssnittet mellan det privata och det offentliga som ändrat. (Anell 2015, 4; Svanborg-Sjövall 2014, 182, 185)

Anell (2015) har analyserat konsekvenserna av införandet av vårdvalet inom primärvården i Sverige 2010. Viktiga målsättningar var att stärka primärvården i allmänhet och att förbättra tillgängligheten till tjänsterna och att öka mottagligheten för patienterna. På nationell nivå har antalet vårdgivare inom primärvården ökat med ungefär 20 % sedan reformen infördes. Mixen av privat-offentlig varierar geografiskt och det tenderar att finnas fler privata utförare i urbana regioner än på landsbygden. Resultatet pekar på en ökning i antalet personer som är i kontakt med primärvårdsgivare och läkarkontakter per person. Anell (2015) menar att det inte finns några bevis för att kvaliteten eller effektiviteten hos privata utförare avviker systematiskt från de offentliga. Han förväntar sig inte sådana heller eftersom utförarnas

Valfrihet inom social- och hälsovården

ansvar och incitament, ersättningar, ska vara samma oberoende av vilken instans som är vårdgivare. De flesta nya privata utförare har etablerat sig i tätbefolkade områden. Genom att man på nationell nivå garanterat en etableringsfrihet för utförare betyder det att landstingen har begränsade möjligheter att påverka var de privata vårdgivarna startar upp sina verksamheter. (Anell 2015: 4)

Häger Glenngård (2016) har i sin tur undersökt erfarenheterna av vårdvalsreformen inom primärvården genom att gå igenom undersökningar publicerade 2010–2014. I slutsatserna betonas att även om antalet vårdcentraler ökat är det svårt att säga någonting om hur tillgängligheten fördelar sig mellan olika invånargrupper. Det verkar förekomma kostnadskontroll men effekterna på produktivitet och effektivitet är oklara. Även om det finns information för jämförelser av olika alternativ, verkar det som att individerna gör sina val på basis av faktorer som de kan observera då de är i direkt kontakt med en vårdutförare, eller genom information från anhöriga eller vänner. Allmänna målsättningar som relaterar till jämlikhet, produktivitet och effektivitet i vården är inte heller målsättningar som individen fäster sig vid, utan det är målsättningar som myndigheterna bör säkerställa i förhållande till utförarna. (Häger Glenngård 2016: 78, 82)

Isaksson, Blomqvist och Winblad (2016) fokuserar i sin tur på den geografiska tillgängligheten inom primärvården i Sverige. I samband med att valfrihetssystemet blev obligatoriskt för alla landsting 2010 kunde privata aktörer fritt etablera sig varsomhelst på landstingets område så länge som de uppfyller kriterierna för att producera vårdtjänster. Reformen betydde att de privata vårdcentralernas andel ökade från 30 % före reformen till 43 % efter att den införts. Det finns tydliga tendenser till att etableringarna sker i storstadsområdena, företrädesvis Stockholm, Göteborg och Malmö. Därför undersöker Isaksson, Blomqvist och Winblad (2016) noggrannare etableringsmönstren med avseende på socioekonomiska variabler och jämför områden där vårdcentraler grundades före och efter reformen med varandra. Tendensen är också att vårdcentraler som grundades efter reformen etablerat sig i områden med högre socioekonomisk status. I undersökningen kontrolleras även för en möjlig bias i underliggande skillnader mellan landstingen, med avseende på socioekonomiska variabler, hur landstingen justerar ersättningarna enligt socioekonomiska skillnader, samt graden av nya vårdcentraler som grundats. Det antas att dessa typer av klustereffekter kan uppträda på kommunnivå. Efter att ha kontrollerat för klustereffekterna visar undersökningen att vårdcentraler etablerats i områden som har signifikant färre äldre över 65 år som lever ensamma och i områden med färre ensamförsörjare. Däremot finns det inga signifikanta effekter för de andra variablerna, som utbildning, immigranter, unga barn eller medelinkomst. Till den här delen kan det alltså konstateras en viss negativ inverkan på den geografiska jämlikheten. De negativa effekterna verkar dock inte vara stora enligt undersökningen. I diskussionen av resultaten lyfts frågan

Valfrihet inom social- och hälsovården

varför etableringsmönstren inte är ännu mer framträdande än vad undersökningen ger vid handen. Enligt författarna finns det skäl att anse att landstingen fortsättningsvis, trots etableringsfriheten, kan utöva kontroll och styra var de privata utförarna etablerar sig och vilka kunder de riktar sig till. Det viktigaste verktyget härvidlag är ersättningsmodellerna, som kan motverka de privata utförarnas incitament att välja de friskaste patientgrupperna. En utvärdering och utveckling av ersättningsmodellerna ser författarna som en väg framåt för att i framtiden främja en jämlik geografisk tillgänglighet till vården. (Isaksson, Blomqvist & Winblad 2016: 6–10)

I Finland finns en motsvarande utvecklingstrend, men med en mera begränsad omfattning. Utvecklingen av olika former av valfrihet i Finland har sedan 1990-talet skett stegvis, fastän valfriheten och möjligheten att använda privata utförare inte alls är en ny företeelse. Tynkkynen et al. (2016) har påmint om att man i Finland sedan 1960-talet kunnat få ersättning från sjukförsäkringssystemet för sjukvårdstjänster som man anlitat från privata sektorn, även om ersättningsnivåerna hållits tillbaka och patientens egen andel av kostnaderna numera blir relativt hög. Junnila och Nykänen (2016) menar att valfriheten dock inte varit lika stark som i övriga Europa. En viktig milstolpe var förstärkningen av patienternas rättigheter 1993. Införandet av vårdgarantin i medlet av första årtiondet på 2000-talet betydde att man satte kriterier för tillgänglighet till tjänsterna, samtidigt som man kunnat konstatera att den varierar stort inom landet och är svår att leva upp till. Inom socialvården infördes valfriheten genom servicesedlar 2010. Servicesedlarnas introduktion beskrivs i Tuorila (2015). Enligt lagstiftningen kan kommunen själv besluta om hur kommunen organiserar och producerar tjänsterna som ges. Servicesedelsystemet är en del av de möjligheter kommunerna har till sitt förfogande för att organisera serviceproduktionen. Då kommunen tillämpar systemet med servicesedlar ska kommunen godkänna de privata serviceproducenter som servicebrukaren kan använda kommunens servicesedlar till för att betala för tjänsterna. Servicesedelns pris ska vara skälig för klienten, bland annat beaktande kostnaderna som kommunen har för motsvarande tjänster. Inom offentliga hälsovården fick man valfrihet mellan offentliga producenter med en reform av hälsovårdslagen 2011. Tuorila (2015) har pekat på att valfrihetsmekanismernas utveckling drivs på av utvecklingen inom den Europeiska unionen, genom att medborgarna söker vårdtjänster över landsgränserna och det uppstått behov av ett gemensamt patientdirektiv. (Tynkkynen et al. 2016, 2–3, 5–6; Junnila & Nykänen 2016, 59–60; Tuorila 2015, 16–17, 19–21, 35)

Karsio och Van Aerschot (2017) har undersökt ledande tjänstemäns syn på servicesedlar inom äldretjänsterna i Finland. Ur undersökningen framgår att ledande tjänstemän har en betydande roll för att definiera vilka som får servicesedlar och på vilka villkor. Servicesedeln medför ett verktyg att styra klienter till privata aktörer och på så sätt hålla kontroll på

Valfrihet inom social- och hälsovården

användarmängderna inom den offentliga serviceproduktionen. Det kunde även konstateras att synen på hur marknaderna fungerade varierade: å ena sidan upplevdes servicemarknaderna som fungerande och ett bra sätt att hantera servicebehoven, å andra sidan var privata utbudet så begränsat, speciellt på glesbygden, att fungerande marknader inte sågs som ett alternativ. Tjänstemännens roll accentueras i samband med att klienten är i sämre kondition, till exempel om den lider av minnessjukdom. (Karsio & Van Aerschot 2017, 174–175)

Det är med dessa utvecklingstrender som fond som undersökningen har genomförts för att beskriva hurdan valfriheten inom social- och hälsovården är beskaffad samt att beskriva vilken inverkan införandet av valfriheten haft på myndigheter i Sverige och Finland.

Modell, metod och forskningsdata

Avsikten med undersökningen var att studera effekterna av att det införs valfrihet mellan offentliga och privata producenter med *en pengar följer kunden*-modell. Undersökningen riktades till de myndigheter, kommuner/samkommuner i Finland och kommuner/landsting i Sverige, som har ansvar för att ordna social- och hälsovården. Som forskningsobjekt är det valfrihetsmodellen enligt vårdval eller lagen om valfrihet i Sverige samt servicesedlar i Finland som undersökningen fokuserar på. De här valfrihetsmodellerna har liknande centrala dimensioner: vem som beslutar om omfattningen och totalkostnaderna, tjänsternas innehåll och vem som är serviceproducent. Exempelvis modellen med personliga budgeter, där serviceanvändaren också kan besluta om tjänsternas innehåll, är enligt Kuusinen-James (2012) på en högre nivå av valfrihet än servicesedlar och valfrihet enligt peng-följer kunden modell. (Kuusinen-James 2012: 39)

Tabell 1. Social- och hälsovårdens organisering och valfrihetssystem i Finland och Sverige (Brandt 2019, 52)

	Finland	Sverige
Myndigheter ansvariga för social- och hälsovården	Kommuner, samkommuner (samarbetsområden, sjukvårdsdistrikt)	Kommuner, landsting
Valfrihetssystem som inbegriper privata utförare	Servicesedlar	LOV, vårdval

Besluten om tjänsternas innehåll och besluten om omfattning och totalkostnader fattas hos myndigheten. Ur de här perspektiven är servicesedlarna i Finland och valfriheten i Sverige jämförbara. Det finns naturligtvis också skillnader, där omfattningen på valfriheten är den

Valfrihet inom social- och hälsovården

mest uppenbara. Det obligatoriska vårdvalet i Sverige omfattar alla landsting och både kommuner och landsting kan även använda sig av det frivilliga LOV-systemet. I Finland är servicesedelsystemet frivilligt för kommunerna.

I formuleringen av modellen som står till grund för undersökningen om valfriheten tas utgångspunkterna främst hos Le Grand (2007), som menar att en kombination av valfrihet och konkurrens kan ge de rätta incitamenten för att producenter ska ge en service av hög kvalitet, på ett sätt som respekterar användarna och produceras på ett effektivt och jämlikt sätt. Modellen kräver inte minst konkurrens, det vill säga att det finns utförare som är intresserade av att utföra en tjänst. Möjligheten för serviceanvändaren att välja ger incitament åt producenterna att erbjuda en högkvalitativ service, effektivt och på ett för serviceanvändaren lyhört sätt. (Le Grand 2007, 38–40, 41–42, 61)

Möjligheter till valfrihet motiveras att producenterna ska vara lyhörda och mottagliga för serviceanvändarnas behov och önskemål. Genom möjligheten att välja en leverantör kan kunden påverka producenten, i det långa loppet även genom att välja en annan leverantör eller genom att på olika sätt uttrycka sitt missnöje. I det här sammanhanget accentueras betydelsen av att serviceanvändarnas röst ska höras och deras autonomi respekteras. Det kan till och med anses vara myndigheternas skyldighet att ordna det så att autonomi kan förverkligas. (Le Grand 2007, 10; Hirschman 1970, 3–4; Weale 1983, 42)

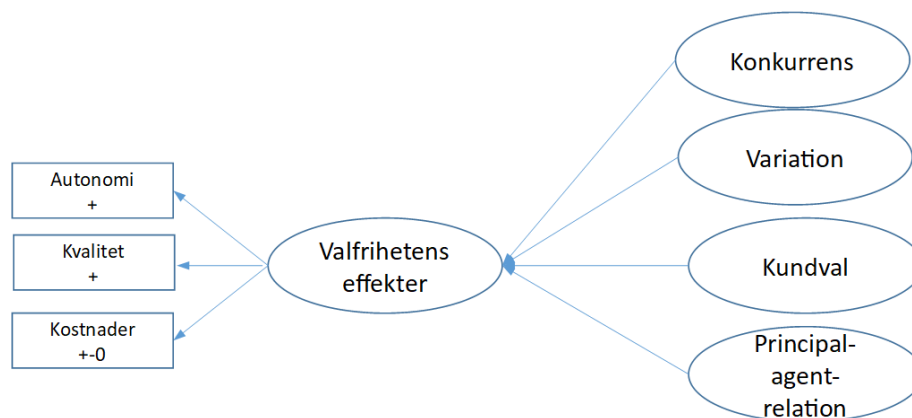
Erfarenheterna pekar på att modellen, för att den ska fungera, kräver att konkurrensen vara verklig, användaren som väljer måste vara väl informerad, samt att så kallad gräddskumning måste undvikas. Det betyder bland annat att det måste finnas alternativ som serviceanvändaren kan välja mellan, att det måste vara möjligt för serviceutförare att etablera sig och lämna marknaderna, samt att antikonnkurrensbeteende bör regleras så att ingen kan höja priser eller sänka kvaliteten otillbörligt. (Le Grand 2007, 105–117)

I praktiken är valet av vårdgivare och serviceproducent inte en rätlinjig process. Hur patienterna använder sig av information om valmöjligheterna varierar och vikten man fäster vid olika sorts information varierar mellan patientgrupper, enligt Victoor et al (2012). Det finns, menar Groenewoud et al. (2015), därför ett behov att utveckla kvalitetsinformationen, den behöver skräddarsys och vara inriktad på särskilda patientsegment. Erfarenheterna från bland annat Sverige pekar på att serviceanvändare främst använder sig vid vårdpersonalens kompetens, bemötande och tillgänglighet, visar Winblad och Andersson (2011). Moberg et al. (2016) har konstaterat att informationen var dålig och bristfällig enligt många kvalitetsmätare i tio undersökta svenska kommuner. En förutsättning för informerade val, enligt undersökningen, är att brukarna har tillgång till information om kvaliteten som är relevant både för brukarna själva och för vårdpersonalen. (Victoor et al. 2012, 9–12; Winblad

Valfrihet inom social- och hälsovården

& Andersson 2011, 65; Moberg, Blomqvist & Winblad 2016, 291)

Följande valfrihetsmodell definierades således utgående från litteratur om valfriheten inom social- och hälsovården. Valfrihetsmodellen beskrivs i figur 1 med hjälp av följande: som oberoende variabler fungerar *Konkurrens* (i termer av intensitet i graden av konkurrens) och *Variation* (i termer av serviceutbud), *Kundval* (som berör bland annat serviceanvändarens förutsättningar att välja) och *Principal-agentrelationen* (som berör principalens kontroll och övervakning av utföraren, agenten). Som beroende variabel anges i modellen *Valfrihetens effekter*, som i sin tur indelats i *Autonomi* (där valfrihetsmodellen förväntas ha en positiv inverkan på serviceanvändarens autonomi), *Kvalitet* (där valfrihetsmodellen förväntas ha en positiv inverkan på servicens kvalitet) och *Kostnader* (där valfrihetsmodellen egentligen inte har någon tydlig prediktion annat än att man förväntar sig att modellen fungerar effektivt).



Figur 1. Valfrihetsmodell (Brandt 2019, 143)

Enkätmaterialen omfattade sammanlagt 51 olika påståenden som respondenterna kunde kommentera huvudsakligen med hjälp av en Likert-skala 1–5. Av de 51 påståendena användes 22 för att skapa nya variabler till valfrihetsmodellen ovan. Variablerna valdes ut med hänvisning till forskningslitteraturen om valfrihetsmodeller. Med hjälp av statistiska test (Cronbachs alfa, som användes för att identifiera internt konsistenta påståenden) konstruerades de nya variablerna, "medelvärdesvariabler", som användes i en regressionsanalys av valfrihetsmodellen. (Brandt 2019, 95–97, 141–143)

Forskningsdatat till undersökningen kommer från en elektronisk enkätundersökning som våren 2017 sändes till myndigheter med ansvar för social- och hälsovården: myndigheter som använder servicesedel i Finland (120 stycken), LOV-kommuner (162) och alla landsting (20) i Sverige. Inkomna svar utgjorde 178. Respondenterna var ledande tjänstemän med ansvar för frågor om valfriheten och som fick ta ställning till påståenden med anknytning till valfriheten.

Valfrihet inom social- och hälsovården

Att enkäten sändes till ledande tjänstemän finns det flera argument för. Ur den intervjubaserade undersökningen som Karsio och Van Aerschot (2017) rapporterar från framgår att ledande tjänstemän har en betydande roll för att definiera vilka som får servicesedlar och på vilka villkor. I kommunsektorn fungerar det så att fullmäktige är den högsta beslutande instansen, som främst beslutar om centrala mål och budget, styrelsen leder och kontrollerar organisationens verksamhet på ett övergripande plan.

Tjänstemännens roll, inklusive kommundirektörens, accentueras i beredningen av strategin och strategiskt beslutsfattande. Einola och Kohtamäki (2016) analyserar strategiarbetet i en kommunorganisation och fokuserar på betydelsen av delaktighet för att utveckla strategier i en organisation. En gemensam strategisk förståelse byggs på individ- och organisationsnivå genom dialog och kontinuerlig diskussion. Organisationens ledning leder verksamheten och strategi med hjälp av processer för gemensam förståelse och i dialog med andra nivåer i organisationen. Tjänstemannaledningen kan anses central för att förstå den förändring som valfriheten medför, de leder de praktiska verksamheterna och bidrar till strategin med hjälp av processer för gemensam förståelse i dialog med andra nivåer i en organisation. Det blir då även intressant att undersöka hur mellanchefer utför sina roller i vardagen.

Mellanchefsnivån får en nyckelroll som utvecklare, mottagare och användare av kunskap. (Karsio & Van Aerschot 2017: 174–175; Rannisto 2005: 186–190; Einola & Kohtamäki 2016: 189–190; 192; 200; Rouleau, Balogun & Floyd 2015, 600)

Undersökningen inleddes som en totalundersökning av tre målgrupper. Målgrupperna var följande:

1. Alla kommuner och samarbetsområden i Finland som använder servicesedlar. Antalet servicesedelkommuner och -samarbetsområden i Finland är N=123: enligt uppgifter från Finlands kommunförbund i augusti 2015 är servicesedlar i bruk i drygt 97 kommuner och 26 samarbetsområden. På grund av fusioner och omorganiseringar har några myndigheter fallit bort sedan förteckningen gjordes och det reviderade antalet blev därför 120.
2. Alla kommuner i Sverige, där det finns kommuner som infört valfrihet på frivillig basis enligt LOV: det handlar om ca 162 kommuner av 290 som per april 2017 har infört valfrihet på frivillig basis enligt lagen om valfrihet och det finns en precis förteckning över dessa som är tillgänglig över nätet.
3. Landsting i Sverige (N=20): i Sverige råder obligatorisk valfrihet inom primärhälsovård (N=alla), medan man har frivillig valfrihet inom andra sjukvårdsområden. Den här gruppen är ganska liten och det kan orsaka problem med statistiska analyser om grupperna ska jämföras.

Valfrihet inom social- och hälsovården

Enkät svar erhöles från totalt 218. Bland de 178 ja-svaren fördelar sig respondenterna över bakgrundsorganisation och ställning i organisationen enligt tabell 2. Från respondenter i Finland erhöles sammanlagt 78 svar och från Sverige 100. Den största gruppen respondenter är tjänstemän på mellannivå. Svarinsamlingen utfördes anonymt och man kunde låta flera svara inom samma organisation. Det är därför svårt att ange en svarsprocent i förhållande till populationen. Med 178 respondenter i förhållande till totala populationen om drygt 300 kan svarsfrekvensen ändå bedömas vara god.

Tabell 2. Respondenter fördelade över organisation och ställning (Brandt 2019, 88)

Respondentens organisation	Antal respondenter		Position i organisationen				
	Totalt	Har valfrihet	Kommun-chef	Chef socialvårdset	Chef hälsovård	Annann	Totalt
Kommuner Finland	68	61	2	16	12	31	61
Samkommuner Finland	20	17		7	2	8	17
Kommuner Sverige	112	82		32	5	45	82
Landsting Sverige	18	18			6	12	18
Sammanlagt	218	178	2	55	25	96	178

För respondenterna som meddelat att de har valfriheten i bruk är befolkningsunderlaget i medeltal följande: de finländska kommunerna 74851, de finländska samkommunerna 170400, de svenska kommunerna 53681 och de svenska landstingen 479411. För de finländska respondenterna är både medeltalet och medianen för befolkningsunderlaget vid en första anblick mycket stor. Det är svårt att hitta direkt jämförbar statistik för anordnarnas befolkningsunderlag. Sedan 2009 är anordnaransvaret för social- och hälsovården huvudsakligen i antingen kommuner eller samarbetsområden med ett befolkningsunderlag på minst 20 000 invånare. Redan av den orsaken är befolkningsunderlaget för anordnare av social- och hälsovården i medeltal större än vad kommunstrukturen i sig medför. Det är också troligt att det är anordnarna med större befolkningsunderlag än medeltalet som tillämpar servicesedlar eftersom tjänstemarknaden troligen kräver en viss omfattning eller

kritisk massa.

Valfrihetsmodellens effekter

Undersökningens resultat pekar på att valfrihetsmodellen får ett tydligt stöd hos respondenterna vid de myndigheter som ansvarar för social- och hälsovården. Svaren ger stöd för att man ur myndigheternas synvinkel förväntar att serviceanvändarens autonomi och självbestämmande, servicens kvalitet och även till viss del kostnadsutvecklingen främjas av valfrihetens införande.

Tabell 3. Variabler som ingår i Valfrihetens effekter (Brandt 2019, 98)

Sammanfattande resultat	Respondenter (i %) som anser att de är delvis eller helt och hållet av samma åsikt
Valfrihetens dimensioner	
Valfrihetens effekter	86,5 % anser att valfriheten gör att servicebrukarens självbestämmande ökar 75,8 % anser att servicebrukarens ställning stärkts 60,7 % anser att valfriheten gör att kvaliteten höjts 55,6 % anser att kvaliteten på den egna verksamheten höjts 52,8 % anser att kvaliteten på verksamheten i privat regi höjts 42,7 % anser att valfriheten gör att kostnaderna pressas

För alla påståenden, utom ett, pekar majoriteten av respondenterna på att de delvis eller helt och hållet är av samma åsikt: det gäller påståendena om att servicebrukarens självbestämmande ökar och att dennes ställning stärkts, att kvaliteten höjs på den egna och även på verksamheten i privat regi. För påståendet att kostnaderna pressats är det 42,7 % av respondenterna som delvis eller helt och hållet är av samma åsikt om påståendet.

Med hjälp av Kruskal-Wallis icke-parametriska test undersöktes skillnader mellan grupper av respondenter. Vad gäller variablerna som ingår i *Valfrihetens effekter* upptäcktes inte några signifikanta skillnader mellan grupperna. Synen på valfrihetens effekter är således samstämmig i bägge länder och de olika bakgrundsorganisationerna. En noggrannare undersökning visar dock att det finns skillnader mellan bakgrundsorganisationer hos de andra enskilda påståendena, de som ligger till grund för de oberoende variablerna i valfrihetsmodellen. Generellt sett ger respondenterna i Finland ett högre stöd åt påståendena att variationen i tjänsteutbudet ökat och att det blivit svårare att planera, kontrollera och följa upp än vad respondenterna i Sverige gör. I Sverige ger respondenterna högre stöd åt påståendena att brukarna har tillräckligt med information och har lätt för att välja.

Valfrihet inom social- och hälsovården

Statistisk mått för de nyskapade variablerna rapporteras i tabell 4 nedan.

Tabell 4. Statistiska mått för medelvärdesvariablerna (Brandt 2019, 144)

	N	Medeltal	Standard- avvikelse	Varians
Valfrihetens effekter	178	3,7172	,62306	,388
Marknad	178	3,2219	,61313	,376
Konkurrens	178	3,0000	,92821	,862
Variation	178	3,3329	,74680	,558
Kundval	178	3,3333	,89077	,793
Principalagent	178	3,1388	,85316	,728

Regressionsanalysen visar att beroende variabeln *Valfrihetens effekter* (som mäter självbestämmande, kvalitet och kostnadsutveckling) prediceras av de oberoende variablerna *Variation*, *Kundval* och *Principal-agentrelationen*, medan variabeln *Konkurrens* inte blir statistiskt signifikant. Modellen förklarade 36,7 % (Adjusted R²=,367) av Valfrihetens effekter: F (4,173)=26,620, p<.,000.

Tabell 5. Valfrihetsmodellen (Brandt 2019, 145)

	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients	T	Sig.	Collinearity statistics	
	B	Std. error	Beta	T	Sig.	Tolerance	VIF
1 Konstant	2,240	0,362		6,184	0,000		
Konkurrens	0,052	0,041	0,078	1,279	0,203	0,968	1,033
Variation	0,359	0,051	0,431	7,055	0,000	0,960	1,042
Kundval	0,165	0,051	0,236	3,219	0,002	0,668	1,498
Principal-agent	-0,136	0,054	-0,186	-2,530	0,012	0,661	1,514
R ²	0,381						
Adjusted R ²	0,367						
F	26,620				0,000		
Std. error of the estimate	0,49584						

Beroende variabel: Valfrihetens effekter

Valfrihet inom social- och hälsovården

Resultaten från regressionsanalysen pekar på att det är i synnerhet variabeln *Variation*, variationen i tjänsteutbudet, som bidrar positivt till effekten av valfriheten. Koefficienten för variabeln *Konkurrens* är inte signifikant i regressionsanalysen. Då man tolkar betydelsen av kvalitetskonkurrens i modellen verkar det således som att det är den uppstådda variationen i serviceutbudet som är viktig och att det inte i samma utsträckning är betydelsefullt för valfrihetsmodellen hur intensiv konkurrensen är. Förutsättningarna att välja är enligt modellen centrala och koefficienten för variabeln *Kundval* är även signifikant i regressionsanalysen. Att principal-agentrelationen är betydelsefull märks också av resultaten. Vid införandet av valfrihet och med den flerproducentmiljö som uppstår behövs mer kontroll och övervakning: svårigheterna att planera och genomföra kontroll och övervakning ökar med valfrihetsmodellen. Den här variabeln kan också tolkas omvänt, så att om svårigheterna att kontrollera och övervaka går att minska, finns det en potential att öka på nyttan av valfriheten. I samband med regressionsanalysen användes även dummyvariabler för att kontrollera för nationell kontext och bakgrund, kommun/samkommun i Finland eller kommun/landsting i Sverige, men dummyvariablernas koefficienter blev inte signifikanta, det vill säga anses inte ha någon inverkan på beroende variabeln.

Dominanta drag i valfrihetssystemen

För att undersöka valfrihetens inverkan på myndigheterna ur olika strategiska synvinklar användes en analysram som utvecklades ur strategilitteratur i Mintzberg (1994) och Mintzberg, Ahlstrand och Lampel (2009). Variablerna som ingick i enkäten ordnades för att motsvara olika synvinklar på strategi: *perspektiv*, organisationens sätt att göra saker på eller övergripande vision; *planmässighet*, plan för att nå ett visst mål; *mönster*, följdriktighet i beteende över tid; organisationens *position* med exempelvis särskilda produkter på en marknad; samt *trumf*, i betydelsen ploj, knep eller en särskild manöver för att övertrumfa en konkurrent. (Mintzberg 1994, 5–29; Mintzberg, Ahlstrand & Lampel 2009, 9–16)

Analysramen användes också för att undersöka en indelning av respondenterna i kluster. En statistisk klusteranalys utfördes därför på enkätmaterialens data för de övriga variabler än de som ingick i valfrihetsmodellen. Avsikten var att dela in respondenterna i nya grupper för att identifiera andra möjliga underliggande särdrag än indelningen i bakgrundsorganisationer i Sverige och Finland. Klustrens mervärde i analysen visar sig främst då man studerar enskilda frågeställningar. I regressionsanalyserna blir dummyvariabeln för kluster inte signifikant, men då man analyserar statistiskt signifikanta skillnader mellan klustren för enskilda påståenden finns det statistiskt signifikanta skillnader och på basis av dessa mönster som går att analysera.

Valfrihet inom social- och hälsovården

Tabell 6. Klusteranalysens resultat, medeltal för poängsättning enligt Likert-skalan 1 (helt av annan åsikt) och 5 (helt av samma åsikt) (Brandt 2019, 153)

Variabel	Kluster		
	1	2	3
Myndigheterna behöver mer möjligheter att övervaka privata utförare	4,24	2,59	2,77
Det har blivit svårare att upprätthålla en enhetlig vårdkedja mellan olika aktörer som erbjuder olika tjänster	4,11	2,57	2,92
Medborgarna behöver mer möjligheter att övervaka privata utförare	4,03	2,81	2,81
Förekomsten av en marknad med privata utförare är ett betydelsefullt komplement till den egna serviceproduktionen	3,99	4,57	4,15
Kontroll- och uppföljningssystemen som krävs för att kontrollera de privata utförarnas verksamheter är mer tungrodda än systemen för den egna verksamheten	3,99	2,63	2,49
Det är svårt för myndigheten att kontrollera kvaliteten i servicen som de privata utförarna ger åt servicebrukaren	3,8	2,15	2,85
Det har blivit svårare att planera servicestrukturen som helhet	3,79	2,46	2,79
Variationen av olika tjänster har ökat	3,65	4,35	2,43
Konkurrensen de privata utförarna emellan är intensiv	3,62	2,98	2,81
De privata utförarna borde regleras hårdare	3,62	2,2	2,45
Privata utförare har specialiserat sig inom servicenischer där de offentliga tjänsteproducenterna inte har kunnat leverera	3,2	3,63	2,32
Konkurrensen mellan de privata utförarna och verksamheten i offentlig regi är intensiv	2,99	2,63	2,77
Det är lätt för servicebrukaren att byta och välja en annan serviceleverantör	2,97	4,04	4,21
Servicebrukaren har tillräckligt med information för att göra ett val	2,56	3,93	3,49
Det ökade utbudet genom valfriheten har möjliggjort att våra egna verksamheter kunnat specialisera sig på ett sätt som man annars inte kunnat göra	2,55	3,11	1,98
Servicebrukaren har lätt för att välja serviceleverantör	2,54	3,72	3,17

På basis av klusteranalysens resultat i tabell 6 identifieras följande tre kluster:

1. ett riskkluster (n=71) med en utmanande flerproducentmiljö som ställer krav på strategier för kontroll och uppföljning;

Valfrihet inom social- och hälsovården

2. ett variationskluster (n=54) där det uppstått ett kompletterande och varierande utbud; samt
3. ett lågprofilkluster (n=53) där valfriheten spelar en begränsad roll.

I kluster 1 ges höga värden åt påståenden om att det behövs mer övervakning och att det blivit svårare att upprätthålla en enhetlig servicekedja. I kluster 2 rapporteras medeltalsvärden som bland annat tyder på att förekomsten av en marknad med privata utförare är ett betydelsefullt komplement till den egna serviceproduktionen och att variationen av tjänster har ökat. I kluster 3 ges höga poäng åt lättheten att byta serviceleverantör och att förekomsten av en marknad är ett betydelsefullt komplement. Däremot ges i det klustret inte mycket understöd för ökad variation i serviceutbudet eller möjligheter att specialisera sig. För att tolka klustren användes analysramen för olika strategiska synvinklar. I tabell 7 nedan rapporteras vilka kluster som ger höga poäng åt variablerna och de ordnas i tabellen enligt hur de relaterar till analysramen för de strategiska synvinklarna.

Valfrihet inom social- och hälsovården

Tabell 7. Tolkning av klustren i förhållande till analysramen för olika strategiska synvinklar (Brandt 2019, 154)

Kluster	1	2	3
Strategisk synvinkel			
Perspektiv		Marknaden komplement till egna verksamheten	
Planmässighet	Svårare att planera helheten	Servicebrukaren har tillräckligt med information, lätt att välja och byta	Lätt för servicebrukaren att byta
Mönster	Svårare att kontrollera, övervaka privata utförare och upprätthålla en enhetlig vårdkedja	Variationen av tjänster har ökat	Låga poäng för påståenden om variation i utbudet
Position	Intensivare konkurrens		
Trumf		De privata specialiserar sig på nya nischer där offentliga inte verkat	
Sammanfattning	Ett riskkluster: Utmanande flerproducentmiljö som ställer krav på planering, kontroll och uppföljning i strategier	Ett variationskluster: Kompletterande och varierande utbud som möjliggör profileringsstrategier	Lågprofilkluster: ingen betydande roll för valfrihet

I riskklustret, som är det största, blir nyttan av valfriheten generellt lägre än i variationsklustret, medan valfriheten i lågprofilklustret inte pekar på någon entydig effekt. I tabell 8 finns deskriptiv statistik för variablerna i de tre klustren.

Valfrihet inom social- och hälsovården

Tabell 8. Deskriptiv statistik för klustren i valfrihetsmodellens variabler (Brandt 2019, 155)

Kluster		N	Medeltal	Standardavvikelse
Valfrihetens effekter	1	71	3,5399	,57006
	2	54	4,0525	,54544
	3	53	3,6132	,64032
	Total	178	3,7172	,62306
Konkurrens	1	71	3,3028	,82149
	2	54	2,8056	,97331
	3	53	2,7925	,92213
	Total	178	3,0000	,92821
Variation	1	71	3,3451	,71759
	2	54	3,9167	,43977
	3	53	2,7217	,52271
	Total	178	3,3329	,74680
Kundval	1	71	2,6901	,80341
	2	54	3,8951	,61027
	3	53	3,6226	,68885
	Total	178	3,3333	,89077
Principalagent	1	71	3,9396	,45795
	2	54	2,4894	,64881
	3	53	2,7278	,52955
	Total	178	3,1388	,85316

Ur tabellen framgår att det i variationsklustret finns högre medelvärden på poängen för variablerna Valfrihetens effekter, Marknad, Variation och Kundval. I riskklustret är det högre medelvärden på variabeln Principal-agentrelationen. I lågprofilklustret är det märkbart lägre värden på variabeln Variation. Intuitivt kan resultaten tolkas som följdriktiga: i variationsklustret kan valfrihetens element förväntas vara mindre problematiska, medan det i riskklustret finns högre värden på aspekter kring kontroll och uppföljning, som förväntas vara betydelsefulla då valfriheten är mer problematisk. I lågprofilklustret där valfriheten är av mindre betydelse är inte heller variationen särskilt betydelsefull.

Valfrihet inom social- och hälsovården

Studerar man de enskilda påståendena visas ett mönster som pekar på att positiva effekter av valfriheten associeras oftast med variationsklustret och lågprofilsklustret medan påståenden som pekar på negativa konsekvenser eller erfarenheter associeras med riskklustret. Svarsmönstret tyder på att det finns något i verksamhetsmiljön eller hur aktörerna betar sig som gör att valfrihetsmodellen fungerar antingen bättre eller sämre. Ett undantag från det mönstret är påståendena *Vi lär oss utveckla vår egen verksamhet genom att jämföra oss med privata utförare* och att *Vi ändrar i vår egen servicestruktur för att anpassa oss till konkurrensen utifrån*, där respondenterna i både riskklustret och variationsklustret ger högre stöd för påståendena jämfört med lågprofilsklustret. Det kunde istället tyda på att det behöver finnas en viss kritisk massa av valfrihet, för att det ska uppstå den typen av dynamiska effekter som gör att man kan lära sig och utveckla verksamheterna med hjälp av valfrihetsmodellen. Ett lågprofilkluster verkar inte räcka till för att generera lika mycket dynamiska effekter.

Tabell 9. Variabler kring anpassning, lärande och konkurrens (anpassat ur Brandt 2019, 123)

Respondenter (i %) som anser att de är delvis eller helt och hållet av samma åsikt
58,4 % anser att <i>Vi har ändrat våra konkreta arbetssätt i de egna verksamheterna</i>
66,3 % anser att <i>Vi lär oss utveckla vår egen verksamhet genom att jämföra oss med privata utförare</i>
56,7 % anser att <i>Vi ändrar i vår egen servicestruktur för att anpassa oss till konkurrensen utifrån</i>

Bland övriga variabler som ingår i undersökningen kan även lyftas följande påståenden *Vi har ändrat våra konkreta arbetssätt i de egna verksamheterna*, *Vi lär oss utveckla vår egen verksamhet genom att jämföra oss med privata utförare* och *Vi ändrar i vår egen servicestruktur för att anpassa oss till konkurrensen*. De får alla ett relativt starkt understöd hos mer än hälften av respondenterna. Det finns inte några statistiskt signifikanta skillnader mellan svaren från olika bakgrundsorganisationer i Sverige och Finland gällande dessa frågeställningar och ger alltså uttryck för en samstämmig bild. Däremot finns det statistiskt signifikanta skillnader mellan svaren från olika kluster. I variationsklustret ges högre poäng åt påståendet att man kan lära sig utveckla den egna verksamheten, medan det i både riskklustret och variationsklustret ges högre stöd åt påståendet att man ändrar i servicestrukturen för att anpassa sig till konkurrensen utifrån. Resultaten indikerar att det finns möjligheter till benchmarking, lärande och anpassning som ger utrymme för dynamik och förändring i samband med införandet av valfrihet.

Valfrihet inom social- och hälsovården

Genom att undersöka de variabler som får starkt understöd hos respondenterna, det vill säga där mer än hälften av respondenterna är delvis eller helt och hållet av samma åsikt som påståendet, samt där det inte finns några statistiskt signifikanta skillnader mellan bakgrundsorganisationer eller kluster, är strävan att få fram dominerande drag i valfrihetssystemen. I undersökningen ingick totalt 51 påståenden och de sorteras i tabell 10 först enligt de 22 påståenden/variabler som ingått i regressionsanalysens datamaterial och sedan rapporteras de övriga grupperat enligt olika strategiska synvinklar.

Tabell 10. Dominerande drag i valfrihetssystemen (Brandt 2019, 169, 171)

Påstående som får understöd av respondenterna > 50 % i alla grupper och som är delvis eller helt av samma åsikt om påståendet (strategisk synvinkel inom parentes)	
Regressionsanalysens variabler	
Valfrihetens effekter (beroende variabel)	Valfriheten gör att servicebrukarens självbestämmande ökar (<i>Perspektiv</i>) Valfriheten gör att kvaliteten höjts (<i>Perspektiv</i>) Servicebrukarens ställning har stärkts (<i>Perspektiv</i>) Kvaliteten på den egna verksamheten har höjts (<i>Perspektiv</i>) Kvaliteten på verksamhet i privat regi har höjts (<i>Perspektiv</i>)
Konkurrens och variation	Förekomsten av en marknad med privata utförare är ett betydelsefullt komplement till den egna serviceproduktionen (<i>Mönster</i>) Variationen av olika tjänster har ökat (<i>Mönster</i>)
Kundval	Servicebrukaren har tillräckligt med information för att göra ett val (<i>Planmässighet</i>) Det är lätt för servicebrukaren att byta och välja en annan serviceleverantör (<i>Planmässighet</i>)
Principal-agent-relationen	Inga påståenden
Övriga variabler grupperat enligt olika strategiska synvinklar	
Perspektiv	De äldre i befolkningen använder mera tjänster än andra
Planmässighet	Servicebrukaren gör sitt val oftast på rekommendationer från andra än på basis av myndighetens eller serviceleverantörens egen information Vi har ändrat våra konkreta arbetssätt i de egna verksamheterna Vi lär oss utveckla vår egen verksamhet genom att jämföra oss med privata utförare
Mönster	Inga påståenden
Position	Inga påståenden
Trumf	Inga påståenden

Dominerande drag i valfrihetsmodellen, det vill säga de variabler som ingår i regressionsanalysens modell, är påståenden som har att göra med strategiers perspektiv,

Valfrihet inom social- och hälsovården

planmässighet och mönster. För de övriga, kompletterande variablerna återfinns dominerande drag för valfriheten hos de variabler och påståenden som anknyter till strategiers perspektiv och planmässighet. Med valfriheten skiftar strategiernas perspektiv tydligt till målgrupper, som de äldre. Planmässigheten i strategierna understryks i att myndigheten måste beakta hur servicebrukaren gör sina val, samt att valfrihetens flerproducentmiljö innebär att även den offentliga produktionen kan komma att ändras, samt att man får möjligheter till lärande som möjliggör utveckling och innovationer.

Sammanfattning och reflektion

Då man bedömer inverkan av olika reformer, som valfrihetsreformer, är det viktigt att kunna bedöma effekterna på lång sikt, osäkerhetsmomenten med reformerna och vad man kan lära sig av de olika reformprocesserna. Vårdreformer som hittills gjorts i Finland och Sverige kan enligt Vartiainen (2005) och Vartiainen (2008) generellt sägas utgöra exempel på motståndskraftiga problem, men medvetenheten om att detta är fallet anses vara låg. Ett traditionellt tänkesätt dominerar planeringen och genomförandet av reformer och motståndskraftiga problem hanteras ofta som tama problem. De motståndskraftiga problemen uppmärksammas men de tas inte alltid på allvar. (Vakkuri 2012, 181–184; Vartiainen 2005, 175; Vartiainen 2008, 51; Raisio 2009, 491;)

Att inte beakta motståndskraftiga problem riskerar minska genomslagskraften i reformerna. En viktig ansats med undersökningen var därför att bidra till diskussion genom att belysa valfrihetssystemets konsekvenser ur en myndighets synvinkel: hur inverkar införandet av valfrihetssystem på hela produktionssystemet? Undersökningen ger stöd för forskningshypoteserna att valfrihetsmodellen stärker servicebrukarens självbestämmande, höjer på kvaliteten och är neutral vad gäller kostnadsutvecklingen. Bland respondenterna från myndigheterna i Sverige och Finland med ansvar för social- och hälsovården finns det en ganska samstämmig bild av effekterna av valfrihetsmodellen. En variation i serviceutbudet och kundvalsförutsättningar ökar valfrihetens effekter, medan behoven av ökad kontroll och uppföljning minskar dem. Resultaten tyder också på att myndigheterna har en gemensam uppfattning att man genom valfriheten och alternativa serviceproducenter får möjlighet till lärande genom att jämföra den egna organisationen med privata alternativ. Detta pekar på att införandet av valfriheten bidrar till utveckling och innovationer. Jämförbarheten och kvalitetskonkurrensen som uppstår i samband med valmöjligheterna stimulerar hela produktionssystemet till att prestera bättre. I analysen av datamaterialet framgår också resultat som pekar på att valfriheten inte är lätt hanterbar. Särskilt bland respondenterna i riskklustret, de facto klustret med största antalet respondenter, framgår att det handlar om en utmanande flerproducentmiljö som ställer krav på planering, kontroll och uppföljning beaktas i myndigheternas strategier.

Tabell 11. Behov att beakta i myndigheternas strategier (Brandt 2019, 181)

Behov att beakta i myndigheternas strategi	Inverkan av att valfriheten införs utgående från huvudsakliga resultaten i undersökningen
Långsiktiga konsekvenser	Valfrihetsmodellen främjar självbestämmande, autonomi för kunden och samt kvalitet i tjänsterna Strategins <i>perspektiv</i> skiftar till serviceanvändarna och särskilda kundgrupper, äldre eller multistjuka. Perspektiv skiftar också genom att marknaden som uppstår blir ett viktigt komplement till den egna serviceproduktionen <i>Mönstret</i> i serviceproduktionen ändrar genom att variationen av tjänster kommer att öka Viktigt att i <i>planeringen</i> beakta och underlätta serviceanvändarens val med information om servicealternativ
Osäkerhetsmoment	Det kan uppstå olika typer av kluster där marknads aktörer betar sig olika: mer utmanande marknader kräver hårdare kontroll och uppföljning Konkurrensen som uppstår får konsekvenser som är svårbedömbara på förhand men som påverkar servicestrukturen
Hur myndigheten kan lära sig av valfrihetssystemen	Flerproducentmodellen möjliggör benchmarking och lärande, vilket i sin tur möjliggör utveckling, effektivisering och potential för innovationer

Med införandet av valfriheten sker det en del långsiktiga konsekvenser som behöver beaktas i myndigheternas strategi: perspektivet skiftar tydligare till målgruppen, serviceanvändarna, och myndigheterna blir tvungna att beakta att marknaden blir ett viktigt komplement till den egna serviceproduktionen. Mönstret i serviceproduktionen kommer att ändra, speciellt eftersom variationen i utbudet ökar. Det blir också allt viktigare att beakta och underlätta serviceanvändarens val med information om servicealternativen.

Resultaten pekar även på att införandet av valfriheten medför en hel del osäkerhetsmoment som myndigheterna hamnar att förhålla sig till. Att ta i bruk en valfrihetsmodell och att genomföra den framgångsrikt kräver synbarligen anpassning till förändring hos de ansvariga myndigheterna. Särskilt i de utmanande flerproducentmiljöerna, riskklustren, ökar behoven att i myndigheternas strategier ta i betraktande hur man hanterar och främjar ökad variation i serviceutbudet, stöder brukarnas förutsättningar att göra val, samt tryggar den egna myndighetens förutsättningar till styrning, kontroll, koordinering och uppföljning av serviceproduktionen.

Källor

- Anell, Anders (2015). *The Public–Private Pendulum — Patient Choice and Equity in Sweden*. The New England Journal of Medicine 372:1–4.
- Brandt, Mats (2019). *Valfrihet inom social- och hälsovården. Myndigheters syn på valfrihetens inverkan i Finland och Sverige ur olika strategiska synvinklar*. Doktorsavhandling. ACTA WASAENSIA 421. Vaasan yliopisto. Vaasa.
- Einola, Suvi & Marko Kohtamäki (2016). Sosiomateriaalisten käytäntöjen rooli kuntaorganisaation strategiatyössä. Hallinnon Tutkimus 35 (3), 189–203, 2016. I Einola, Suvi (2018). *The interplay between the sociomaterial, cognitive and paradox views in the field of strategy as practice. “How can we know what we think until we see what we do”*. Doctoral thesis by publication. ACTA WASAENSIA 402. Vaasan yliopisto. Vaasa.
- Ekman, Björn & Jens Wilkens (2015). *A literature review of the regional implementation of the central Swedish government’s health care reforms on choice and privatization*. Health Economics Review (2015) 5:39, <https://doi.org/10.1186/s13561-015-0076-0>
- Groenewoud, Stef, N. Job A. Van Exel, Ana Bobinac, Marc Berg, Robbert Huijsman & Elly A. Stolk (2015). *What Influences Patients’ Decisions When Choosing a Health Care Provider? Measuring Preferences of Patients with Knee Arthrosis, Chronic Depression, or Alzheimer’s Disease, Using Discrete Choice Experiments*. Health Services Research 50:6 (December 2015). 1941–1972.
- Hirschman, Albert O. (1970) *Exit, Voice and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
- Häger Glänngård, Anna (2016). *Experiences of Introducing a Quasi-Market in Swedish Primary Care: Fulfilment of Overall Objectives and Assessment of Provider Activities*. Scandinavian Journal of Public Administration 20(1):71-86.
- Isaksson, David, Paula Blomqvist & Ulrika Winblad (2016). *Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity*. BMC Health Services Research (2016) 16:28. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1259-z>
- Jordahl, Henrik (red.) (2013). *Välfärdstjänster I privat regi: framväxt och drivkrafter*. SNS Förlag. TMG Sthlm. Stockholm.
- Junnila, Maijaliisa, Laura Hietapakka & Anne Whellams (eds.) (2016). *Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 11/2016. Nätpublikation hämtad 17.7.2017 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-681-0>

Valfrihet inom social- och hälsovården

- Junnila, Maijaliisa & Eeva Nykänen (2016). Valinnanvapaus Suomessa: 1990-luvun valtiosuusuudistuksesta Sipilän hallitukseen. I Junnilla, Maijaliisa, Laura Hietapakka & Anne Whellams (eds.) (2016). *Hallintoalmaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 11/2016. Nätpublikation 17.7.2017 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-681-0>
- Karsio, Olli & Lina Van Aerscht (2017). *Vanhuspalvelut ja valinnanvapaus – johtavien viranomaisten näkemyksiä palvelusetelistä*. Gerontologia 31(3): 163–178.
- Kuusinen-James, Kirsi (2012). *Tuoko palveluseteli valinnanvapautta?* Kunnallisan kehittämissäätöön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 68. Sastamala 2012.
- Le Grand, Julian (2007). *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services Through Choice and Competition*. Princeton University Press. Princeton.
- Mintzberg, Henry (1994). *The Rise and Fall of Strategic Planning*. Prentice Hall International (UK) Limited.
- Mintzberg, Henry, Bruce Ahlstrand & Joseph Lampel (2009). *Strategy Safari. The complete guide through the wilds of strategic management*. Second edition. Prentice Hall. Harlow: Pearson.
- Moberg, Linda, Paula Blomqvist & Ulrika Winblad (2016). *User choice in Swedish eldercare – conditions for informed choice and enhanced service quality*. Journal och European Social Policy, Vol. 26 (3): 281–295.
- Raisio, Harri (2009). *Health Care Reform Planners and Wicked Problem. Is the wickedness of the problems taken seriously or is it even noticed at all?* Journal of Health Organization and Management, Vol. 23, No. 5, 477–493.
- Rannisto, Pasi-Heikki (2005). *Kunnan strateginen johtaminen. Tutkimus Sei-nänaapurikuntien strategiaprosessien ominaispiirteistä ja kunnanjohtajista strategisina johtajina*. Sähköinen väitöskirja Acta Electronica Universitatis Tamperensis 427. Tampere. Tampereen yliopisto. Nätpublikation hämtad 3.3.2018 <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-6275-0>
- Rouleau, Linda, Julia Balogun & Steven W. Floyd (2015). Strategy-as-practice research on middle managers' strategy work. I Golsorkhi, Damon, Linda Rouleau, David Seidl & Eero Vaara (eds.) (2015). *Cambridge Handbook of Strategy as Practice*. Second edition. Cambridge University Press. 598–615.
- Svanborg-Sjövall, Karin (2014) *Privatising the Swedish Welfare State*. Economic Affairs, Volume 34, Issue 2, 181–192, June 2014.

Valfrihet inom social- och hälsovården

- Tuorila, Helena (2015). *Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Osa 1: sääntelykehikko kansallisessa ja rajat ylittävissä terveydenhuollossa*. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 3/2015. Kilpailu- ja kuluttajavirasto. Helsinki. Nätpublikation hämtad 22.8.2015: <http://www.kkv.fi/globalassets/kkv-suomi/julkaisut/selvitykset/2015/kkv-selvityksia-3-2015-potilaan-valinnanvapaus-julkisessa-terveydenhuollossa-osa-1.pdf>
- Tynkkynen, Liina-Kaisa, Miisa Chydenius, Anna Saloranta, and Ilmo Keskimäki (2016) *Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far*. Health Policy (2016; in press), <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.015>
- Vakkuri, Jarmo (2012). *Oletko nähnyt kestävyysvajetta kylän raitilla?: tuottavuus ja kuntatalouden kestävyysongelma*. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 40: 3; 181–184.
- Vartiainen, Pirkko (2005). Wicked Health Care Issues: an Analysis of Finnish and Swedish Health Care Reforms. I Savage, Grant T., Jon A. Chilingirian, Michael Powell, Qian Xiao (eds.) (2005). *International Health Care Management*. Oxford. Elsevier. 159–182.
- Vartiainen, Pirkko (2008). *Health Care Management in Finland: An analysis of the wickedness of selected reforms*. Entrepreneur, Winter 2008: 41–55.
- Victoor, Aafke, Diana MJ Delnoij, Roland D Friele & Jany JDJM Rademakers (2012). *Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review*. BMC Health Services Research 2012, 12:272. 1–16.
- Vrangbaek, Karsten, Ruth Robertson, Ulrika Winblad, Hester van de Bovenkamp & Anna Dixon (2012). *Choice policies in Northern European health systems*. Health Economics, Policy and Law, 7: 47–71.
- Weale, Albert (1983). *Political Theory and Social Policy*. Macmillan. London.
- Winblad, Ulrika & Caroline Andersson (2011). *Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling? Patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information*. Rapport. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, 2011-06-27. Nätpublikation hämtad 26.2.2018 <https://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:446915/FULLTEXT01.pdf>