

# **Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar - En intervjustudie med personal i primärvården**

Jan Mårtensson  
Eva Arvidsson  
Kjell Lindström

Per Carlsson  
Linda Frank  
Lars Borgquist

**CMT Rapport 2006:3**

Omslag och layout: Sussanne A. Larsson 2002.  
Tryckeri: LiU-Tryck, Linköpings universitet

LIU CMT RA/0603  
ISSN 0283-1228  
eISSN 1653-7556

**Adress:**

CMT  
Institutionen för hälsa och samhälle  
Linköpings universitet  
581 83 LINKÖPING

**Besöksadress:**

CMT  
Hälsans hus, ing 15, pl 13  
Vid Universitetssjukhuset  
Linköping

**Tel vxl:** 013-22 2000

**Hemsida:** <http://www.cmt.liu.se/>

## FÖRORD

---

Den svenska primärvården med vårdcentraler har utvecklats under en 40-årsperiod. Utvecklingen har delvis varit en anpassning till den alltjämt dominerande specialistvården med anknytning till sjukhusen. I takt med den medicinteknologiska utvecklingen har det också skett en överföring av flera patientgrupper i öppna vårdformer och många av de stora folksjukdomarna utreds och behandlas numera i primärvården. Resurstillskottet till svensk primärvård har i relativa tal varit mindre än det till sjukhusvård under den 40-åriga perioden och det har skapat prioriteringsproblem.

Frågor om hur prioriteringar går till och bör gå till blir alltmer aktuella i primärvården i takt med att man upplever att resurserna inte räcker till. Studier och diskussioner om prioriteringar saknas till stor del och det har inte funnits någon vana att hantera prioriteringssituationer inom primärvården. Inte heller har det funnits stöd eller verktyg för att underlätta prioriteringsarbetet för de som arbetar i primärvården.

Detta projekt om prioriteringar i primärvård vill belysa hur primärvårdspersonal tänker och agerar i prioriteringsfrågor och hur prioriteringsarbetet sker i praktiken vid ett slumpmässigt urval av landets vårdcentraler. Vi anser därför att resultaten är representativa för svensk primärvård.

Projektet utgår från Institutionen för hälsa och samhälle vid Linköpings universitet (Per Carlsson, Eva Arvidsson och Lars Borgquist) i samarbete med Primärvårdens FoU-enhet i Jönköpings läns landsting (Kjell Lindström, Jan Mårtensson och Linda Frank). Arbetet har genomförts med ekonomiskt stöd från forskningsprogrammet Sjukvårdens förändringar, ett samarbete mellan Region Skåne, Västra Götalands Regionen, Landstinget Västmanland, Landstinget i Östergötland, Stockholms läns landsting, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting.

Tack till alla de personer som medverkat vid intervjuerna, övriga personer i projektet samt anslagsgivaren.

Linköping 2006-02-14

Författarna



# INNEHÅLL

---

SAMMANFATTNING .....	1
ABSTRACT .....	4
<b>1. BAKGRUND TILL PROJEKTET RÄTTVISA OCH LEGITIMA PRIORITERINGAR I PRIMÄRVÅRDEN.....</b>	<b>7</b>
1.1 Vad menas med prioritering? .....	7
1.2 Begreppet öppen prioritering.....	8
1.3 Vad har hänt i praktiken? .....	9
1.4 Studie om prioriteringar i primärvården .....	10
1.5 Forskningsfrågor .....	12
<b>2. STUDIENS METOD OCH MATERIAL .....</b>	<b>13</b>
2.1 Urval av intervjupersoner .....	13
2.2 Datainsamling .....	13
2.3 Databearbetning .....	14
2.4 Centrala begrepp.....	15
<b>3. RESULTAT .....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Uppfattningar om prioritering och ransonering.....</b>	<b>16</b>
<i>Resursbrist i verksamheten .....</i>	<i>17</i>
<i>Hantering av resursbrist, prioritering och ransonering.....</i>	<i>17</i>
<i>Hantering av resursbrist genom att öka resurstillgången och     effektivisering .....</i>	<i>18</i>
<i>Vad menas med prioritering?.....</i>	<i>19</i>
<i>Inställningen till prioriteringar.....</i>	<i>20</i>
<i>Vems är ansvaret? .....</i>	<i>21</i>
<i>På vilket sätt sker ransonering?.....</i>	<i>22</i>
<i>Har beslut om ransonering föregåtts av en medveten prioritering? .....</i>	<i>23</i>
<b>3.2 Överensstämmelse mellan personalens åsikter, riktlinjer och prioriteringsprinciperna i hälso- och sjukvårdslagen .....</b>	<b>23</b>
<i>De tre etiska principerna för prioriteringar .....</i>	<i>24</i>
<i>Överensstämmelse mellan etiska principer och egen åsikt.....</i>	<i>24</i>
<i>Principernas betydelse för verksamheten .....</i>	<i>25</i>

<b>3.3 Förekomst av egna riktlinjer.....</b>	<b>25</b>
<i>Finns det egna riktlinjer/skrivna dokument som stöd för prioriteringar? ....</i>	<i>26</i>
<i>Förekomst av riktlinjer för olika yrkesgrupper.....</i>	<i>26</i>
<b>3.4 Förväntningar på primärvården .....</b>	<b>27</b>
<i>Allmänhetens förväntningar.....</i>	<i>27</i>
<i>Skillnader i förväntningar mellan olika åldersgrupper, kön, etnicitet, socialgrupp.....</i>	<i>28</i>
<i>Vad är det för typ av förväntningar som är svåra att tillfredsställa?.....</i>	<i>30</i>
<i>Vård som borde skötas på ett annat sätt.....</i>	<i>31</i>
<i>Patienter som trängs undan .....</i>	<i>32</i>
<b>3.5 Målkonflikter och acceptabla prioriteringar .....</b>	<b>32</b>
<i>Målkonflikter vid prioriteringar.....</i>	<i>33</i>
<i>Vad utmärker acceptabla prioriteringar?.....</i>	<i>34</i>
<b>3.6 Öppna eller dolda prioriteringar.....</b>	<b>34</b>
<i>Förekomst av öppna prioriteringar på vårdcentral eller i landstinget .....</i>	<i>35</i>
<i>Är öppna prioriteringar önskvärt? .....</i>	<i>36</i>
<i>Politikernas roll vid prioritering av hälso- och sjukvård.....</i>	<i>37</i>
<i>Medborgarnas roll .....</i>	<i>38</i>
<b>3.7 Hinder och nödvändiga förändringar för att realisera öppna prioriteringar .....</b>	<b>38</b>
<i>De viktigaste hindren för öppna prioriteringar .....</i>	<i>39</i>
<i>Nödvändiga förändringar för att åstadkomma öppna prioriteringar .....</i>	<i>40</i>
<b>3.8 Rangordning av patientfallen.....</b>	<b>41</b>
<b>4. DISKUSSION .....</b>	<b>43</b>
<i>Vår metod .....</i>	<i>43</i>
<i>Resultatet.....</i>	<i>44</i>
<b>5. SLUTSATSER.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERENSER .....</b>	<b>49</b>
<b>BILAGA 1. INTERVJUGUIDE .....</b>	<b>50</b>
<b>BILAGA 2. BREV TILL VÅRDCENTRALER.....</b>	<b>53</b>

<b>BILAGA 3. FÖRTECKNING ÖVER VÅRDCENTRALER SOM MEDVERKAT I UNDERSÖKNINGEN .....</b>	<b>54</b>
------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

<b>BILAGA 4. SCHEMA ÖVER FRÅGEOMRÅDE, KATEGORIER OCH UNDERKATEGORIER .....</b>	<b>55</b>
------------------------------------------------------------------------------------	-----------





# SAMMANFATTNING

---

Så länge man inte kan tillfredsställa alla behov och önskemål som finns i ett samhälle tvingas man välja och avstå från vissa saker. Den här typen av val och bortval givet de resurser man förfogar över kan ske mer eller mindre medvetet och systematiskt. Detta gäller även i hälso- och sjukvården. Denna rapport redovisar resultatet från en intervjustudie om prioriteringar i primärvård. Studien utgör en del i ett större forskningsprojekt som handlar om rättvisa och legitima prioriteringar i primärvård. Primärvården är särskilt intressant ur prioriteringssynpunkt eftersom en stor del av allmänhetens kontakter med vården sker där och många upplever behov av snabb kontakt. Antalet kontakter och behovet av vård kan variera kraftigt från vecka till vecka, t.ex. vid en influensaepidemi blir antalet kontakter mycket högt. Primärvårdens arbetssätt innebär också att man inte kan styra verksamheten med väntelistor.

Forskningsprojektet är indelat i tre delstudier och där bland annat metoder och former för öppna prioriteringar studerats. Några av de frågeställningar som studeras i projektet är: Vilka principer används för prioritering och ransonering av primärvården? Vilka riktlinjer/skrivna policydokument används? Hur sker prioritering av patienter i praktiken och på vilka grunder? På vilket sätt skiljer sig patienternas värderingar från personalens om vad som är en rättvis prioritering?

Förutom denna studie har personal vid fyra vårdcentraler klassificerat och prioriteringsbedömt samtliga kontakter vid respektive mottagning eller vid telefonkontakter under två arbetsveckor i oktober och november 2004. Vidare har patienterna fyllt i en enkät om sin inställning till öppna prioriteringar, hur de uppfattat kontakten och sitt vårdbehov i förhållande till andra patienter.

Syftet med denna studie är framförallt att undersöka förutsättningarna i primärvården att arbeta med mer öppna och systematiska prioriteringar. Här avses prioriteringar både på en övergripande politisk nivå, kliniknivån och prioriteringar av enskilda patienter. Resultatet bygger på 62 intervjuer med läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster vid 17 slumpmässigt utvalda primärvårdsområden i södra och mellersta Sverige. Samtliga intervjuer genomfördes på respektive vårdcentraler av två personer och spelades in på band. Intervjuerna följde en intervjuguide med öppna och slutna frågor. Avslutningsvis ombads de intervjuade att rangordna tio hypotetiska patientgrupper (sjukdomstillstånd och åtgärd). De ombads också att ange hur svår de tyckte det var att rangordna på detta sätt.

Den inspelade intervjun transkriberades ordagrant. Innehållsanalys har använts för att beskriva innehållet i intervjuerna och dra slutsatser. Texten har bearbetats

i flera steg. Det första steget var att en person med tidigare erfarenhet av denna metodik läste varje intervju ett flertal gånger för att få en övergripande bild av innehållet. Utsagor som framkom och som stämde överens med syftet med studien markerades. Det andra steget i analysen bestod av att placera rubriker till utsagorna och kategorisera dem utifrån sitt innehåll. Kategorierna sammanställdes och omgrupperades därefter under huvudrubriker. För att minska risken för felaktigheter i analysen användes två medbedömare och de tveksamheter som framkom löstes via diskussioner i bedömargruppen.

Resultatet från intervjuerna visar att personalen i primärvården är väl medveten om att prioriteringar och ransonering sker hela tiden i vården men att det i regel sker på ett osystematiskt sätt.

Det är en utbredd uppfattning bland de intervjuade att det saknas resurser inom primärvården. Resursbristen hanteras genom olika former av ransonering såsom tidsransonering (skjuta upp patientbesök/andra arbetsuppgifter), kvalitetsförsämringar (glesa ut återbesök och behandlingar, använda billigare läkemedel, samt minska på antalet utredningar) eller genom att välja bort en viss typ av åtgärd (skriva ut intyg, vissa kontroller, behandling av vårtor, åtgärda kosmetiska besvär och vissa vaccinationer).

Inställningen till prioriteringar skiftar från dem som ser det som något naturligt och nödvändigt men svårt till andra som uppfattar att själva begreppet har en negativ laddning. Svårigheterna att göra prioriteringar kan bero på bristande erfarenhet, bristande riktlinjer, emotionella skäl och organisatoriska hinder.

Uppfattningen om vad som krävs för att en prioritering ska accepteras varierar. Exempel på kriterier är att den ska vara medicinskt motiverad, grundad på korrekt och adekvat information, acceptabel för både patient och personal, grundad på riktlinjer från ledningen och att de mest akuta fallen tas om hand först.

Många anser att prioriteringar är ett gemensamt uppdrag som bör delas mellan politiker och vårdpersonal, men det är politikerna som ska ansvara för den övergripande fördelningen av resurser, dra gränser för primärvårdens åtagande samt vara ett stöd och kommunicera nödvändiga avgränsningar med medborgarna. Andra tycker att prioriteringar endast är personalens ansvar, antingen gemensamt, enskilt eller ett ansvar som varje yrkesgrupp måste ta.

Man anser också att det är bra med etiska principer men kunskapen om den etiska plattformen för prioriteringar, som Riksdagen ställt sig bakom, är mycket begränsad. Kännedom om de fyra s.k. prioriteringsgrupperna, som används som

ett exempel, är vanligare. Lokala riktlinjer eller dokumentation av prioriteringsbeslut är ovanliga.

Personalen upplever konflikter i sin ambition att tillfredsställa de olika krav som finns från patienter, politiker, ledning samt från egna yrkesgruppen. Detta bidrar till att göra prioriteringsarbetet svårt.

Förväntningarna på primärvården från patienterna upplevs stora och styrande för arbetet. Yngre patienter anses ha större krav än äldre. Däremot upplever få skillnader i förväntningar mellan olika kön, socialgrupper och etniska befolkningsgrupper. Ökad efterfrågan och mer krävande patienter bidrar till att primärvården bedriver vård som man anser inte är medicinskt motiverad. Vidare kan det leda till ökad orättvisa genom att mindre krävande och talföra äldre patienter får stå tillbaka.

Det finns önskemål om mer av öppna prioriteringar. Politikerna har en viktig roll att föra en dialog med medborgarna om de begränsade resurserna. Det är också viktigt att etablera en fungerande dialog mellan personalen och politikerna. Några menar att innan man kan föra en meningsfull dialog om prioriteringar måste man i hälso- och sjukvårdsorganisationen bli eniga om vad som är primärvårdens uppdrag.

Att praktiskt rangordna åtgärder för grupper av primärvårdpatienter utifrån korta fallbeskrivningar upplevdes av många som ganska svårt men vi kan ändå konstatera att bedömningarna var relativt samstämmiga bland dem som deltog.

## ABSTRACT

---

As long as you cannot satisfy all needs and wants existing in a society you have to make choices. These types of choices and exclusions, given disposable resources, might be chosen more or less consciously and systematically. These choices also apply in the health care sector. The results in this report are based on an interview study of priority setting in primary health care. This study is part of a larger research project dealing with equity and legitimate priority setting in primary health care. From a priority point of view, primary health care holds a special interest, because a large part of public contact with the health care sector takes place here and many people experience a need for urgent contact. The number of contacts and the need for health care greatly varies from one week to another e.g. during an influenza epidemic the number of contacts may become very high. The work routine of primary health care also implies that you cannot operate on a daily basis by using waiting lists.

This report is the first one from a research project divided into three sub-studies, in which methods and different forms of open priority setting have been studied. A few of the questions studied in the project are: What principles are used for priority setting and rationing in primary health care? What guidelines/written policy documents are being used? How is priority setting used in practice and on what grounds? In what way do the values of patients differ from those of the personnel about what is perceived to be a fair priority?

In addition to this study, the personnel at four health care centres have classified and estimated the need for priority setting of all contacts in each health-care reception area or during telephone calls during two working weeks in October and November in 2004. Further, the patients have filled in a questionnaire about their attitude towards open priority setting, how the patients have perceived the contact and their own need for health care compared with other patients.

The objective of this study was above all to examine the necessary requirements of the primary health care in dealing with more open and systematic prioritizations. In this case we refer to priority setting on a comprehensive political level, a clinical level and priority setting of individual patients. The results were based on 62 interviews with general practitioners, nurses and physiotherapists at 17 randomized primary health care areas in southern and central Sweden. All the interviews were carried out at each health care centre respectively by two people and were tape-recorded. The interviews complied with an interview guide with open and closed questions. The respondents were finally asked to rank ten hypothetical groups of patients (ill-health states and medical treatment). They were also asked to state how difficult they thought it to be when ranking in this way.

The tape-recorded interviews were transcribed word for word. An analysis of the contents was used to describe the content of the interviews and in drawing conclusions. The text was analyzed in several stages. In the first stage, a person with prior experience of this methodology read through each interview several times for an overall view of its contents. Statements corresponding with the objective of the study were marked. The second stage of the analysis consisted of placing statement headings and categorizing them according to their contents. These categories were collected and subsequently regrouped below their main headings. To reduce the risk of misinterpreting the statements in the analysis, two co-examiners were used, and any doubts were solved by being discussed in the examining group.

The results of the interviews show that the personnel in the primary health care units were well aware of the fact that priority setting and health care rationing is carried out all the time, but as a rule this is done in an unsystematic way.

The prevailing opinion among the persons being interviewed was the lack of resources in primary health care. The lack of resources is handled by different forms of rationing e.g. time rationing (postponing patient visits/other work tasks), quality deterioration (sparse re-appointments and treatments, using cheaper pharmaceuticals, cutting down the number of investigations) or by excluding certain types of treatments (issuing certificates, certain check-ups, verrucae treatments, treating cosmetic complications and certain vaccinations).

The attitude towards priority setting differed from those who consider it to be normal and necessary, but difficult, to others who believed that the actual concept itself is negatively charged. Difficulties in making prioritizations might be due to lack of experience, lack of guidelines, emotional reasons and organizational obstacles.

The perception of what is required in making acceptable prioritizations varies. Examples of criteria are that they should be medically justified, based on correct and adequate information, acceptable to both patient and personnel, based on guidelines from the management level and that the most acute cases be primarily be taken care of.

Many people consider priority setting as a mutual task that should be shared between politicians and the health care personnel, but politicians should be responsible for overall resource allocation, setting the limits of the undertakings of primary health care, and also to support and communicate necessary restrictions to the general public. Others consider priority setting as the sole responsibility of the personnel; either as a joint effort, individually or as a responsibility within each occupational group.

Some also consider it a good idea having ethical principles, but the knowledge of the ethical platform for setting priorities, supported by Swedish parliament is very restricted. Knowledge of the four so called priority setting groups used as an example, is more common. Local guidelines or documentation of priority-setting decisions are unusual.

The personnel perceived a conflict in their ambition to satisfy the different demands raised by patients, politicians, management as well as from their own occupational group. This contributes in making priority setting difficult.

Patients' expectations of primary health care were considered large, governing daily activities. Younger patients were considered having larger demands compared to older patients. However, few experience differences in expectations between gender, social and ethnical groups. Increased demand and more demanding patients contribute to the fact that primary health care operates by using non medically warranted treatments. Furthermore, this might lead to increased injustice by the fact that less demanding and less outspoken older patients are being deferred.

The notion of more open priority setting has been put forward. Politicians have an important role in taking part in the public dialogue concerning limited resources. It is also important to establish a working dialogue between health-care personnel and politicians. Some consider that before making a meaningful dialogue with the public about priority setting, there must be an agreement within the health care system concerning the task of the primary health care.

To practically rank medical treatments for primary health care patient groups from short case descriptions, was perceived to be rather difficult, but nevertheless, we can still conclude that the evaluation was relatively unanimous among those taking part in the study.

# 1. BAKGRUND TILL PROJEKTET RÄTTVISA OCH LEGITIMA PRIORITERINGAR I PRIMÄRVÅRDEN

---

Det var i maj 1999 som situationen på Sävar vårdcentral utanför Umeå blev ohållbar. På vårdcentralen rådde ständig personalbrist, vilket ledde till att kroniker och svårt sjuka patienter fick vänta alltför länge på läkarbesök. Då tog personalen hjälp av riksdagens etiska riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården från 1997. Konsekvenserna blev att äldre och svårt sjuka fick företräde. Lägre prioriterade patienter fick istället vänta. En del av dessa framförde sitt missnöje över den försämrade tillgängligheten. ”Vi ser att det är rätt patienter som får vård, vi har mer tid över för de kroniskt sjuka som kom i kläm förut” kommenterar vårdcentralchefen. Detta är ett exempel på där personer i vården på ett konkret sätt tagit prioriteringar till hjälp vid beslut om resursfördelning.

Prioriteringar och ransonering har alltid förekommit i hälso- och sjukvård men har i regel varit dolda. I mitten av 1970-talet när Victor Fuchs gav ut boken ”Who shall live? – Health economics and social choice” väckte frågor om prioritering, ransonering och sociala värderingar stor uppmärksamhet. Så är det inte idag. Med tiden har också uppfattningen att det finns behov av mer *öppna prioriteringar* långsamt vuxit sig starkare hos sjukvårdspolitiker, tjänstemän och sjukvårdspersonal. Även om förståelsen för ökad öppenhet finns så är frågan om hur det ska gå till i stort sett obesvarad. Ett problem i sammanhanget är att politiker, och i viss mån även hälso-och sjukvårdens personal, saknar acceptans att fatta den här typen av beslut. En förklaring kan vara att det bland allmänheten och vårdpersonal finns det stora grupper som fortfarande är oförstående inför de diskussioner som förs om prioriteringar och att viss medveten ransonering av hälso-och sjukvårdsinsatser är både nödvändigt och till och med önskvärdt för att uppnå en rättvis fördelning av sjukvårdens begränsade resurser. Ett annan förklaring till svårigheter att få bred acceptans för öppna prioriteringar är att förtroendet för politiker och de politiskt sammansatta institutionerna är lågt bland medborgarna (Holmberg & Weibull, 2001).

## 1.1 Vad menas med prioritering?

Så länge inte alla behov och önskemål som finns i ett samhälle är tillfredställda tvingas man välja och avstå från vissa saker. Den här typen av val och bortval givet de resurser man förfogar över kan ske mer eller mindre medvetet och systematiskt. Prioriteringar i meningen rangordning av alternativ inom vård och omsorg kan föregå en fördelning av nya resurser eller omfördelning av

existerande resurser mellan sjukdomsgrupper/verksamhetsområden eller ransonering av vård. För att kalla ett beslut en prioritering bör det ha föregåtts av en *medveten rangordning av relevanta alternativ* och på basis av denna rangordning beslutas angående vilka alternativ som skall sättas före respektive vad som kan bli föremål för ransonering d v s senareläggas, åtgärdas till en viss grad eller inte åtgärdas alls.

Att prioritera mellan två eller flera vårdinsatser betyder alltid att vi skapar en rangordning mellan dessa. Den här typen av beslut sker på olika nivåer i sjukvården. På en övergripande nivå, där politikerna är ansvariga för prioriteringarna kan beslutet gälla att tillföra nya resurser och hur de ska fördelas. Det blir då aktuellt att bedöma inom vilka patientgrupper vårdbehoven är minst tillfredsställda och/eller var nya eller ökade vårdinsatser kan göra mest nytta. Rangordningsprocessen kan även medföra en upptäckt att det finns högt rangordnade behov som inte är adekvat tillgodosedda. Förutom på den politiska nivån fattas det en rad kliniska beslut och beslut rörande behandling av enskilda patienter som handlar om fördelning, prioritering och ransonering på olika sätt. I tider av förväntade underskott handlar besluten mest om att bestämma vilka vårdbehov som inte kan åtgärdas optimalt, eller alternativt, inte kan åtgärdas alls. I praktiken kan det innebära längre väntetider, kvalitetsförsämringar, avgifter eller ett nej till offentligt finansierad vård som man då får avstå ifrån eller åtgärda privat. Exempel på tydliga ställningstaganden om vård som ligger utanför det offentliga åtagandet finns inom läkemedelsområdet genom Läkemedelsförmånsnämndens arbete och inom vuxentandvården.

## 1.2 Begreppet öppen prioritering

Av direktiven till prioriteringsutredningen framgår att utredningen skulle ta fram etiska principer för vägledning och ligga till grund för öppna diskussioner om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det framgår också att behovet av öppna och medvetna prioriteringar ökar samt att öppet redovisade grunder för prioriteringar gör det möjligt att kritiskt granska dem (SOU 1995:5). En öppen prioritering kräver att prioriteringsbesluten, grunder och resonemang (inklusive förväntade konsekvenser) är tillgängliga för alla som önskar ta del av dem. Grundtanken med öppna prioriteringar är att öka den demokratiska insynen och underlätta diskussioner såväl inom hälso- och sjukvården som bland intresserade medborgare. Öppenheten skall också kunna främja en dialog mellan olika aktörer beträffande fördelningen av vårdens begränsade resurser.

Utifrån de förslag till etiska principer som prioriteringsutredningen lämnade beslutade Riksdagen 1997 att det är tre principer som skall gälla. *Människovärdesprincipen* och *behovs- och solidaritetsprincipen* utgör tillsammans med



*kostnadseffektivitetsprincipen* den etiska grunden för prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård. Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Innebörden av behovs- och solidaritetsprincipen är att om ransonering måste ske bland effektiva åtgärder, skall mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då blir att andra grupper inte kan få alla sina behov fullt tillgodosedda. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att hälso- och sjukvården vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader i form av insatta resurser av olika slag och effekt, mätt i förbättrad hälsa eller livskvalitet.

### 1.3 Vad har hänt i praktiken?

Efter att hälso- och sjukvården förhållit sig avvaktande till frågan om öppna prioriteringar under flera år efter det att prioriteringsutredningen presenterade sitt slutbetänkande och förändringarna i Hälso-och sjukvårdslagen (HSL) trätt i kraft har under de senaste åren flera initiativ tagits. Bland andra har Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet och PrioriteringsCentrum arbetat med metoder för öppna vertikala prioriteringar. Även de yrkesförbund som organiserar sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster har visat intresse för frågan och arbetat med mindre försök. Hälso- och sjukvårdens huvudmän d.v.s. landsting och kommuner har med några undantag förhållit sig passiva.

Den typ av prioritering *inom specialiteter eller sjukdomsgrupper* som redan pågår i landet brukar kallas *vertikal prioritering*. Här har man i regel valt att rangordna kombinationer av sjukdomstillstånd och åtgärder, t ex bröstcancer och operation respektive rökare och rådgivning. Syftet med detta arbete är att ta fram stöd för kliniskt beslutsfattande och politiska prioriteringar. På motsvarande sätt bedriver flera landsting/regioner omfattande prioriteringsprojekt.

*Horisontella politiska prioriteringar* betecknar val mellan t.ex. sjukdomsgrupper, verksamhetsområden, vårdcentraler eller kliniker. Gränsen mellan vertikala och horisontella prioriteringar är emellertid inte distinkt. De politiska prioriteringarna är i regel mer övergripande och avser behovsgrupper snarare än specifika behandlingsinsatser. När det gäller att tydliggöra gränsen för det offentliga åtagandet blir besluten med nödvändighet mer detaljerade. Det kan antingen handla om att ge stöd till vårdverksamheten när det gäller att skärpa indikationer för olika behandlingar eller att i princip ta bort vissa medicinska åtgärder ur landstingets åtagande men också beslut som gäller införande av nya behandlingar av principiellt intresse t.ex. screeningprogram. De politiska

besluten ska vara vägledande för den stora mängd prioriteringar som görs av läkare och annan vårdpersonal.

Det har visat sig i olika utvecklingsprojekt med syfte att skapa öppnare prioriteringar att det fortfarande finns en stor osäkerhet hur de etiska principerna ska omsättas i praktisk vardagssjukvård. Likaså finns det en utbredd osäkerhet och oenighet bland sjukvårdspolitikerna om vilken roll de ska spela när det gäller prioritering och ransonering och hur de ska gå till väga med horisontella prioriteringar mellan olika verksamheter eller sjukdomsgrupper. Det finns en tendens att ransoneringsbeslut skjuts ner i organisationerna vilket vårdpersonalen protesterar emot. Här finns uppenbarligen ett intressant trepartsförhållande mellan medborgarna som grupp, sjukvårdpersonalen och politikerna.

## **1.4 Studie om prioriteringar i primärvården**

Det finns en begränsad vetenskaplig dokumentation om hur prioriteringar i hälso- och sjukvården faktiskt sker och kunskap om hur öppna prioriteringar bör ske. Det gäller på individnivån och policynivån med olika former av vertikala prioriteringar och horisontella politiska prioriteringar. Försök med vertikala prioriteringar inom olika medicinska specialiteter har genomförts i Norge men inte resulterat i någon officiell publikation. Det är egentligen bara det s.k. Oregonexperimentet i USA som finns av öppna prioriteringar av vård i stor skala och som dokumenterats vetenskapligt.

Forskningen om prioriteringar följer några huvudlinjer av intresse. En sådan har en statsvetenskaplig inriktning och handlar om prioritering utifrån ett demokratiperspektiv. Frågan om involvering av allmänheten i prioriteringar är ytterst relevant även för svenska förhållanden. En central fråga är hur man ska bära sig åt för att involvera allmänheten i komplicerade beslut. Här kan man identifiera några principiellt olika inriktningar. Garpenby fann i en litteraturöversikt av metoder som använts för att konsultera allmänheten att det inte finns en metod som är tillfyllest i alla situationer. För att ta reda på vad som är det rätta i olika miljöer rekommenderar han väl planerade försök som dokumenteras systematiskt från början till slut. Ett sådant försök i Östergötland med ett medborgarråd visade att det är möjligt att få en grupp medborgare att diskutera och bedöma en prioriteringsfråga om de får tid på sig och möjlighet att inhämta information. Här finns också erfarenheter från andra länder som går i samma riktning (Garpenby, 2002).

En annan utvecklingslinje handlar om vad som utmärker en procedur för prioritering som kan uppfattas som legitim och rättvis. Två amerikanska etiker Norman Daniels och James Sabin menar att generella rättvisepprinciper av det

slag som utarbetats exempelvis i Sverige inte är lämpliga för att lösa prioriteringsproblem i enskilda fall. Istället bör allmänt accepterade procedurer utformas för att möjliggöra rättvisa prioriteringar.

*”In the absence of consensus on principles, a fair process allows us to agree on what is legitimate and fair. Key elements of fair process will involve transparency about the grounds for decisions; appeals to rationales that all can accept as relevant to meeting health needs fairly; and procedures for revising decisions in the light of challenges to them“* (Daniels, 2000).

Genom att tydliggöra skälen för sina beslut kan en organisation förbättra sitt beslutsfattande. Enligt Daniels och Sabin räcker det inte med att klargöra att god hushållning med sjukvårdens resurser är en gemensam angelägenhet för sjukvårdens alla aktörer. Argumentationen för hur ett sådant system bör se ut måste också uppfylla kravet att de skäl som läggs fram kan accepteras av alla. Detta resonemang är förankrat i tanken om en ”reflekterande demokrati” (deliberative democracy) som innebär att demokratiska beslut bör föregås av öppna debatter och inte endast rättfärdigas genom omröstningar. Daniels och Sabin menar att en öppen debatt där man söker argument som kan förena är ett lämpligt angreppssätt för att rättfärdiga beslut när moraliskt kontroversiella frågor skall avgöras. Enligt en reflekterande syn på demokrati bör beslut föregås av ett sökande efter argument alla kan enas kring. De menar att principerna för en reflekterande demokrati också kan vara tillämpliga för organisationer. En förutsättning för en sådan utveckling är en ökad öppenhet när det gäller prioriteringar som i sin tur ställer krav på att beslut och dess grunder görs offentliga. Detta har visat sig svårt att uppnå i praktiken. Det är inte heller en utveckling som förordas av alla forskare.

Denna rapport redovisar resultatet från en intervjustudie om prioriteringar i primärvård. Studien utgör en del i ett större forskningsprojekt som handlar om rättvisa och legitima prioriteringar i primärvård. Primärvården är särskilt intressant ur prioriteringssynpunkt eftersom en stor del av allmänhetens kontakter med vården sker där och många upplever behov av snabb kontakt. Antalet kontakter och behovet av vård kan variera kraftigt från vecka till vecka, t.ex. vid influensaepidemi. Primärvårdens arbetssätt innebär också att man inte kan bygga upp väntelistor.

Forskningsprojektet är indelat i tre delstudier och där bland annat metoder och former för öppna prioriteringar studerats. Förutom denna delstudie som bygger på intervjuer har personal vid fyra vårdcentraler klassificerat och prioriteringsbedömt samtliga kontakter vid respektive mottagning eller vid telefonkontakter under två arbetsveckor i oktober och november 2004. Vidare har patienterna

fyllt i en enkät om deras inställning till prioriteringar, hur de uppfattat kontakten och deras vårdbehov i förhållande till andra patienter.

Syftet med denna studie är framförallt att undersöka förutsättningarna i primärvården att arbeta med mer öppna och systematiska prioriteringar. Här avses prioriteringar både på en övergripande politisk nivå, kliniknivån och prioriteringar av enskilda patienter.

## 1.5 Forskningsfrågor

Utifrån gjorda erfarenheter i lokala och nationella utvecklingsprojekt avser vi att kartlägga kunskapen om och attityder till prioriteringar i primärvården och bidra till metodutvecklingen av öppna prioriteringar. Frågeställningar är:

1. Vilka principer används för prioritering och ransonering av primärvård idag?
2. Hur överensstämmer personalens åsikter och förekommande riktlinjer för prioriteringar med principerna i HSL?
3. Förekomst av riktlinjer/skrivna policydokument?
4. Hur ser förväntningarna på primärvården ut och vilka krav möter personalen?
5. Vilka målkonflikter finns och vad utmärker prioriteringar som uppfattas acceptabla?
6. Hur vanligt är det med öppna prioriteringar och vilken inställning har man till sådana?
7. Vilka hinder finns det för att etablera mer öppna prioriteringar?
8. Hur är förutsättningarna för att rangordna olika patientgrupper i primärvården?

## 2. STUDIENS METOD OCH MATERIAL

---

### 2.1 Urval av intervjupersoner

Via ett slumpmässigt urval av alla vårdcentraler i Svealand och Götaland (N = 823) valdes vårdcentraler ut för att tillfrågas om medverkan i studien tills 45 vårdcentraler tillfrågats och 17 av dem accepterat att medverka (Bilaga 3). Avgränsningen till Svealand och Götaland gjordes av forskningsekonomiska skäl. Den vanligaste orsaken till att man avböjde medverkan var brist på tid, en annan orsak till bortfallet var svårigheter att få kontakt med vårdcentralchefen. Målsättningen var att intervjua 4 personer vid respektive vårdcentral, vilka skulle representera kategorierna vårdcentralchef, läkare, sjuksköterska/-distriktssköterska, och sjukgymnast alternativt arbetsterapeut. Urvalet av respondenter fick vårdcentralens personal själva komma överens om. Det framgick av en skriftlig information att medverkan var frivillig. Det ställdes inga specifika önskemål från vår sida om erfarenhet eller andra egenskaper, förutom att personalen skulle ha arbetat så länge inom organisationen att de hunnit bilda sig en uppfattning om arbetsrutinerna vid arbetsplatsen. Vid de 17 vårdcentralerna genomfördes sammanlagt 62 intervjuer fördelade på 28 distriktsläkare, 15 sjuksköterskor, 11 sjukgymnaster och 8 distriktssköterskor. Av de 62 intervjuade var 20 män och 42 kvinnor. Vårdcentralcheferna bestod av 11 män och 6 kvinnor fördelade på 12 distriktsläkare, 3 sjuksköterskor och 2 distriktssköterskor. Ägandeformen för vårdcentralerna var i 15 fall offentligt och två var privatägda. Tio av vårdcentralerna bedömdes vara lokaliserade på landsbygden och 7 i tätort. Medelvärde för antalet invånare i upptagningsområdet var 10400 (3200-19000) och medelavståndet till närmaste sjukhus var 30 km (2-60). De intervjuade hade i genomsnitt 25 tjänsteår (6-42) inom vården, varav i genomsnitt 9 tjänsteår (1-36) bestod av verksamhet vid aktuell vårdcentral.

Studien har varit föremål för forskningsetisk prövning i Linköping (Dnr 03-336).

### 2.2 Datainsamling

Ett informationsbrev (se Bilaga 2) om studien skickades till de vårdcentraler som valts ut och accepterat medverkan. De första vårdcentralerna som tillfrågades ringdes upp efter ett par veckor för att diskutera medverkan i studien och planera in datum för intervjuer. Det visade sig att det var svårt att nå aktuella vårdcentralchefer och därför gjordes ett tillägg i informationsbrevet att

respektive vårdcentralschef skulle ge besked om medverkan till intervjuaren via telefon alternativt via e-post. Intervjuerna genomfördes av två personer (Jan Mårtensson och Linda Frank, Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping) och spelades in på band. Samtycke om registrering av uppgifterna inhämtades i samband med intervjuerna.

Intervjuerna följde en intervjuguide (Bilaga 1) som utarbetats av projektgruppen och prövats i liten skala i förväg. Efter de första intervjuerna gjordes avstämningar och vissa modifieringar av guiden gjordes. Samtliga intervjuer genomfördes i avskilda rum på respektive vårdcentral och kunde genomföras utan avbrott, eller att någon respondent vägrade svara på någon fråga.

Alla de intervjuade ombads också att prioritera och rangordna 10 patientfall. Fallen är konstruerade så att de berörde arbetsuppgifter/patientgrupper som huvudsakligen tas om hand av olika yrkesgrupper i primärvården. För varje fall finns en kort beskrivning av symptom/svårighetsgrad i kombination med en åtgärd. De intervjuade ombads också att ange på en sjugradig skala hur svårt de tyckte att det var att rangordna fallen.

## **2.3 Databearbetning**

Samtliga inspelade intervjuer transkriberades ordagrant. Som analysmetod valdes innehållsanalys, som kan användas för att beskriva innehållet i en kommunikation på ett objektivt och systematiskt sätt (Polit & Hungler 1997), med syfte att skaffa ny kunskap, förståelse, fakta, och en praktisk guide för handlande (Krippendorff, 2004). Enligt Krippendorff är innehållsanalys en lämplig teknik för att kunna göra replikerande och valida slutsatser från data till dess kontext. Den som gör analysen behöver inte enbart hålla sig till de ytliga (manifest innehåll) kännetecknen av ett budskap utan kan även tolka betydelsen av ett innehåll (latent innehåll). Eftersom frågeguiden i denna studie innehöll både frågor av sluten och öppen karaktär har såväl manifest som latent innehållsanalys använts.

I textanalysen bearbetades data i olika steg. Det första steget var att en person med tidigare erfarenhet av denna metodik (Jan Mårtensson) läste varje intervju ett flertal gånger för att få en övergripande bild av innehållet. Utsagor som framkom och som stämde överens med syftet med studien markerades. Det andra steget i analysen bestod av att placera rubriker till utsagorna och kategorisera dem utifrån sitt innehåll. Kategorierna sammanställdes och omgrupperades därefter under huvudrubriker. För att minska risken för felaktigheter i analysen användes två medbedömare (Per Carlsson och Eva Arvidsson) och de tveksamheter som framkom löstes via diskussioner.

För de tio patientfallen har medianen för de olika bedömarnas rangordning liksom spridningen räknats ut.

## **2.4 Centrala begrepp**

Vid tolkningen av intervjuerna spelar vissa begrepp såsom fördelning, prioritering, ransonering och effektivisering en central roll. Dessa begrepp är långt ifrån entydigt använda varken i litteraturen eller i vardagsspråket. Vid återgivande av intervjusvaren redovisas begrepp och termer som respondenterna använder dem medan vi i analysen och tolkningen försökt att använda en enhetlig terminologi som i huvudsak baseras på den begreppsapparat som etablerats inom PrioriteringsCentrum (Liss, 2002; Liss, 2004).

I några fall har respondenterna fått begrepp presenterade för sig vid intervjuerna för att få fram deras inställning till vissa specifika företeelser. Till exempel presenterades denna definition av ransonering och prioritering under intervjuerna: ”I en situation av resursbrist kan det bli nödvändigt att endera välja bort något eller att begränsa tillgången på vård (ransonering). Ransonering kan ske genom att man minskar på kvalitet t ex mindre tid eller billigare läkemedel med något sämre effekt. Sådana beslut ska helst föregås av en medveten rangordning mellan olika alternativ. Att prioritera betyder att sätta före, d.v.s. något väljs till förmån för något annat.”

## 3. RESULTAT

---

Resultatet redovisas på så sätt att varje frågeområde (se Bilaga 4) inleds med en presentation av ett urval av de frågor som ställdes samt en sammanfattning av resultatet från intervjuerna varefter en detaljerad redovisning görs med återgivande av utvalda citat. Sist redovisas resultatet av rangordningen av de tio patientgrupperna och aktuella åtgärder.

### 3.1 Uppfattningar om prioritering och ransonering

- *Förekommer det situationer av resursbrist i er verksamhet?*
- *Kan du ge exempel på sådana situationer av resursbrist*
- *Hur hanterar ni sådana situationer av resursbrist?*
- *Har det agerandet att göra med prioriteringar?*
- *Vad menar du med prioriteringar inom vården?*
- *Vad är din inställning till det?*
- *Vem tycker du ska ta ansvar för de olika typerna av prioriteringar?*
- *Kan du ge exempel på att välja bort eller ransonera hos er?*
- *Har detta eller dessa ställningstaganden föregåtts av en medveten och systematisk prioritering?*

Sammanfattningsvis visar intervjuerna en utbredd uppfattning bland de intervjuade om att det finns en stor brist på resurser inom primärvården i Sverige och då framförallt i form av brist på personal vilket kan leda till brist på besökstider för inbokning av patienter som efterfrågar vård. Sådana situationer hanteras genom att pröva patienternas behov av vård och därefter om möjligt vanligtvis skjuta upp patientbesök/andra arbetsuppgifter eller välja bort något i verksamheten. Ett annat sätt att hantera resursbristen på är att försöka påverka tillgången på resurser och då framförallt genom ett effektivare arbete, att rekrytera ny personal och genom ökat samarbete.

Av intervjuerna framkom det att personalen inom primärvården huvudsakligen ser på prioriteringar inom vården som något som ska utgå ifrån det medicinska behovet av hälso- och sjukvård.

Personalens inställning till prioriteringar som företeelse visade sig vara skiftande, där det vanligaste är att det anses vara något nödvändigt, svårt, naturligt eller att man känner sig utlämnad inför prioriteringen. Det är framförallt sjukvårdspersonalen som anses vara den part som ska ansvara för prioriteringarna förutom när det gäller det yttersta ansvaret rörande den över-



gripande resursfördelningen och gränsdragningen av det offentliga uppdraget som anses vara politikernas uppgift.

Ransonering sker genom att glesa ut återbesök och behandlingar, använda billigare läkemedel samt minska antalet utredningar. De områden som väljs bort i första hand är olika sorters intyg, vissa kontroller, behandling av vårtor, kosmetiska besvär och vissa vaccinationer.

Man anser att prioriteringsbesluten i viss mån föregåtts av en medveten och strukturerad process och då framförallt via diskussioner i olika former.

### *Resursbrist i verksamheten*

I flertalet av fallen var orsaken till resursbrist brist på personal, och då framförallt av brist på läkare; *"Brist på läkare, det styrs ju hela vårdcentralen av på sätt och vis och vi går ju alltid kort med folk, får aldrig ta in några ersättare numera, kan inte åka på utbildningar och så vidare", "Det skulle varit 5,7 läkare och vi har två ordinarie. De senaste fyra åren har vi ju varit underbemannade",* men även sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sekreterare fattades på vissa vårdcentraler. Några tog också upp att den ekonomiska ramen är för liten för att kunna ha tillräckligt med personal; *"Vi kan inte för dom pengarna som vi får serva så många. Det går inte".* Detta kan innebära att inga ersättare sätts in vid sjukfrånvaro, utbildning etc., samt att personalen upplever det som att det inte finns några marginaler i verksamheten *"Vi får ju inte någon vikarie om det är någon som är sjuk. Ska jag gå på någon utbildning så finns det ju inte någon vikarie för mig. Hela tiden är det ju ett pusslande".*

För de vårdcentraler som använder sig av väntelista innebär uppkomna bristsituationer att väntetiden förlängs. På de flesta av de undersökta vårdcentralerna anser personalen att bristen på personal medför att det saknas tillräckligt med besökstider *"Man uppfattar att befolkningen önskar att få komma till sjukvården och sen så finns det inte tider", "Efterfrågan på tider är mycket större än vad vi kan erbjuda"* vilket oftast drabbar patienter som önskar träffa en läkare.

Några enstaka personer tog också upp att resursbristen innebär att förebyggande arbete och utvecklingsarbeten (konsekvens) inte hinns med i en önskvärd omfattning *"Vad det gäller det förebyggande hälsoarbetet så är det inte alls på samma vis som tidigare. Det har vi inte tid för", "Man lägger alldeles för lite tid på administrativa uppgifter och utveckling, tid och sånt finns ju inte".*

### *Hantering av resursbrist, prioritering och ransonering*

Hantering av situationer med resursbrist som vi tolkade som en typ av prioritering och ransonering redovisades av respondenterna som att skjuta upp

besök/arbetsuppgifter ”Man får ju skjuta upp de problem som finns, till exempel om en doktor blir sjuk så har han bokade patienter den dagen kanske, åtminstone sex stycken i förväg bokade patienter. Då måste ju den doktorn ta de patienterna när han kommer tillbaka. Så blir det för det mesta”. ”Tyvärr så är det enklaste sättet att lägga arbetet på hög. Prioritera vad som ska göras idag och vad som ska göras senare. En klassisk metod att skaffa sig större bekymmer i framtiden. Men det är den invanda metod som alla aktörerna kan”.

En mindre andel av respondenterna uppgav att de löser bristsituationer genom att välja bort åtgärder såsom hälsokontroller, skriva intyg eller att inte ta emot vissa grupper såsom kroniskt sjuka, kallade patienter och passiva behandlingar ”Sjukhemmen prioriteras, hembesöken tillsammans med distriktssköterskan för kommunens patienter prioriteras och dom akuta patienterna prioriteras. Och dom som får stå tillbaks, det är de kroniskt sjuka”, ”Sjukintyg och hälsokontroller och förebyggande, det kan vi bara inte ta”, ”Vi hinner inte ta våra kallade patienter”.

Vid enstaka vårdcentraler sker ransonering genom att avstå från återbesök för att klara av situationen ”Så får dom höra av sig om dom inte blir bra istället för att ge dom återbesök som vi gjorde tidigare” eller sluta att sätta upp patienter på väntelista ”Vi har alltid gjort så att vi har satt upp folk på väntelista. Det har vi slutat med. Så att... Ja, vi ber dom söka alternativ eller återkomma”.

Det finns även de som gör en medveten prioritering bland sina patienter för att förebygga senare efterfrågan på vård ”Det blir mer bekymmer om man struntar i dom kroniskt sjuka. Så när jag lägger mitt schema så bokar jag först in dom som är kroniskt sjuka, därför att jag tycker att dom kommer ringa om sina recept som går ut, om varför dom inte blir kallade, dom kommer kräva någon typ av tid av mig i alla fall och då går det fortare för mig att sätta upp en tid, titta på dom och sen behöver jag kanske inte se dom på ett år”.

## **Hantering av resursbrist genom att öka resurstillgången och effektivisering**

Ett annat sätt att hantera resursbrister är att öka resurstillgången. Personalen vid lite drygt hälften av vårdcentralerna angav att de försöker arbeta effektivare genom att hitta nya arbetssätt (ex gruppbehandling), ha en bättre struktur och genom att utbilda sin personal ”Vi försöker att möta så många som möjligt tidigt och bedöma dom. Hellre ta in och ge den hjälp vi kan snabbt till så många som möjligt och så får dom klara sig med lite mindre hjälp”, ”Låter en sköterska först göra en bedömning om det behövs en läkartid. Sjukgymnasten har också gjort någon sådan här prioritering, och jobbar mycket i grupp för att nå fler och hitta nya arbetssätt”.

Att avveckla väntelistan är en annan typ av effektivisering ”Vi har alltid gjort så att vi har satt upp folk på väntelista. Det har vi slutat med. Så att... Ja, vi ber dom söka alternativ eller återkomma”, ”Vi jobbar sedan ett år tillbaka med att vi inte sätter patienter på väntelista utan alla får en tid direkt och det innebär nu att vi har, ja alla brukar kunna få tid inom två veckor, ungefär två veckors tid då för ett första besök. Innan har vi haft 6-12 veckors

*väntetid vinterhalvåret men det, ja jag vet inte riktigt hur det går till men på något sätt sparar man tid genom att inte ha en väntelista”.*

Mer samarbete är en strategi som hälften av vårdcentralerna lyfte fram. Detta inkluderar bl. a. att ha en dialog med varandra *”Vi får ju gå in och jobba för varandra eller dra ner på verksamheten”, ”Ibland har man en dialog med doktorn också för att se om läkaren kan lösa det istället för att utnyttja sin egen tid ännu mer då”.*

Lite mindre än hälften av respondenterna uppgav att de vid personalbrist försöker rekrytera ny personal genom att annonsera eller använda sig av inhyrda läkare, personal från resursenheter eller pensionerad vårdpersonal *”Samtal med personalenheten, och det är annonser internt, och annonser externt”, ”Vi har ju några damer som gått i pension, på distriktssköterskesidan, och på undersköterskesidan har vi också någon timanställd som vi plockar in”, ”Vi var tvungna att ta in hyrdoktorer som, jag har en hatkärlek till, för att vi måste ha dom, men dom genererar så mycket arbete och det blir så mycket tok när man inte har kontinuitet”.*

En mindre andel försöker hantera kortvarig resursbrist genom att arbeta hårdare, ex. via extrainsatser, att tänja på sig extra och att överboka patienter *”Det ställs ju större krav på oss då naturligtvis och även på läkarna då att dom får överboka”, ” Sen vet man att när man är tillbaka då blir det kortare luncher och mindre fikaraster och så här för att hinna med och ta igen det man har fått liggande på hög”.*

En distriktsläkare beskrev även att de försöker att påverka omgivningen att ställa mer resurser till förfogande *”Men det är väl två fronter, att man försöker med resursbristen göra så bra som möjligt på det vi har och att vi har en diskussion, men sedan är det ju att försöka påverka nu att vi får mera resurser från politiker”.*

## *Vad menas med prioritering?*

I intervjuerna besvarade personalen frågan, ”Vad menar du med prioriteringar i vården?”, på två olika sätt; vilka principer som den intervjuade själv tyckte skulle gälla i första hand vid prioritering samt betydelsen av ordet prioriteringar.

Den vanligaste åsikten gällande vilka principer som skall gälla i första hand är att prioriteringar ska styras av patientens medicinska behov *”Man måste titta på det medicinska, det är ju det som styr. Sen kan patienterna ha egna behov men som man i dagens läge inte kan liksom ställa upp på utan att där kan jag se att jag måste utifrån det medicinska prioritera en patient för den andra patienten är ur medicinsk synpunkt inte lika angelägen”.*

Flertalet av utsagorna beskrev vikten av att ta hand om de svårast sjuka först *”Den som är svårare sjuk går före och är det dödlig sjukdom, eller kan man vänta eller är det bara oro eller något sådant där men så att vi får ju försöka det här oavsett så att man inte sätter ålder emot varandra eller sjukdomar mot varandra på något sätt”* och ge vård till de som bäst behöver hjälp av andra skäl *”Många som kanske klarar sig på egen hand kanske får göra det med egenvård och vara alldeles för sig själva och klara sig men sen får vi alltid försöka att se till speciellt barnfamiljer och så att de som har det extra besvärligt dom*

får vi prioritera”. En mindre andel av svaren handlar om att ta akut sjuka först ”Ja, akut sjuka går ju alltid först” och prioritering av långvariga besvär ”Vad jag känner med prioritering i vården är ju att man tar dom här patienterna som har mera kroniska besvär tycker jag liksom, de går här och har sin läkare här och har besvär, äldre patienter är det ju oftast, men det kan ju även vara unga men att dom prioriterar vi då”.

Av dem som tog fasta på betydelsen av ordet prioriteringar beskrev flertalet dess betydelse vid hantering av patientflöden ”Vilka patientgrupper som skall träffa mig på vårdcentralen, och som vårdcentralen i stort behöver ägna sig åt”, ”Alla patienter som söker oss, upplever att dom har ett behov- men det är inte nödvändigtvis ett behov som kräver att de träffar en doktor den dagen för att få en tid just då. utan det kan vara att man kan lösa det på ett annat sätt, och just det här sättet att lösa är en prioritering”.

## *Inställningen till prioriteringar*

Hälften beskrev prioriteringar som något som är svårt att genomföra ”Ett dilemma är ju att vi har sjukvårdsavtal också som är skrivna med dom politiska nämnderna. Där står det att vi ska följa prioriteringen och det står också att varje patient har rätt och få en tid inom en vecka oavsett vad dom söker för och det där kolliderar. Det här är alltså en kollision mellan politikernas prioritering och löften och vardagsprioritering som inte egentligen går ihop”, ”Vi som sjukgymnaster har ofta upplevt oss som väldigt ensamma i prioriteringarna - det finns liksom inga direktiv - vad är det som är viktigt då?”. En mindre andel angav emotionella skäl som framförallt hänger ihop med känslan av att göra ett dåligt arbete när inte alla önskemål eller behov kan tillfredställas; ”Det är jättejobbigt, fruktansvärt jobbigt och man känner aldrig att man gör ett bra jobb för att man tycker hela tiden att ja, den och den borde också komma in men så vet man ju att läkarna kan inte ta hur mycket som helst”, ”Man räcker ju inte till och man kan inte göra allting”, ”Man känner lite granna att man håller tillbaka allmänheten” ”Det ju rätt svårt, särskilt för sköterskorna per telefon. Det krävs en enorm erfarenhet att sortera så att dom som är viktiga kommer fram”. En angav organisatoriska hinder ”Detta är ju en praktisk omöjlighet för remitterar vi in någon till en specialist så tar det ett år innan dom kommer dit eller så säger dom det här kan du sköta alldeles utmärkt själv och därför hamnar vi i en situation där det inte går att prioritera”.

Hälften av utsagorna beskrev en inställning till prioriteringar som något positivt. Denna positiva inställning yttrar sig i att prioriteringar är något naturligt ”Det sitter i ryggmärgen. Det gör vi hela tiden, fast vi kanske inte talar så mycket om det”, ”Prioritera gör man ju hela tiden. Det, det är ju som en del av arbetet” eller något som är nödvändigt ”Den är en nödvändighet. Vi klarar oss inte utan den”, ”Jag tycker det är viktigt, när det inte finns resurser, att vi ser till dem som är svaga och de som har det svårt”.

Några enstaka utsagor visar en inställning till prioriteringar som något negativt och då i form av att ordet är negativt laddat ”Det är inget roligt ord, på något sätt har det dragit så långt, det känns som man får prioritera bort dem som borde vara prioriterade också”, ”När du säger ordet prioritering, ...så tycker inte jag om det ordet. Nej, det gör jag inte för då, då kan jag se alltså, indragningar och att vi inte får göra saker och att vi inte får frihet”.

Några enstaka respondenter såg på prioriteringar som något för tillfället onödigt "När alla kommer intill fyller det ju inte någon funktion, från i somras efter semestrarna har samtliga fått tid inom tio dagar. Ofta inom ett par dar".

## Vems är ansvaret?

I de utsagor som ansåg att politikerna har ett stort ansvar i dessa frågor så är det underförstått att det ändå är ett gemensamt uppdrag som de delade med personalen. I denna kategori beskrivs att politikerna bör svara för den övergripande fördelningen av resurser "Det är politiska beslut, när det gäller prioriteringarna. Det blir ju mer och mer uppenbart att vi kan göra mycket mer än vad vi har pengar till och då måste det vara politikerna som bestämmer hur mycket resurser vi kan avsätta till hälso- och sjukvård och även övergripande hur dom skall fördelas mellan olika delar av sjukvården: Primärvård, slutenvård och så vidare". Politikerna ska även dra gränsen för den offentliga sjukvårdens åtaganden "Till sist måste vi få guidelines eller riktlinjer från politikerna: Det här är viktigt", "I en situation där man skulle vara tvungen att välja bort någon patientgrupp då tror jag att jag kan svara för min grupp att man, då vill man ha det tydligt uppifrån". En mindre andel ansåg även att det åligger politikerna att ge stöd och kommunicera beslutade prioriteringar och ransoneringar till medborgarna "Om det inte finns resurser så blir det ju ett politiskt ställningstagande. Jag menar ger dom inte pengar till mer än en viss sak så får dom ju gå ut och säga det till befolkningen att vi kan inte göra allt".

Det fanns även exempel på där det gemensamma ansvaret mellan politiker och vårdpersonal uttrycktes tydligt "Professionen måste få bestämma utifrån medicinska aspekter hur man sköter prioriteringarna. Men en grundprioritering måste ske politiskt", "När det gäller vad som är vårdens uppdrag och vad som inte är vårdens uppdrag så är det ett gemensamt ansvar för både de professionella att beskriva de olika delarna och de lagstiftande församlingarna att fastställa att –ok, då drar vi gränsen här". En mindre andel tog upp att politiker/landstingsledning för närvarande inte ger tillräckligt stöd vid prioriteringsfrågor "Dom (politikerna) borde ju... kunna kommunicera detta med folket. Hur man är tvungen att prioritera, för våra ekonomiska resurser räcker ju inte till hur mycket som helst. Men den delen tar dom ju inte alls ansvar för- inte våra arbetsgivare heller för den delen dom kommunicerar ju inte detta. Man känner ju dåligt stöd i det".

Slutligen beskrivs i en kategori att det är personalens ansvar att göra prioriteringar på den kliniska nivån. Flertalet av dessa utsagor berör att prioriteringar är något som bör göras av personalen utan att direkt peka ut en viss personalgrupp "I det enskilda fallet så måste det vara de professionella som gör

prioriteringarna”, ”Det skall vi alla, som jobbar inom medicinska professionen”. Andra åsikter var att ansvaret ligger på den enskilda individen ”Var och en får ju ta ansvar för sina prioriteringar”, ”I vardagen så är det ju den som konfronteras med problemet”, eller att det är en yrkesgrupp som har ansvaret ”Jag tycker att sjukgymnastik är så, fortfarande ändå så pass okänt så att det är svårt tror jag att låta någon annan göra prioriteringarna åt en”, ”Ytterst så är det ju läkarna, när det gäller den medicinska prioriteringen”, ”När de väl ringer hit så är det ju den som svarar först, tycker jag, och det blir ju vi sjuksköterskor här. Att man måste ta det medicinska ansvaret”, ”Vederbörande chef på varje enhet måste ge riktlinjer om huvuddragen i prioriteringarna på varje vårdcentral”. Enstaka personer angav att även patienter har ett ansvar för prioriteringar ”Patienten själv ska alltså ta ett eget ansvar och det efterlyser jag nog en hel del i dag”.

## *På vilket sätt sker ransonering?*

Knappt hälften av vårdcentralerna ransonerar genom att använda sig av billigare läkemedel ”Vi väljer läkemedel som är billigare därför att vi vet att vi så att säga, i andra änden får vi tillbaka det”.

Av dem som gav exempel på ransoneringsåtgärder angav de flesta att de reducerar behandlingstiden, framförallt gäller detta för sjukgymnastik ”Kan ju vara till exempel strokepatienter som egentligen behöver en livslång behandling för sin stroke, många av dem får ju komma i omgångar då. De får ca 10-12 träningstillfällen, 2 ggr/år och det får de vara nöjda med. Även en del kroniska smärtpatienter som får smärtbehandling typ akupunktur och sådant som får komma i omgångar”, ”En smärtpatient som man tänker att den här kanske skulle behöva akupunkturbehandling tio-femton behandlingar, men jag sätter den i träning - jag instruerar två gånger och så får dom klara sig själva „så ser vi hur det går” eller genom att minska antal återbesök ”Vi tar inte patienterna på återbesök så ofta eller inte alls, utan ber dom själva att höra av sig”, ”Jag kallar väl dem som jag verkligen tycker behöver kallas, de andra får ringa själva och det är inte bra, det tycker jag inte”.

Ett annat sätt att hantera ransonering på är att lägga över en del arbete på patienten själv (egenvård) ”De får sköta omläggningarna själva och visa upp sig en gång i veckan, en gång var fjortonde dag, de som vi känner klarar av det” eller ersätter ett besök med ett telefonsamtal ”Jag ser att väldigt mycket sker per telefon av doktorerna som kanske skulle generera ett läkarbesök egentligen. Det där är en tendens jag tycker jag ser mer och mer”.

Det var även personer vid enstaka vårdcentraler som uttryckte att de avstår utredningar av tveksamt värde ”Det vore lättare om reglerna var att alla som har ramlat på en isfläck eller ramlat ner för trappen skulle göra såhär. Men det är inte verkligheten. Utan man ransonerar lite på röntgen”.

Flertalet av vårdcentralerna har periodvis valt bort arbetsuppgiften att utfärda vissa typer av intyg. Det rör sig om körkortsintyg, flygcertifikat och hälsointyg ”Just nu så tar vi inte emot körkortsintyg. Och det är ju på grund av resursbrist”, ”Vissa

*hälsointyg då som vi inte gör”. En mindre andel väljer bort allmänna hälsokontroller ”Vi väljer ju bort sådant som är hälsokontroller för vi har ju alltid någon vi hänvisar till men patienten får ju längre väg att åka”.*

Vid ett mindre antal vårdcentraler har man bestämt att inte behandla kosmetiska besvär ”Rent kosmetisk orsak att man vill ta bort någon grej alltså det kan jag välja bort”, ”Vårtor och så, det tar vi ju inte” eller att ge resevaccinationer ”Resevaccinationer har vi sagt nej till”.

### *Har beslut om ransonering föregåtts av en medveten prioritering?*

De tillstånd och åtgärder ovan som man på vissa vårdcentraler beslutat att inte behandla är exempel på en medveten prioritering/ransonering. Vid flertalet vårdcentraler förs diskussioner för att komma fram till gemensamma prioriteringsbeslut. Dessa diskussioner sker regelbundet i personalgruppen ”Ja, systematiskt det kan man väl ifrågasätta, men vi har ju regelbundna diskussioner i hela personalgruppen, och inte minst bland läkare, vi träffas ju regelbundet... någon timme på måndagseftermiddagarna och går igenom den sortens frågeställningar [Mm] och har haft tradition för att göra det i eviga tider” genom dialog mellan sjuksköterskor och läkare ”Här är det ju mycket av våra sköterskor som prioriterar och ordnar och är det så att de får en förfrågan så blir det mera en diskussion bakåt i läkargruppen, vad vi tycker är rimligt”, eller inom den egna yrkesgruppen ”Vi försöker att stämma av på sköterskemötena så att vi säger ungefär samma, det gör vi”.

Ett mindre antal respondenter ansåg att ransoneringar inte förgåtts av någon medveten och öppen prioritering ”Nej, jag tror att det är nöden som uppfinner väldigt mycket lösningar”, ”Trycket från befolkningen på nya behandlingar och nya möjligheter, gör att vi omedvetet vänder skutan mot ett eller annat håll”.

## **3.2 Överensstämmelse mellan personalens åsikter, riktlinjer och prioriteringsprinciperna i hälso- och sjukvårdslagen**

- *Är de principer för prioriteringar den s.k. etiska plattformen som etablerats genom prioriteringsutredningen och riksdagsbeslutet 1997 kända för dig?*
- *Hur tycker du att dessa riktlinjer stämmer med dina egna åsikter?*
- *Vilken betydelse har de etiska principerna vid prioriteringar i er egen verksamhet?*

Kunskapen om den etiska plattformen varifrån prioriteringar inom vården bör utgå ifrån är mycket begränsad. Ytterst få känner till och kan återge de tre etiska

principerna; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Det var betydligt fler som istället beskrev 'de fyra prioritetsgrupperna' som är ett exempel på hur man kan resonera vid prioriteringar. Svaren på den första frågan gör att svaren på de två andra frågorna inom detta område är svårtolkade.

### *De tre etiska principerna för prioriteringar*

Några de intervjuade som kopplade de etiska principerna för prioriteringar till människovärdesprincipen, behovs- solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen men beskrev endast delar av principerna "Man skall ju behandla alla människor lika, men så finns det ju ett ekonomiskt perspektiv också och det är ju en... en jämvikt man, man får ta där", "Det handlar ju om lika värde och lika rätt till vård. Det fanns väl tre bitar där tror jag. En bit var ju faktiskt nyttan av en behandling. Jag tror det stod som den tredje, i förhållande till kostnaden. Men att det var ju en underordnad del kontra det här med allas rätt till lika vård, lika värde". Av dem som ansåg sig veta vad principerna står för refererade nästan samtliga till de fyra s.k. prioriteringsgrupperna "Det är ju mera de här fyra grupperna som att akut sjuka ska komma först och den andra gruppen, är ju då rehabilitering, förebyggande och tredje gruppen är mera de kroniska sjukdomarna som då är välinställda och sedan så kommer mera intyg och annat längst ner".

### *Överensstämmelse mellan etiska principer och egen åsikt*

Nästan alla av dem som kopplade de tre etiska principerna till de fyra prioriteringsgrupperna anser att principerna stämmer bra med deras egna åsikter. Detta innebär inte att principerna alltid följs. Orsakerna till detta kan vara att det är svårt att genomföra "Jo, det stämmer jättebra, men det är ju svårt att omsätta i praktiken. Bakgrunden ställer jag mig bakom, det är inget problem, jag förstår bara inte riktigt hur jag ska kunna tillämpa den", att det stämde men att det inte satsades på "Egentligen är det precis som jag tycker, men det är väldigt konstigt för att, trots att det faktiskt är ett riksdagsbeslut så är det ju precis tvärtom som landstingspolitikerna satsar och prioriterar. Och då är det ju inte värt någonting", att principerna är bra, men att de inte följs i praktiken "Men det kanske inte stämmer riktigt hur vi jobbar, men att det behöver vara en sådan indelning", "Ja, ganska bra tycker jag. Jag tror att invecklade regelverk ställer till med administrativa problem och att det i slutänden egentligen kostar mer än vad det smakar".

Enstaka respondenter ansåg att principerna inte stämmer överens med deras egna åsikter eftersom en följsamhet till dessa principer får oönskade konsekvenser för vissa grupper "Det finns en fara med treans grupp som går med sina blodtryckskontroller eller hjärtkontroller, men vad händer om vi inte kontrollerar dem? Då kanske de hamnar i grupp ett, ska vi vänta tills då". Hos de få som kopplade de grundläggande principerna för prioriteringar till människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen så tycktes



principerna också stämma överens med deras egna åsikter "För mig är det ju grundläggande att alla har samma värde", "man skall ju behandla alla människor lika, men så finns det ju ett ekonomiskt perspektiv också. Och det är ju en... en jämvikt man, man får ta där", "För mig är det ju det grundläggande, att alla har samma värde. Oavsett... och det är klart att dom som är i störst behov skall komma till... fortast", "Ja, i stora drag gör dom väl det. Kanske inte så att jag kan återge dom exakt. Det handlar ju om lika värde och lika rätt till vård. Det finns ju också- det fanns väl tre bitar där tror jag. En bit var ju faktiskt att ha nytta, nyttan av en behandling. Jag tror stod som den tredje, i förhållande till kostnaden. Men att det var ju en underordnad del kontra det här med allas rätt till lika vård, lika värde". "Sedan det här sista med kostnadseffektivitet det är väl kanske det vi tänker minst på, alltså vi sätter patienten i första rummet och den som är sjukast prioriterar vi först. Det bara är så...".

### *Principernas betydelse för verksamheten*

Av dem som kopplade de tre etiska principerna till de fyra prioriteringsgrupperna beskrev flertalet att betydelsen av principerna är att de genomsyrar arbetet hela tiden snarare än att man sitter ner och för prioriteringsdiskussioner med principerna som grund "De etiska principerna är någon sorts bas i det arbete vi är ålagda", "De har vi ju som grund, alltså vi har dom i huvudet hela tiden". Enstaka personer uttryckte även att de hänvisar till principerna i olika sammanhang "För mig har dom stor betydelse, därför att det är en lag bakom så att man kan luta sig emot det", "De har en viktig betydelse, har ibland fått kämpa lite i motvind vad det gäller läkemedelsnota och så vidare, jag har ibland fått försvara det gentemot övriga och då har det varit väldigt bra att hänvisa till där det finns ett policydokument. Att det här är faktiskt vad vi bör och ska satsa på". En läkare ansåg att principerna inte har så stor betydelse "Finns det en medicinsk frågeställning och jag har patienten framför mig så måste jag ta ställning till det problemet, då kan jag ju inte säga att det kanske om en timme ringer någon som behöver den här tiden bättre utan jag måste ju ändå ta hand om det som jag har just nu".

### **3.3 Förekomst av egna riktlinjer**

- *Har ni egna riktlinjer/skrivna dokument här på vårdcentralen som stöd för prioriteringar?*
- *Exempel?*
- *Är dessa riktlinjer gemensamma för landstinget, hela primärvården eller gäller de endast för den egna enheten?*
- *Finns det riktlinjer som gäller för din yrkesgrupp?*
- *Vilka riktlinjer/skrivna policydokument används i praktiken?*

Det stöd som finns på vårdcentralerna vid prioriteringsbeslut uppkommer framförallt via olika former av diskussioner inom personalgruppen och det är mycket ovanligt med nedskrivna riktlinjer. Knappast någon kände till några riktlinjer för prioriteringar som riktar sig till den egna professionen. I de fall det förekommer

riktlinjer tycks de spela en liten roll i för prioriteringar och ransonering i det dagliga arbetet.

### *Finns det egna riktlinjer/skrivna dokument som stöd för prioriteringar?*

Det är mycket ovanligt med nedskrivna riktlinjer, istället löses vanligtvis prioriteringsproblem genom att diskutera dem när de dyker upp *"Nej vi har inte någon lokal föreskrift eller vad du vill. Det är sådant som mognar i diskussion mellan personal och doktorer och så. Vi har ju haft en oerhört stabil personal", "Betoningen här ligger nog mer på att man jobbar som lag och man pratar med varandra än att dokumentera det", "Det är så svårt att skriva ner någonting. Det är ju liksom stunden, ögonblicket, patienterna framför sig som man måste ta ställning till, man vet ju inte förrän man har pratat med patienten vad det egentligen är och folk beskriver saker så väldigt olika också, en del underskattar och en del överdriver och man måste ge sig tid att lyssna"*.

På de få vårdcentraler där man uppgav att man har skriftliga riktlinjer så höll de antingen på att implementeras *"Vi håller på och implementera det så att man ska vara medveten om det. Och när vi gick igenom det här på en planeringsdag så fick man ju en tankeställare, patienter i särskilda boenden, är dom prioriterade? Ja enligt det här så är dom det. Det kan förändra väldigt mycket i verksamheten egentligen. Ja, så man får ju sig en tankeställare och jag tror att det här dokumentet måste vi gå igenom flera gånger för att få det i medvetandet så det inte bara står på papperet utan det är något som vi måste jobba efter",* eller så fanns vissa riktlinjer, men de användes inte *"Vi har skrivit och det är utifrån sjukgymnastiskt perspektiv då, vad vi önskade - hur läkarna skall tänka när dom skriver remisser, vilka som vi bedömer att vi kan ge vård som hjälper. Och att det är vissa som vi inte kan göra någonting för då. Eftersom personalsituationen är sån att det byts så in i norden i läkargruppen hela tiden, så är det ingenting som är fungerande just nu"*.

### *Förekomst av riktlinjer för olika yrkesgrupper*

Nästan ingen svarade att de känner till att det finns speciella riktlinjer för prioriteringar som gäller deras egen yrkesgrupp *"Jag vet faktiskt inte det. Men det är ju en del av hela min medicinska kunskapsbas eller vad man skall säga. Det finns ju med där", "Nej, vi har väl ett gemensamt? Ja, det är det ju, det är inte något specifikt för oss, inte som jag uppfattar det i alla fall"*.

De enstaka riktlinjer som enligt de intervjuade gällde för specifika yrkesgrupper berörde läkare *"Då har vi fått den här centrala listan för läkare och där vi då prioriterat grupperna 1-4. Där då dom prioriterade går före och så egentligen vad skulle man teoretiskt kunna plocka bort. Samtidigt som vi då enligt hälso- och sjukvårdslagen är tvungna att göra många saker, så vi kan inte välja bort det fast vi skulle vilja. Så att vi har en pågående diskussion i läkargruppen, hur ska vi tolka det här? och vad ska vi plocka bort?",* och för sjukgymnaster *"Vi har alltså ett avtal, vi är en mottagning i entreprenad och då har vi skrivit avtal med en beställare där det finns vilka patientgrupper som vi ska prioritera"*.

### 3.4 Förväntningar på primärvården

- *Hur uppfattar du allmänhetens förväntningar på primärvården idag?*
- *Uppfattar du att dessa förväntningar skiljer sig åt mellan olika ålder, kön, sociala och etniska befolkningsgrupper?*
- *Uppfattar du att det förekommer orealistiska förväntningar/krav?*
- *Förekommer det vård som du tycker inte hör hemma i primärvården utan borde skötas på annat sätt?*
- *Finns det enskilda patienter och/eller patientgrupper (tillstånd) som du tycker får stå tillbaka pga av patienter med mindre angelägna vårdbehov? Kan du ge exempel på sådana grupper?*
- *Anser du att detta med undanträngning av angelägna patientgrupper är ett problem?*

Av svaren på frågor som handlar om förväntningarna på vården framkom det att allmänheten uppfattas ha stora krav på primärvården, framförallt gällande tillgänglighet. Det finns starka önskemål om att snabbt få den hjälp man vill ha. Dessa krav ansågs vara omväxlande realistiska och orealistiska. Yngre anses ha betydligt större krav än äldre. Få påtalade skillnader i förväntningar mellan olika kön, socialgrupper och etniska befolkningsgrupper. Flera av de intervjuade ansåg att primärvården förväntas bedriva vård som egentligen inte är medicinskt motiverad. Att ta hand om socialt uttröttade människor är en uppgift som några tog som exempel på vad som inte borde vara primärvårdens ansvar. Många anser att det är ett problem att äldre, människor som har svårt att tala i egen sak och de med kroniska besvär riskerar att bli undanträngda från vården av patienter med mindre allvarliga åkommor men som kräver att få hjälp.

#### *Allmänhetens förväntningar*

Uppfattningar om allmänhetens förväntningar på primärvården varierade mycket bland de intervjuade. De vanligaste beskrivningarna var att allmänhetens förväntningar på primärvården är höga. ”Man har väldigt höga förväntningar och jag tror faktiskt att det är på det sättet, att efterfrågan är så stor att den riskerar att tränga ut mer angelägna behov”, vilket kan bero på de politiska ”signalerna”. ”Dom har ju stora förväntningar. Mycket på grund av politikerna som går ut och säger liksom att: Man skall kunna få komma till när som helst, hur som helst”, och att medborgarna samtidigt har ett stort förtroende för primärvården ”Jag tror att befolkningen har rätt stora förväntningar då och kanske särskilt i ett område där det inte finns någon annan sjukvård så dom har nog förväntningar att vi ska lösa det mesta åt dom”, ”Jag upplever att vi ändå har ett stort förtroende i befolkningen och att man ändå ringer hit och tror sig kunna bli hjälpt, vilket vi ofta får bevis på”.

Patienternas förväntningar beskrevs av ungefär hälften av respondenterna som orealistiska "De har stora förväntningar och större än vad vi klarar av det är helt säkert", "Man skall vara präst och psykolog och allt möjligt också, så dom är lite för stora ibland", "Upplever jag en stor okunskap om våra kroppar och hur vi fungerar, det ser jag inte minst hos mina egna barn som är i tonåren då liksom och dom vet ju inte riktigt hur kroppen fungerar men många kommer ju hit alltså med kanske 40 graders feber och en lunginflammation och vill ha något som gör att dom kan jobba dagen efter", och av hälften som realistiska "Hos oss uppfattar jag att dom allra flesta har väldigt realistiska förväntningar på vad dom... vet eller tror vi kan åstadkomma", "De har ju varit väldigt stora men det känns som om det överhuvudtaget finns en sorts medvetenhet nu som vi inte har sett tidigare. Man förstår att det finns en ekonomisk gräns, att vi inte kan ta riktigt allt". Det finns också uppfattningar om att förväntningarna är mycket varierande hos allmänheten "En del har jätteförväntningar på att vi ska klara allting och andra har noll koll på vad vi kan och det bygger väl inte ens på egna erfarenheter utan det är nog en bild som man har skapat och som är svår att ändra", "Det ser ju väldigt olika ut beroende på vem förväntningarna kommer ifrån alltså. Jag tror att det är svårt att generalisera". Enstaka personer beskriver låga förväntningar bland allmänheten "Tilltron är sämre nu än förr och det ger ju då en osäkerhet om man liksom inte kan lita på systemet eller lita på vad som sägs".

### *Skillnader i förväntningar mellan olika åldersgrupper, kön, etnicitet, socialgrupp*

De flesta ansåg att det finns åldersskillnader vad det gäller kravet att få hjälp snabbt och hjälp för relativt lindriga besvär. Den vanligaste åsikten är att det är de ynge som har störst krav "De som är födda på 60-70-talet dom är ju mera såhär 'Men jag har faktiskt rätt till det här' det hör man mer- det är väldigt sällan man hör någon äldre som säger så", "Yngre personer har lite tuffare krav än äldre. Äldre människor dom har liksom genom hela sitt liv varit vana vid att vara nöjda i stort sett med dom resurser som finns tillgängliga".

En orsak till detta ansågs vara att yngre är mer otåliga "Äldre människor är lite mer tåliga. Yngre människor ... kan jag väl säga såhär att dom, dom kan man ju ... känna att dom behöver liksom råden, men dom här lite mera, ja mellan 30-40 dom är fruktansvärt otåliga, vill ha hjälp direkt, kan inte vara hemma för att dom har arbete som kräver att dom måste vara där på plats". Unga småbarnsföräldrar är en grupp som exemplifierades flera gånger gällande ett ökat behov av formell vård som kompensation för bristande informell hjälp från vänner och släktingar, vilket det fanns mer av i samhället tidigare "De yngre kräver mycket mer än äldre och är kanske inte lika trygga heller i egenvården, framför allt unga föräldrar. Dom har inte tid att vara hemma alls, och pressen från jobbet tror jag också spelar in", "Dom unga osäkra som har svårt med sina barn och är rädda och inte har någon trygghet i farföräldrar och morföräldrar och där det egentligen handlar mer om upplysning och vägledning och utbildning och trygghet då för att kunna vara hemma med ett barn som har feber och så", "Vi har väldigt många framför allt studenter i det här området då, där man inte har.... Man har många unga barnföräldrar. Man har långt till släkt och man har ont om mormödrar och farmödrar när barnet är sjukt och har feber och

*då blir det lite oro och panik och då vill man naturligtvis nå distriktssköterskan, BVC-sköterskan eller en läkarmottagning för att få tider”.*

Enstaka beskrev att det är medelålders patienter som har särskilt höga krav *”Det är dom yngre medelålders som tar för sig. Dom är medvetna om vad dom har för möjligheter och vad dom kan förvänta sig av sjukvården. Dom har varit inne på Internet, dom kan mycket och menar på att det här har jag rätt till. Och det är klart att dom är starka och trycker undan dom andra och då måste vi hjälpas åt att få tillbaka dom här vi trycker undan, som verkligen ska komma in”*, medan andra tyckte att det fanns inte någon skillnad alls mellan olika åldersgrupper.

Det var endast ett fåtal av de intervjuade som ansåg att det finns en könsskillnad gällande förväntningar på primärvården. Av de få som beskrev en skillnad handlade det om att kvinnor är mer påstridiga *”Kvinnorna ringer ju mer än män och är nog lite mer påstridiga”, ”Kvinnor har högre förväntningar, högre krav”,* och har dessutom mer kontakter med vården *”Kvinnor söker ju mycket mer mellan 25 och 60 års ålder, hos oss i alla fall”*. Kvinnor uppfattas söka vård oftare för diffusa problem och har i allmänhet svårare att acceptera det biologiska åldrandet *”Mycket mer sjuka kvinnor med smärtproblematik som är sådär diffust. Dom är svårare och tar mycket mer utav vår tid än vad killarna gör”, ”Du är 45 år, då har dom flesta krämpor, det gör ont i en axel och någon armbåge eller något sådant. För vårt biologiska åldrande börjar vid 20, 25 års ålder, så det kanske inte är så märkligt att man 20 år senare börjar få lite ålderskrämpor och det tycker jag att män kan mycket lättare acceptera”*.

Det var en respondent som istället ansåg att kvinnor har mer tålamod *”Om man tar kvinnor kontra män så tycker jag att kvinnor är mer fördragsamma än män”* och en som ansåg att bland invandrare är män mer krävande än kvinnor *”Invandrarmän är mer krävande än vad invandrarkvinnor är, det tycker jag”*.

Nästan alla intervjuade ansåg att det inte finns några anmärkningsvärda skillnader i förväntningar mellan olika socialgrupper. En beskrev att socialgrupp 1 är mer förstående *”Socialgrupp ett är vana att få lite som dom vill, men dom har också stor förståelse för att saker och ting inte kan fungera på en gång. För dom har nog också varit i sådana skor där allting löses inte samtidigt. Det är socialgrupp sex som kan kännas såhär: ’Att ja, men du har ju alla lösningar och du tjänar minsann så mycket pengar så att har dom anställt dig- public service då, är du public servant så skall du fixa det här’ Och det, det kan kännas som lite orimliga krav”,* medan en annan beskrev att högre socialgrupper har större krav *”Högre socialgrupper kräver också bättre hälsa och är mindre accepterande för defekter”*.

Flertalet av de intervjuade ansåg att de inte har någon uppfattning om förväntningarna på sjukvården är olika mellan etniska befolkningsgrupper. Av dem som delgav skillnader i förväntningar så ansågs det framförallt beröra att de patienter från andra länder som oftare önskar omedelbar hjälp, få träffa en läkare, är dåligt insatta i sjukvårdsorganisationen och att de har svårare att se värdet av egenvård.

Den vanligaste skillnaden som beskrevs var att invandrare har större anspråk på att få omedelbar hjälp. ”Våra invandrare har ju otroligt stora krav på detta. Dom skall ju komma till direkt. Och helst så kommer dom ju direkt ner hit och sätter sig bara och dom ska in, annars blir dom jättearga”, ”Invandrarna, dom är ingen homogen grupp, utan de ifrån mellanöstern kan vara väldigt krävande och jag tror att dom är vana att gå till en läkare, tio minuter - femton minuter, få det dom vill ha snabbt på bordet och sen kan dom komma tillbaks nästa dag och handla igen och få vad dom vill ha snabbt på bordet, där vi är mer petiga- vi vill ha ett sammanhang och vi vill höra hur det ligger till”. Det uttrycktes också ett större behov av att de skulle träffa en doktor. ”Mera ängsliga och rädda om det är någonting och fort ska dom ha tid till doktorn och det är ju nästan bara han som gäller på något sätt”, ”Dom vill helst träffa doktorn. Det är inte alltid det duger med sjuksköterska, utan man vill träffa doktorn”.

En orsak till att skilda förväntningar fanns ansågs delvis bero på att invandrare oftare är dåligt insatta i hur sjukvårdsorganisationen fungerar i Sverige ”Sen har vi ju asylsökande som kommer och som då läggs på oss och det är svårt, de vet ju inte, vad de kan förvänta sig? De vet inte spelreglerna”, ”Jag har ingen statistik på det, men jag skulle kunna tro att det kan bli kanske fler besök enbart för ovetande om samhällets organisation”, ”Ja, jag tror att dom har fått en bild av att Sverige och svensk sjukvård fungerar så jättebra så det är bara och ringa och när de konfronteras med verkligheten så blir dom nog besvikna så att dom kan vara lite mer besvikna än vad svenskarna är och särskilt männen”.

Några enstaka sjukgymnaster beskrev skillnader i synen på egenvård. ”Det är ofta svårt och få patienten aktiv i sitt eget tillfrisknande. Det är ett annat förhållande till kroppen tror jag i andra kulturer. Mera bli omhändertagen, att någon annan skall ta hand om kroppen”, ”Invandrare vill gärna ha passiva behandlingar, de vill inte gärna träna”.

## *Vad är det för typ av förväntningar som är svåra att tillfredsställa?*

Många av de saker som nämnts tidigare, under allmänhetens förväntningar på primärvården återkommer då man diskuterar vilka förväntningar som är svåra att tillfredsställa. Man återkom till att förväntningarna är höga och flertalet av de intervjuade ansåg att det finns orealistiska förväntningar på primärvården i samhället. Att få omedelbar hjälp är det som oftast uppfattas som en orealistisk förväntning ”De ringer och så vill de ha tid samma dag för någon åkomma som de kanske har haft i en månad som inte är akut, men just den dagen är de lediga och då vill de komma in och träffa doktor och det ska väl inte vara så svårt för det tar bara två minuter”, ”Ibland när folk ringer och exempelvis vill ha recept och dom ska helst ha det på studs och dom har alltså haft en månad på sig eller så att beställa recept och skäller ut oss efter noter för att dom inte får det samma dag och tycker att det tar väl inte så lång tid och skriva ett recept”.

Några enstaka ansåg att patienter har orealistiska krav på snabb uppföljning. ”Att få en tid inom två veckor för en halvårskontroll för blodsocker tex., det är inte realistiskt för oss idag”, respektive på specialistundersökning. ”Önskar fullständig utredning, magnetröntgen av hela kroppen och vill bli skickad till specialist i -----”, att få träffa en

läkare "De tycker att de är akut sjuka och ska träffa en doktor. Finns inget annat än doktor som de skall träffa", att hälsovården ska klara av att göra det omöjliga "När folk söker för hjälp och det visar sig att dom har ex. KOL orsakad av mångårig rökning då har dom väldigt svårt och fatta att sjukvården inte kan göra mer än den kan", eller att personalen förväntas ordna saker som ansågs ligga utanför deras uppdrag "Primärvården speciellt får ta på sig andra roller som tidigare sköttes av familjen, släkten eller kyrkan. Vad man än har för problem, och oavsett vad dom bottnar i så vänder man sig till primärvården". Orealistiska förväntningar kan också handla om att inte acceptera sin egen åldrandeprocess "Även om man är åttio år så ska man inte ha några krämpor. Så det finns lite orealistiska förväntningar på vad man kan, hos de äldre".

## Vård som borde skötas på ett annat sätt

Flertalet av de intervjuade beskrev att primärvården utför en del vård som bör skötas på annat sätt. I regel bottnar det i organisatoriska problem i form av att patienter behandlas på fel vårdnivå. Merparten av de utsagor som innebär att vården utförs på fel vårdnivå berör patienter med psykiska problem "Vi är på något sätt någon slasktratt va, exemplet patient inom psykiatrin som har ganska mycket beroendeframkallande medel och behöver förnya sitt recept och ringer dit, vi har ingen doktor, du får höra av dig till vårdcentralen. Då ringer dom hit, här finns inte en journalanteckning, dom finns inte ens i datorn va och så blir dom urförbannade för att inte vi förskriver åt dom och vi tycker inte ens att vi ska ta oss an patienten", avancerad vård "Det är egentligen övervältringen. Vi får ju ofta framför allt från ortopederna höra att, ja du har skickat en remiss här men vi har inte några möjligheter, vi har inte tid att ta emot den här förrän om ett halvår - ett år men för att underlätta och skynda på för patienten så vore det bra om du gör följande utredning: Du gör magnetkamera, du gör datortomografi och du gör det och det. Allt är serverat och sedan när vi tar hit patienten då får ni ert svar", "Vi ska ta hand om våra men vi måste ha remitteringsmöjligheter och jag tycker inte neurologiska sjukdomar ska skötas här heller. Jag tycker inte att epilepsi och Parkinsons ska skötas här för det är alldeles för få patienter och vi har inte kompetens tillräckligt och vi kan inte hänga med i olika nya mediciner", "Dom har fistlar och dom har olika katetrar inlagda och det är stopp i den och den specialkatetern och så där och man har väldigt lite kunskap, men det läggs ut väldigt mycket", eller för enkla vårduppgifter "En del av det distriktssköterskor utför i hemmet, det behöver man inte någon sköterskeutbildning för, åka ut och droppa ögondroppar tre gånger per dygn", "Vikt och hur man hanterar sitt blodtryck, det här med förhållandevis små sår, små enkla åkommor, som folk förr hade en baskunskap i så har man nu istället lärt sig att man måste gå till doktorn".

En mindre andel beskrev att socialt uttröttade människor eller människor i livskris är exempel på problem som inte bör hanteras av primärvården "Alla dom här trötta människorna som egentligen inte är sjuka. Som inte orkar, därför att livet blir dom övermäktigt, dom har för mycket omkring sig, dom har för många barn, dom har arbetat för mycket och jag förstår ju att dom blir trötta, alla blir ju trötta om dom har det så. Och dom har sådana levnadsförhållanden så dom inte kan gå ner i arbete för då klarar dom sig inte på lönen. Dom hör inte hemma här".

## Patienter som trängs undan

En mindre andel av de intervjuade ansåg att undanträngning av angelägna patientgrupper inte är något problem ”Jag tycker inte det, för vi försöker sålla då liksom så att dom som verkligen behöver vård, att dom får vård”, ”Jag tycker att jag räcker nog till för dom som verkligen behöver mig i dag det kan jag säga”. Medan flertalet hade åsikten att det är ett reellt problem och då framförallt problematiken med att de som är påstridiga kommer före ”Det är väl ändå så att dom som för mycket väsen dom lyckas ofta armbåga sig fram och ibland vet man inte förrän man gjort en bedömning om det var nödvändigt eller inte”, ”Vissa grupper är starkare och pratar sig in i vården och det innebär ju per definition att någon annan får avstå och det är ju kanske de svagare, den äldre gruppen”, ”Hotfulla, högljudda, stökiga patienter i en mottagningsmiljö går alltid före därför att de är skrämmande för alla inblandade. Så att en tystlåten patient som sitter i ett väntrum där det är stökigt kan få sitta väldigt länge”.

Flertalet av utsagorna handlade om att det är de äldre som riskerar att få stå tillbaka och då framförallt de som är tysta och inte tar för sig ”Jag tänker på alla dom här äldre som inte kan göra sin röst hörd framförallt p.g.a. av att de är tysta och inte tar för sig”.

En annan patientgrupp som ansågs riskera att få stå tillbaka är patienter med kroniska besvär ”Ja, alla kroniskt sjuka nästan”, ”Man får inte träffa en doktor som kroniskt sjuk så ofta”, ”Äldre kroniker får ju alltid stå tillbaka men dom har inte samma möjligheter att ta sig fram via knapptelesoner och annat. Det är en ganska stor grupp som jag tror lider lite i det tysta för det här”, ”De här kroniska vårkpatienterna, de får aldrig någon tid, de bara står på väntelistan, de kommer aldrig så långt”.

### 3.5 Målkonflikter och acceptabla prioriteringar

- *Upplever du dilemman/målkonflikter i ditt eget beslutsfattande gällande prioriteringar mellan olika grupper/åtgärder?*
- *Hur tycker du en prioritering ska gå till för att du ska acceptera den?*

Personalen upplever konflikter framförallt gällande prioriteringar i det dagliga arbetet mellan patienters krav och behov, men också gällande olika krav från politikerna, ledningen, patienterna, från lokala överenskommelser om en prioriteringsordning eller från sig själva. Av intervjuerna framkom det att en prioritering av enskilda patienter framförallt ska vara medicinskt motiverad och inriktad på att ta det mest akut sjuka först, men det fanns också åsikter om vikten av att prioriteringar baseras på korrekt och adekvat information och att den ska upplevas acceptabel för både patienten och personalen.



## Målkonflikter vid prioriteringar

Av dem som upplevde beslutsfattande av prioriteringar som konfliktfyllda berörde nästan hälften prioriteringar i vardagsarbetet mellan patienter ”Vilka ska vi prioritera? Ska vi prioritera 90-åriga Anna eller 50-åriga Kurt. Sådana frågor ställs vi ju hela tiden inför”, ”För du vet ju inte egentligen vem som behöver hjälpen bäst när du sätter dig på morgonen i telefon i och med att du bokar ju då under dagen och man prioriterar ju hela tiden och nästa gång så vet jag ju inte vad det är”, ”Då kan man ju nästan känna att man får ont i magen redan innan telefonen börjar ringa för att man vet att man har ju bara ett visst antal tider och de fylls ju ganska snart”.

De dilemman som personalen upplever i sitt beslutsfattande gällande prioriteringar skapas av motsägelsefulla egna krav på olika arbetsuppgifter, framförallt för dem som både är chef och arbetar kliniskt med patienter ”Egentligen skulle jag kunna fylla hela dagen med chefsarbete, och jag skulle precis lika gärna kunna fylla hela dagen med patientarbete med den lista jag har, den balansen är svår”. Det var även några enstaka som beskrev svårigheter att leva upp till de krav som arbetslaget/yrkesgruppen formulerat.

Andra krav som kan vara motsägelsefulla är patienternas krav och den professionella bedömningen ”Det är ju när patienter är väldigt påstridiga, och jag egentligen tycker att dom kan vänta någon dag att komma. Men när dom är väldigt påstridiga, så att man faller då och plockar in dom, att det blivit för jobbigt. Det händer ju, att man gör och då har man ju egentligen gått ifrån sina egna principer. Men, alltså ibland orkar man inte stå emot”, eller konflikten mellan politiska /ledningskrav/produktionskrav och faktiska förutsättningar där man kan uppleva ett stort glapp mellan de krav som ställs och de förutsättningar som gäller ”Alltså det är en jättekonflikt det här uttalade kravet att man skall ha snabba åtgärder- eller det är ett uttalat krav också- vi skall ha ett visst antal behandlingar per heltidsarbetande sjukgymnast, per år, en siffra som är helt omöjlig att komma upp till på det sättet som vi jobbar, så att vi struntar i den, men den ligger ju där hela tiden och gnager”.

En mindre andel upplever inte några konflikter gällande prioriteringar eftersom de upplever att de har valmöjligheter ”Jag tycker inte att det är svårt utan man vet ju vilka det är som behöver komma snabbt och vi har ju akuttider och lite halvakuta tider och så här och vanliga mottagningstider blir ju dom som har återbesök lite längre fram och inte är så akuta på det sättet. Jag tycker inte att det är svårt med prioriteringen på det sättet” och att de byggt upp en handlingsberedskap för dessa situationer ”Jag brukar säga till patienten att jag tar en i taget, dom kanske får vänta på mig. Jag kanske kan hjälpa dom men dom får vänta ett tag och då går det ofta ganska bra. Ja, det går det väldigt bra. Är det så att man inte kan klara det då kan jag erbjuda att dom får komma till AT-läkaren eller någon annan som har tid och då har patienten att välja på att komma till en annan läkare eller vänta längre på mig. Så man löser det på något sätt och då har patienten ett val”.

## Vad utmärker acceptabla prioriteringar?

Det var inte någon kategori som var mer frekvent än de övriga. En mindre andel ansåg att det var viktigt att prioriteringen är medicinskt motiverad "Medicinskt riktig. En sak som vi oftast får prioritera det är ju förlängning av sjukskrivningar på grund av ryggsbesvär till exempel som i de flesta fall det inte finns någon allvarlig orsak till. Så är det, bara för att sjukskrivningen har tagits ut så måste vi ge dem en jourtid, för det finns ingen annan tid att ge. Det känns ju helt fel, det är ju inte medicinskt riktigt. Det kunde ju försäkringskassan sköta tycker jag då", "Den skall vara grundad på medicinska skäl. Det skall finnas en vettig behandling att erbjuda om det ska vara någon mening attprioritera någon åkomma och behandlingen behöver inte vara definitiv bot men det skall åtminstone givas någon vettig lindring om det ska vara bra att koncentrera sig på en viss åkomma. Det skall inte bara bli en prioritering på politiska skäl".

Det ansågs även vara viktigt att prioriteringen baseras på korrekt information "Den som begär hjälp, att jag får så att säga rätt information", "Man skall lyssna in vad patienten har för problem, det är ju jätteviktigt och kanske tänka efter, stämmer detta för oftast säger de en sak och så är det något annat också", eller att den är acceptabel för både patienten och personalen "Den skall vara grundad på värderingar som kan accepteras av både oss och patienten", "Det får ju vara någon slags moral och etik i det på något vis också, som både patienten och läkaren och vårdgivaren och medmänniskan kan ansluta sig till". En mindre andel ansåg att det viktiga är att ta de mest akut sjuka först "Att de som är svårast sjuka får vård och att man går efter den graderingen", "Akut sjuka måste man ju ta först då. Det har man ju liksom klart för sig i det här prioriteringssystemet då, när man sitter i telefon. Det är ju alltid akut sjuka och man prioriterar ju efter sjukdomstillstånd så att säga och jag gör ju min bedömning utifrån mina medicinska kunskaper då", men det fanns även de som uttryckte att det viktiga är att det ska komma som tydliga riktlinjer från ledningen "Kommer det uppifrån, jag menar då accepterar man det ju utan att man... för att det är så. Det är liksom bestämt".

## 3.6 Öppna eller dolda prioriteringar

- Förekommer någon form av "öppna prioriteringar" idag på er vårdcentral eller i landstinget?
- Känner du till något utvecklingsarbete eller liknande som syftar till att öka förutsättningarna för öppna prioriteringar inom primärvården eller inom sjukvården i allmänhet?
- Anser du att det är önskvärt med mer öppna prioriteringar?
- Hur bör politikerna medverka vid prioritering av hälso-och sjukvård?
- Hur kan medborgarna medverka? Bör de delta överhuvudtaget?

Det var en mindre andel av de intervjuade som ansåg att det finns öppna prioriteringar på deras vårdcentral eller i landstinget, men ibland hade en öppen prioritering föregått beslut om ransonering genom att avstå från utskrivning av vissa intyg, hälsoundersökningar och vaccinationer inför utlandsresor. Patient-

grupper som berörs av öppen prioritering är de med åderbräck, födelsemärken, eller äldre kroniskt sjuka.

Det var få som kände till något utvecklingsarbete för att stimulera till mer öppna prioriteringar inom primärvården. Flertalet önskade mer av öppna prioriteringar och det ansågs vara speciellt viktigt gentemot medborgarna och patienterna.

Politikerna ansågs ha en viktig roll vid prioriteringar av hälso- och sjukvården och då framförallt när det gäller de mer övergripande prioriteringarna och att föra en dialog med medborgarna om de begränsade resurserna.

Åsikterna gick isär gällande medborgarnas medverkan vid prioriteringar. Dels ansågs det viktigt att de deltog i debatten och förde fram sitt budskap, dels ansågs medborgare vara allt för partiska för att kunna delta på ett meningsfullt sätt.

### *Förekomst av öppna prioriteringar på vårdcentral eller i landstinget*

De flesta ansåg att det inte förekommer några öppna prioriteringar på sin vårdcentral eller i landstinget *"Jag tycker inte att vi har nått ut till befolkningen. Vi kan säga det till folk som ringer men gemene man som inte söker oss så ofta dom vet inte det", "Jag tycker inte att vi har någon riktigt uttalad sådan, en sådan prioritering som vi har så att säga beslutat gemensamt"*.

Av dem som beskrev öppna prioriteringar så berörde de framförallt enstaka åtgärder och då speciellt utskrivande av intyg *"Vi säger till folk som vill ha ett intyg om körkort och sånt där, att du får ringa en privat doktor för vi kan inte ta emot sånt här längre", "Vi gör inga friskintyg. Det är ju lättare att jobba med öppna prioriteringar för att ja, nu vet ju folk om, nu är det inga konflikter i telefon eller så om detta men det gäller ju då att vi har fasta grunder så vi har rätt att säga nej"*. Andra åtgärder som beskrevs var hälsoundersökningar *"Likadant sådana som ringer och säger att jag skulle vilja ha en hälsokontroll, och inte är sjuka, dom hänvisar vi för det finns inte en möjlighet, att vi hinner med det"*. Liksom då man diskuterade på vilket sätt ransonering sker och om den förgåtts av en medveten prioritering nämndes reseprofylax som ett exempel på öppna prioriteringar *"Resepfylax, då säger man ju det att vi har inte de resurserna att ta det. Det finns många andra som gör det bättre"*.

Några utsagor berörde enstaka patientgrupper, såsom patienter med åderbräck (varicer) *"Varicer till exempel, det ska ju vara rätt mycket problem för individen för att få dessa åtgärdade och den är väl ganska öppen när det kommer ett papper som innebär att sådana här vill vi inte ha remisser på"*, födelsemärken *"Vi haft öppet hus och tittat på bruna fläckar och sådant där och då har vi också gått ut med det"* och äldre kroniskt sjuka *"Vi försöker att i förväg avsätta tid för dem som vi vet har de största behoven,*

*hemsjukvårdspatienter, kroniskt sjuka, gamla människor som kanske plötsligt inte kan ta sig hit. Det är en öppen prioritering som vi gör”.*

Det var endast enstaka personer som kunde påminna sig något utvecklingsarbete med syfte att förbättra förutsättningarna för öppna prioriteringar. En person tog upp olika vårdkedjor ”*Vårdkedjor för strokevård och vårdkedjor för höftproteser, höftoperationer och allt sådant där*” och två visste om regioner där detta var på gång ”*Västra Götalandsregionen håller ju på med ett sådant*”.

## *Är öppna prioriteringar önskvärt?*

Nästan alla ställde sig positiva till mer öppna prioriteringar. Flertalet av dessa uttryckte att behovet framförallt berör en ökad öppenhet för medborgare och patienter. Betydelsen av detta anses framförallt vara en ökad allmän förståelse av vad som ligger bakom prioriteringsbeslut och vad de kan förvänta sig av primärvården ”*På något vis måste man diskutera detta med folket. Så att folket förstår vad det är som ligger bakom, eftersom kraven är så stora. Den grupp som går mot ålderdomen nu är väldigt vana att få sin vilja igenom så det kommer att bli ett jätteproblem om man inte gör någonting åt det*”, ”*Jag tror det är jätteviktigt att människor vet vad de kan förvänta sig när de söker*”.

Öppna prioriteringar ansågs även underlätta dialogen mellan medborgare/patienter och vårdpersonalen, framförallt från vårdpersonalens sida då de kan stödja sig mot den prioritering som är gjord och som patienten fått ta del av ”*Har man satt ett beslut att det inte ska vara så är det ju bra att det kommer ut så slipper man den diskussionen i alla fall*”, ”*Jag tror att det vore bra, inte minst för befolkningen att veta vad som gäller och som stöd för oss också, att vi faktiskt får säga nej*”. Det är viktigt för den interna dialogen och ger en ökad samstämmighet ”*Det måste ju vara öppet så att det liksom- när man jobbar ett helt arbetslag, att alla känner till, att vi har samma prioriteringsgrunder*”, ”*Det är ju underlag för en diskussion här och för en diskussion med våra beställare*” och därmed ökad trovärdighet för de prioriteringar som tagits ”*Man får samma svar av alla och det här är en policy som vi har och det är mycket lättare då att stå bakom det*”, ”*Man säger samma sak så att säga, oberoende vem patienten pratar med så har vi liksom samma policy*”.

Några enstaka ansåg att mer öppna prioriteringar innebär en otrygghet för patienter ”*Det är ju bra att vara öppen men det är nog väldigt känsligt. Jag menar, om jag som sjuk, ska jag få den här behandlingen eller är jag inte värd den här, vem ska bestämma det*”, och att det försvårar arbetet ”*Det räcker med det som är, att det finns någon slags ram, det skulle bli jättesvårt att jobba om dom säger att: ’Smärta si och så skall gå före’ alltså... det är tillräckligt knepigt att jobba ändå. Jag tror man måste ha tilltro, att varje människa på något sätt... klarar ut det där*”.

## *Politikernas roll vid prioritering av hälso- och sjukvård*

I analysen av denna fråga framkom att flertalet ansåg att politikerna har en viktig roll att fylla vid prioritering av hälso- och sjukvård. Liksom vid frågan om vems ansvaret för prioriteringar är tog man upp att politikernas roll med ansvar för den övergripande resursfördelningen, för att kommunicera beslutade prioriteringar och ransoneringar till medborgarna och det gemensamma ansvaret för prioriteringsfrågor tillsammans med personalen.

Politikerna bör framförallt arbeta med övergripande prioriteringar. *"Deras roll är ju att vara med och lägga upp ramarna och inte gå ut och lova en massa som dom inte kan hålla", "Politikerna ska ju vara med och ge ramarna och sen så ska professionerna få jobba efter eget huvud tror jag", "Dom skall göra som vi brukar säga dom horisontella prioriteringarna och professionen eller verksamhetsansvariga gör dom vertikala prioriteringarna, men när resurserna inte räcker till då borde det finnas politiska sanktioner av dom vertikala prioriteringarna".*

För att kunna göra prioriteringar måste politikerna vara insatta i problemet *"De bör ju vara väl insatta i vad de beslutar om tycker jag för att kunna överhuvudtaget ha någonting att tycka till om när det gäller prioriteringar för det är viktigt att det är kunniga personer som är med i de prioriteringarna tycker jag".*

Utsagorna beskrev vikten av att politikerna lyssnar till sjukvårdspersonalens kunskap gällande det som ska prioriteras *"Jag tror att de måste lyssna på oss professionella, jag tror inte att de kanske kan avgöra de här sakerna själva. Jag tror att vi måste var rätt lyhörda och man måste hjälpa dem och tala om vad vi kan och vad vi inte kan för en viss summa".*

Att politikerna för en diallog med medborgarna ansågs viktigt och då särskilt med inriktning mot de begränsade resurser som finns *"Politikerna kanske borde försöka vara bättre på att gå ut med den informationen om orsakerna till neddragningar, om orsaker till att inte resurserna kan räcka till allt och så vidare va",* men bland dessa utsagor framgick det tydligt att man ansåg att politikerna inte skötte denna uppgift *"Dom bör ju stödja oss och inte dra sig undan och säga att det här ska professionen lösa. Dom måste våga ta i det här och det har dom inte gjort än så länge och jag tycker att det är beklagansvärt och fegt alltså. Det är för mycket av taktik och stundande val och sådana saker som jag tror stör det hela. Man vill inte göra sig impopulär bland befolkningen, men jag tror att man är så illa tvungen att faktiskt göra det i det här läget att våga axla den manteln på något vis och träda in i diskussionen och ta det ansvaret som politiker, det tror jag definitivt",* *" När de utlovar tillgänglighet eller lovar större insatser till vissa grupper så måste man vara beredd och ta striden med att vissa faktiskt inte ska komma till då va".* Några enstaka ansåg att politikerna inte ska medverka i prioriteringsarbetet eftersom de saknar kompetens för det *"Det är nog bäst om dom inte medverkar alls, tror jag. För jag tror inte att dom klarar det", "Jag tycker inte att det är någon politikerfråga det tycker jag inte, de måste kunna någonting om sjukvård och veta vad det är för någonting".*

## Medborgarnas roll

Det fanns olika åsikter om huruvida medborgarna ska medverka vid prioritering eller inte. Av de utsagor som var positiva till att medborgarna medverkar vid prioriteringar, beskrev hälften att det bör ske via kontakt med politiker *"Det politiskt representativa systemet är ju att medborgarna verkar igenom sina representanter", "De ska säga ifrån när de är missnöjda, då ska de ringa upp sina lokala politiker, tycker jag de ska göra", "Jag tycker de ska ta kontakt med våra politiker, det är en bit, men det ska du inte göra när du är sjuk, det ska du göra när du känner dig frisk"*.

Andra sätt som beskrev hur medborgarna kan delta var genom att vara med i debatten *"I samhällsdebatten, som är nödvändig framöver. Vad våra pengar ska användas till. Äldre åldersgrupperna blir ju bara fler och fler och dom yngre blir mindre och mindre som ska försörja", "Vara aktiva i diskussionen övergripande om vad som är viktigt", och via patientföreningar* *"Det kan vara patientorganisationer t ex och handikappsorganisationer o. s. v., handikappsombudsmän och sådant där som mycket väl ska vara med och ha synpunkter på det, så det ska ju vara ett remissförfarande på något sätt tycker jag. Där alla får ge synpunkter", "Pensionärsorganisationer och sådana här de intresserar sig ju för sådana här frågor. Det är ju inte sagt att man är prioriterad bara för att man är pensionär utan man måste ju även där prioritera bland dem som har största behoven då. Så att på det sättet kanske man skulle kunna nå ut då och få befolkningen att medverka. Det finns ju andra patientföreningar som säkert skulle kunna vara med".* Av dem som ansåg att medborgarna inte bör medverka i debatten runt prioriteringsbesluten handlade nästan alla utsagor om att medborgarna är partiska och tänker mest på sig själva *"I det här sammanhanget tror jag inte att dom tänker med hjärnan utan jag tror att dom tänker med hjärtat", "Patienterna tänker på sig själva i första hand och då blir det patientföreningar. Frågan är om de tar ansvar för detta med prioriteringar - jag vet inte. Politikerna är viktigare", "Var och en är sig själv närmast, alla vill bli prioriterade först, så jag tror inte att det varit till någon hjälp".* Det var endast ett par utsagor som beskrev att medborgarna inte har någon inblick i prioriteringsproblematiken eftersom det är för komplicerat *"Dom har inte tillräcklig inblick i... sjukvårdens alla krångligheter och vilka möjligheter som finns och vilka som fattas", "Jag tror inte att man ska gå ut och fråga liksom gemene man 'Vad tycker du?' därför att man kommer att få väldigt många olika svar för det här tror jag är en sak som politiker och experter och professionen gemensamt måste lösa. Därför att frågan är så komplex och mångfacetterad"*.

### 3.7 Hinder och nödvändiga förändringar för att realisera öppna prioriteringar

- *Finns det hinder för att åstadkomma mer av öppna prioriteringar – vilka är i så fall de viktigaste hindren?*
- *Vilka förändringar tycker du krävs för att kunna genomföra mer av öppna prioriteringar i er organisation och i hälso- och sjukvården i allmänhet?*

Lite drygt hälften av de intervjuade beskrev hinder för att realisera öppna prioriteringar. Av svaren under detta frågeområde framkommer det att en del av hindren är oenighet mellan olika parter på grund av intressekonflikter. En mindre andel beskrev att det är ett kontroversiellt ämne som skapar politiska blockeringar, vilket försvårar en öppen prioritering. Några enstaka ansåg att hinder utgörs av svårigheter med att tydliggöra prioriteringen för medborgarna, att det blir ett folkmotstånd, allmänt förändringsmotstånd och att kunskapen inför prioriteringsbeslut är för dålig. Resterande hinder som beskrevs var tidsbrist, risken för felbedömningar och att den professionella autonomin hotas. Några enstaka ansåg inte att det fanns några hinder för öppna prioriteringar.

Den förändring som mest frekvent ansågs behövas var att förbättra dialogen mellan politiker – allmänhet och mellan politiker – vårdpersonal. En mindre andel ansåg att det krävs en enighet om vad som är primärvårdens uppdrag och att öka medvetenheten om behovet av prioriteringar bland politiker och allmänheten. Några enstaka beskrev att det krävs förändringar i ett stelbent regelverk, avsättande av mer resurser, decentralisering och förbättring av beslutsunderlaget.

### *De viktigaste hindren för öppna prioriteringar*

Det vanligaste hindret för öppna prioriteringar som beskrevs är svårigheter att skapa enighet på grund av olika intressen, vilket kan förekomma på arbetsplatsen *"Vi måste ju först vara väldigt eniga på arbetsplatsen när det gäller det innan man går ut till allmänheten"*, mellan olika personer eller yrkesgrupper *"Det kan ju vara olika prestigetänkande mellan olika vårdgivare då, att det här är ju viktigt för oss, det här ska ju vi få göra o s v för att kunna forska vidare eller vad dom nu vill"*, mellan olika patientgrupper *"Vissa grupper är starkare än andra, det är dom. Dom har bättre organisation och är vana och driva sina frågor och andra är inte det"*.

Att ämnet ofta är kontroversiellt innebär också ett hinder eftersom det då kan skapa politiska blockeringar *"Det finns alltid en nackdel av att säga något obehagligt-att ta ett obehagligt beslut. Så det, det tror jag är stora hinder just att det är så pass mycket politik i det"*.

Några enstaka personer beskrev att ett hinder kan vara svårigheter att tydliggöra de öppna prioriteringarna för allmänheten *"det kräver att man överför en del av den omedvetna prioriteringen till en medveten prioritering och det ställer högre strukturerade krav på de aktörerna i vården än vad de är vana vid. Vi gör väldigt mycket i vården på ryggmärgsreflexer utan att kunna förklara varför och när vi tvingas förklara varför så blir man irriterad för att man kan inte förklara varför"*, *"Svårigheten är väl att hitta en tydlighet som inte blir skrämmande för befolkningen"*, att prioriteringarna kan missförstås eller upplevas provocerande för allmänheten *"Det är så lätt att det missuppfattas - det slås upp... som en löpsedel va, för nu skall man inte behandla det och det och de, när det inte*

riktigt var menat så När det var mer menat som att: om man måste välja mellan att ta hand om de och de och de så måste vi ta det före. Oftast ligger det ju logiskt resonemang bakom det, säkert att majoriteten av allmänheten skulle vara med på det resonemanget”, ”Ja, hindret skulle ju vara att det blir ett folkmotstånd”, ”Det kan ju faktiskt vara så att man har varit tvungen att göra prioriteringar som kan vara väldigt provocerande för allmänheten”, eller att kunskapen är för dålig inför prioriteringsbeslut ”Kunskapsläget egentligen, vad har vi för kunskap när vi gör prioriteringarna?”.

Andra hinder som beskrevs är tidsbrist ”Diskussionerna och det här, det tar tid. För att det är inte bara att sätta sig ner och klubba nått, utan det är ett stort arbete” och risken för felbedömningar på individnivå ”Det är mycket svårt att bara bestämma att du skall inte komma första dagen. Då vill man gärna prata med dom i alla fall, för det kanske är något annat bakom”. Några enstaka ansåg inte att det finns några hinder för öppna prioriteringar.

## *Nödvändiga förändringar för att åstadkomma öppna prioriteringar*

Många beskrev behovet av att förbättra dialogen mellan politiker och medborgare ”En ökad öppenhet och en ökad dialog mellan politiker och allmänhet”, mellan politiker och verksamhet ”Att det finns en samstämmighet, annars så verkar vi, ja vi sätts ju i ett väldigt dilemma när politikerna går och lovar saker som inte är förankrade eller möjliga och så säger dom ’sjukvården fixar det här’ och det finns inga rimliga konsekvensbeskrivningar”, eller mellan yrkesgrupper ”Vi skulle ju behöva samarbeta, diskutera mer mellan yrkesgrupperna till exempel”.

Att enas om vad som är primärvårdens uppdrag ansågs vara viktigt för att kunna arbeta mer öppet med prioriteringar ”Nummer 1 då det är ju att bestämma vad ska primärvården göra, därför att hela detta koncept i prioriteringsutredningen det kan vi inte göra och det är ju en diskussion som måste föras så att säga på nationell nivå, vad är huvuduppgifterna, vad är primärvården bra på, vad är huvuduppgifterna och då framför allt ställa dom mot alla kroniker som har utremitterats de sista åren därför att det är det som gör att dom tar mer och mer tid så vi har mindre och mindre tid åt allt det här andra så att säga. Antingen ska vi sköta hela biten och då handlar det om mera resurser, ska vi inte sköta hela biten, vad ska vi då plocka bort?”, och att öka medvetenheten om vikten av prioriteringar, både bland politiker ”Informerera politikerna, dom är ju också medborgare precis som alla andra. Dom sitter också där med... ett tänkesätt som styrs utav vad media tycker och tänker. Och är inte dom informerade och är med i processen, jamen då kan de ju bli... vi som... till sist får stå med alltihop i alla fall”, och bland allmänheten ”Patienterna kanske också behöver bli upplysta om vad det är som vi verkligen måste tänka på först. Man lär sig som hos tandläkaren att om det inte är någonting riktigt akut så får man vänta”.

Det fanns även en del förslag som beskrevs av några enstaka om vad som krävs för att kunna genomföra mer av öppna prioriteringar, såsom ändringar av ett stelbent system ”Mycket ligger i sådan sak som det här med ekonomi. Vår vårdcentral här



*går back en halv miljon tack vare röntgen, men om jag kan skicka in patienten till kirurgen och dom röntgar i stället, så kostar det ju dom pengar, så här blir spelet va, när vi inte har någon gemensam budget för detta. Och där ser jag också en konflikt mellan då den egna vårdcentralen om man nu ska vara självständig, ekonomisk och sådant och sjukhuset. För blir det två ekonomiska enheter så kommer vi och hålla på och bolla så här”, avsätta mer resurser ”Alltså genom en ren resursförstärkning möjligen öka prioriteringsmöjligheterna”, ””, decentralisera besluten ”Det skall nog ligga ganska långt ut. Även om man kanske måste ha någon övergripande men, fortfarande att ligger decentraliserat ute på vården, tror jag att det är en stor förändring som måste ske” och att förbättra beslutsunderlaget ”Bättre kunskapsunderlag”, ”Analys av kostnad-nytta”.*

### **3.8 Rangordning av patientfallen**

De 62 personerna som intervjuades ombads rangordna tio behandlings-åtgärder för tio olika patientgrupper. Av olika skäl var det bara 46 personer som lämnade kompletta svar. Det innebär en svarsfrekvens på 74 procent. De som avstod angav oftast som skäl att de inte hade tillräckliga kunskaper om samtliga de tillstånd och åtgärder som fanns beskrivna i fallen. Ungefär lika många läkare och sjuksköterskor svarade men bara ett fåtal sjukgymnaster. Knappt två tredjedelar var kvinnor.

De tio fallen och den sammanräknade rangordningen framgår av tabell 1. För vart och ett av fallen fanns det någon eller några som angav ett av de högsta respektive det lägsta värdet på rangordningsskalan. Trots detta var majoriteten av bedömningarna ganska lika. Spridningen är angiven som kvartilavstånd och siffrorna inom parentes anger det högsta och lägsta värdet för rangordningen då den hälft av de svarande som angav de högsta och lägsta värdena räknats bort. Högsta och lägsta värdet anges också. Fallet med stöd och smärtlindring till patienter i palliativ vård prioriterade de allra flesta högst. Träninginstruktioner åt patienter med nack- och skuldersmärter samt läkemedelsbehandling mot benskörhet var de två tillstånd/åtgärder som rangordnades lägst.

På frågan om hur man tyckte att det var att rangordna fallen svarade 60 procent ”mycket svårt, svårt eller ganska svårt” på den sjugradiga skalan. Övriga svarade ”lätt eller ganska lätt”. Det fanns inga skillnader mellan män och kvinnor men av sjuksköterskorna var det något fler som angav ”lätt” än bland läkarna.

Tabell 1. Rangordningslista.

Rang- ordning	Aktuellt sjukdomstillstånd	Åtgärd	Median	Typvärde	Kvartil- avstånd Max-min
1	<b>Kolorektal cancer.</b> Avancerad cancer i terminalt stadium. Till största delen sängliggande patienter.	Stödsamtal med patient och anhöriga, justering av smärtstillande behandling vid behov.	2	1	2 (1-3)  (1-10)
2	<b>Diabetes.</b> Äldre patienter som på grund av ålder/stroke ej kan sköta insulin eller kontrollera blodsockret själv. Upplever själv inga besvär när blodsockret är under kontroll.	Ge insulin, kontrollera blodsocker och kontakta läkare/diabetessköterska vid behov	3	1	4 (1-5)  (1-9)
3	<b>Depression av lite svårare grad.</b> Nedstämdhet och självmordstankar men inga självmordsplaner. Svårt att ta sig för saker, kan ej arbeta.	Behandling med SSRI-preparat.	3	2	2 (2-4)  (4-10)
4	<b>Misstänkt hjärtsvikt av lätt till måttlig grad.</b> Patienter med bensvullnad och möjligen lätt andfäddhet vid ansträngning. Klarar vardagliga göromål utan besvär.	Utredning med ultraljud av hjärtat för att säkerställa diagnosen innan behandling	4	4	2 (2-4)  (3-10)
5	<b>Ont i örat.</b> Barn i förskoleåldern med förkylning med ont i örat under det senaste dygnet. Temperatur 38 grader.	Läkarbesök för ställningstagande för eventuell behandling	5	5	3 (3-6)  (1-10)
6	<b>Yrsel och förflyttningssvårigheter.</b> Äldre personer över 70 år som pga tilltagande yrsel och osäkerhet vid gång ej längre vågar gå ut själv. Har fem trappsteg vid entrén.	Ställningstagande och eventuell förskrivning av gånghjälpmedel. Intyg och åtgärdsförslag för ansökan om bostadsanpassningsbidrag för ramp.	6	6	2 (5-7)  (1-8)
7	<b>Måttlig till kraftig övervikt samt lätt förhöjt blodtryck.</b> Upplever själv inga besvär.	Rådgivning och instruktioner angående motion och kost, stödkontakter/uppföljning.	7	8	2 (6-8)  (4-10)
8	<b>Gonartros (Knäledsartros).</b> Lite uppdrivet runt vänster knä. Något svagare quadriceps på vänster sida. Måttlig smärta vid gång. Svårt att gå längre sträckor.	Träningsinstruktioner.	8	9	3 (6-9)  (5-10)
9	<b>Nack- och skuldermyalgi.</b> Yngre personer 20-40 år som sitter mycket vid dator. Ej motionsinriktade. Lätt till måttlig värk som ökar under dagen. Bättre på helgerna.	Bedömning och instruktioner för hemträningsprogram	8	10	2 (7-9)  (3-10)
10	<b>Osteoporos (benskörhet).</b> Äldre patienter i åldern 60-70 år med en tidigare fraktur, utredning har visat benskörhet. Inga symptom nu.	Förebyggande behandling med läkemedel (bifosfonater)	9	9	4 (6-10)  (1-10)

## 4. DISKUSSION

---

### *Vår metod*

Studiens uppläggning med syfte att få ett representativt urval av vårdcentraler och respondenter visade sig mycket arbetskrävande, dels på grund av resor men framförallt på grund av svårigheterna att komma i kontakt med chefer och planera in intervjuerna. Vi har inte tillförlitligt lyckats nå vår uppställda målsättning att genomföra fyra intervjuer vid 20 olika vårdcentraler. Istället för 80 intervjuer genomfördes 62. Vi anser dock att vi har lyckats samla in ett rikt material som gör att vi ändå uppfyller studiens övergripande syfte. Antalet vårdcentraler i studien och spridning i åldrar och yrkeserfarenhet bland de intervjuade talar för att vårt resultat ger en god bild av erfarenheter, kunskap om och inställning till prioriteringar i svensk primärvård. Vidare bidrar resultatet med viktig information om hur mer öppna prioriteringar bör utvecklas i hälso- och sjukvården i allmänhet och primärvården i synnerhet.

Studien har en kvalitativ ansats med syfte att fånga och beskriva olika företeelser som kan förekomma utan att vi anser oss kunna exakt kvantifiera och bestämma deras relativa betydelse. Vi har ändå bedömt det meningsfullt att i viss utsträckning uttrycka vissa resultat i kvantitativa termer. Detta ger ett underlag för att bedöma om t ex en uppfattning eller företeelse är vanlig eller ovanlig men tillåter inte några långtgående generaliseringar. Svaren ger dock vissa möjligheter för att formulera hypoteser för fortsatta studier.

Vid en kvalitativ intervju är det viktigt att försäkra sig om att den intervjuade är insatt i innebörden av de centrala begrepp/fenomen som de ombeds ha åsikter om. I varje intervju överlämnades därför, inför specifika frågeområden, en skriven definition av begreppen prioritering, ransonering och öppen prioritering. Den intervjuade hade dessutom möjlighet att diskutera dessa definitioner under intervjun. Dessutom testades intervjufrågorna via pilotintervjuer vilket ledde till en del mindre justeringar av frågemanualen.

Två av författarna genomförde samtliga intervjuer samt läste upprepade gånger igenom den utskrivna texten. I samband med detta gjordes en del rättelser i texten där sekreteraren som skrivit ut banden haft svårigheter att uppfatta vad som sagts under intervjun. Därmed anses felkällor som feltolkning av fakta i intervjumaterialet vara minimerat. Analysens trovärdighet har stärkts genom att medförfattare som tillsammans besitter god faktakunskap om prioriteringar och kunskap om primärvård varit medbedömare vid såväl utplockning av citat, kategorisering av citat som vid bedömning av det slutgiltiga mönstret.

När det gäller rangordningen av patientfallen kan det faktum att många sjukgymnaster avstod från att försöka rangordna fallen därför att de ansåg att de inte hade tillräckliga kunskaper kan ha påverkat rangordningen av de fall som berörde sjukgymnastiska behandlingar.

## *Resultatet*

En fråga man kan ställa sig är om studier av prioriteringar överhuvudtaget är relevanta? Finns det något problem med prioriteringar och ransonering i primärvården? Vår bild av att det förhåller sig på det viset bekräftas i hög grad av svaren. Det är en utbredd uppfattning att det finns en stor brist på resurser inom primärvården och då framförallt i form av brist på personal som bland annat tar sig uttryck i brist på besökstider för inbokning av patienter som efterfrågar vård. Denna resursbrist hanteras genom olika former av ransonering vårdens vanligtvis med hjälp av tidsransonering (skjuta upp patientbesök/andra arbetsuppgifter), kvalitetsförsämring (glesa ut återbesök och behandlingar, använda billigare läkemedel, samt minska på antalet utredningar) eller genom att välja bort en viss typ av åtgärd (intyg, vissa kontroller, behandling av vårtor, kosmetiska besvär och vissa vaccinationer). I flera fall är svaren inte tillräckligt precisa för att det ska vara möjligt att tydligt särskilja ransoneringar från effektiviseringar. I några fall rör sig ransoneringarna om något man inte längre utför på vårdcentralen medan samma åtgärd kan utföras i en annan del av den offentliga vården i stället.

Inställningen till prioriteringar som företeelse visade sig vara skiftande. De som är positiva menar att prioriteringar är både naturligt och nödvändigt. Den negativa inställning som förekommer innebär att prioriteringar upplevs som ett negativt laddat ord. Andra har ett neutralt förhållningssätt och beskriver prioriteringar som något som är nödvändigt men svårt att genomföra i praktiken vilket beror på bristande erfarenhet, bristande riktlinjer, emotionella skäl och organisatoriska hinder. Svaren pekar på en hög medvetenhet om prioriteringar som företeelse men här görs ingen distinktion mellan dolda och öppna systematiska prioriteringar. Analysen visar att det är svårt att veta vilken typ av prioriteringar de intervjuade tänkt på. Det är tydligt att många personer ofta refererat till prioriteringar på individnivå till skillnad från prioriteringar av grupper/eller åtgärder som stöd för individuella prioriteringar. I fortsatta studier är det viktigt att göra denna uppdelning tydlig.

När det gäller vem som bör ha ansvar för prioriteringarna går åsikterna isär. Ungefär hälften av respondenterna ansåg att prioriteringar är ett gemensamt uppdrag som delas mellan politiker och vårdpersonal, men att politikerna ska ansvara för den övergripande fördelningen av resurser, dra gränser för vad som ska prioriteras samt vara ett stöd och kommunicera nödvändiga avgränsningar

med medborgarna. Övriga ansåg att prioriteringar endast är personalens ansvar, antingen gemensamt, enskilt eller ett ansvar som varje yrkesgrupp måste axla. Med andra ord tycks nästan alla mena att sjukvårdspersonalen har en roll att spela medan meningarna går isär om politikernas uppdrag. Även när det gäller denna fråga är det oklart från intervjuerna om de som svarat att prioriteringar enbart ska skötas av sjukvårdspersonalen enbart har tänkt på prioriteringar i verksamheten på individnivån och inte tänkt på övergripande fördelnings- och prioriteringsbeslut.

Trots att flertalet respondenter tycker det är bra med etiska principer är kunskapen bland primärvårdens personal inklusive chefer om den etiska plattformen mycket begränsad. Ytterst få känner till och kan återge de tre etiska principerna. Det var betydligt fler som istället beskrev de fyra prioritetsgrupperna. Detta resultat stämmer väl med andra studier inom vården under senare år (Broqvist 2004; Lämås & Jacobsson 2004). Flera hävdar att prioriteringar/ransoneringsbeslut föregåtts av en medveten och strukturerad process och då framförallt via diskussioner i olika former. Däremot saknas lokala riktlinjer eller dokumentation av besluten. Okunskapen om principerna och avsaknaden av riktlinjer gör det svårt att dra slutsatser när det gäller frågan om personalens åsikter och förekommande lokala riktlinjer för prioriteringar överensstämmer med principerna i Hälso- och sjukvårdslagen.

Finns det behov av riktlinjer och annat stöd för prioriteringar? Det framgår att personalen upplever målkonflikter framförallt gällande prioriteringar mellan patienter, samt från de krav som ställs från politiker, ledning, patienter eller från dem själva, men det fanns också åsikter om vikten av att prioriteringar baseras på korrekt och adekvat information. Det växer också fram en bild av att förväntningarna är stora på primärvården från patienterna. Det finns starka önskemål om att snabbt få den hjälp man vill ha. Yngre ansågs ha betydligt större krav än äldre, vilket kan tala för att trycket från patienterna kommer att öka. Däremot uppfattades få skillnader i förväntningar mellan olika kön, socialgrupper och etniska befolkningsgrupper. Personalen uppfattar att starka krav på vården från enskilda patienter bidrar till att primärvården tvingas eller uppmuntras bedriva vård som egentligen inte anses medicinskt motiverad. Att ta hand om socialt uttröttade människor är en uppgift som några tog som exempel på vad som inte borde vara primärvårdens ansvar. Krav från patienter riskerar också att leda till att mindre krävande och talföra äldre patienter får stå tillbaka och indirekt få en lägre prioritet än vad de kanske borde ha.

Kan ett arbete med öppna prioriteringar motverka denna utveckling? En majoritet bland de intervjuade efterlyser mer av öppna prioriteringar både i verksamheten och på den politiska nivån. I grunden är det en trovärdighetsfråga. Politikerna har här en viktig roll att föra en dialog med medborgarna om de

begränsade resurserna. Bilden är dock inte entydig. Vissa tror att en ökad öppenhet gentemot medborgarna skulle försvåra sjukvårdsarbetet. Åsikterna går också isär gällande medborgarnas medverkan vid prioriteringar. En del tycker det är viktigt att medborgarna i ökad utsträckning deltar i debatten och för fram sina åsikter om sjukvårdens omfattning och inriktning, medan andra menar att medborgare kan förväntas agera egoistiskt och sätta sina egna intressen i främsta rummet och kan därför inte medverka i prioriteringsarbete på ett meningsfullt sätt.

När det gäller personalens medverkan är det oenigheter mellan olika intressen som bedöms vara det största hindret för mer öppna prioriteringar. En bättre dialog mellan politiker och allmänheten respektive personalen ansågs vara den viktigaste åtgärden för att möjliggöra en ökad öppenhet. Några menar att man först måste reda ut och uppnå en större enighet om vad som är primärvårdens uppdrag och att öka medvetenheten om behovet av prioriteringar bland politiker och allmänheten.

Öppna prioriteringar förutsätter att många kan och vill ta del av och vara med och diskutera beslut om prioriteringar. I den här studien avstod några från att rangordna de tio patientfallen på grund av att de ansåg att de inte hade tillräckliga kunskaper om vissa tillstånd och behandlingar. Ändå gäller detta personer som arbetar i primärvården och har en hel del kunskaper om hälso- och sjukvård. Detta visar på behovet av enkla och tydliga beskrivningar av det som ska prioriteras för att skapa en möjlighet för många att delta och ha synpunkter på prioriteringar i vården.

De flesta försökte rangordna fallen och även om man upplevde det olika svårt var spridningen i svaren måttlig. Flertalet gjorde också ganska lika rangordningar. Detta talar för att det faktiskt är möjligt att diskutera primärvårdspatienter ur ett prioriteringsperspektiv och också att kunna komma överens om hur en gemensam prioritering ska vara.

## 5. SLUTSATSER

---

- Begreppet prioritering och andra närbesläktade begrepp, t ex fördelning, ransonering och effektivisering, uppfattas olika, vilket ofta leder till missförstånd och därmed försvårar dialogen mellan olika parter.
- Det är en utbredd uppfattning att det saknas resurser inom primärvården. Den hanteras genom olika former av effektivisering/ransonering såsom tidsransonering (skjuta upp patientbesök), kvalitetsförsämringar (glesa ut återbesök och behandlingar, använda billigare läkemedel, samt minska på antalet utredningar) eller genom att välja bort att på vårdcentralen utföra en viss typ av åtgärd (intyg, vissa kontroller, behandling av vårtor, kosmetiska besvär och vissa vaccinationer).
- Uppfattningen om vad som krävs för att en prioritering ska accepteras varierar. Exempel på kriterier för acceptabla prioriteringar är att den är medicinskt motiverad, grundad på korrekt och adekvat information, acceptabel för både patient och personal, att de mest akuta fallen tas om hand först eller att den är grundad på riktlinjer från ledningen.
- Inställningen till prioriteringar skiftar från dem som ser det som något naturligt och nödvändigt men svårt till andra som uppfattar att själva begreppet har en negativ laddning. Svårigheterna att göra prioriteringar kan bero på bristande erfarenhet, bristande riktlinjer, emotionella skäl och organisatoriska hinder.
- Det är bra med etiska principer men kunskapen om den etiska plattformen är mycket begränsad. Kännedom om de fyra prioritetsgrupperna är vanligare.
- Gjorda prioriteringar/ransoneringar anses ha föregåtts av en medveten beslutsprocess. Detta har inte verifierats av lokala riktlinjer för prioriteringar eller dokumentation av besluten.
- Personalen upplever målkonflikter framförallt gällande prioriteringar mellan patienter samt från de krav som ställs från politiker, ledning, patienter.
- Förväntningarna från patienter på primärvården upplevs stora. Yngre patienter anses ha betydligt större krav än äldre. Däremot påtalar man inga stora skillnader i förväntningar mellan olika kön, socialgrupper och etniska befolkningsgrupper.

- Personalen upplever att ökad efterfrågan och mer krävande patienter bidrar till att primärvården bedriver vård som inte är medicinskt motiverad. Vidare finns det en risk att det leder till att mindre krävande och talföra framförallt äldre patienter får stå tillbaka.
- Prioriteringar är ett gemensamt uppdrag som bör delas mellan politiker och vårdpersonal, men politikerna ska ansvara för den övergripande fördelningen av resurser, dra gränser för primärvårdens åtagande samt vara ett stöd och kommunicera nödvändiga avgränsningar med medborgarna. Andra anser att prioriteringar endast är personalens ansvar, antingen gemensamt, enskilt eller ett ansvar som varje yrkesgrupp måste ta.
- Personalen har en roll för att utveckla öppna prioriteringar men man arbetar inte aktivt med detta.
- Det finns önskemål om mer öppna prioriteringar. För att realisera detta har politikerna en viktig roll genom att föra en dialog med medborgarna om de begränsade resurserna. Det är också viktigt att etablera en fungerande dialog mellan personalen och politikerna. För att kunna föra meningsfull dialog med medborgarna om prioriteringar måste till att börja med politiker och verksamhetsföreträdare bli eniga om vad som är primärvårdens uppdrag.
- För att skapa möjlighet för olika personalgrupper att diskutera prioriteringar behövs tydliga och enkla beskrivningar av prioriteringsobjekten.



## REFERENSER

---

Broqvist M. Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik. PrioriteringsCentrum, Rapport 2004:3, Linköping.

Daniels N, Sabin J. Limits to Health Care : Fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy & Public Affairs*, 1997; 26: 303-350.

Daniels N. Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ*, 2000; 321:1300-1301.

Fuchs V. Who Shall Live?-Health, economics, and social choice. Basic Books, New York, 1974.

Garpenby P. Medborgaren i prioriteringsprocessen. PrioriteringsCentrum, Rapport 2001:1, Linköping.

Garpenby P. Prioriteringsprocessen Del 1:övergripande strategier. PrioriteringsCentrum, Rapport 2003:3, Linköping.

Holmberg S, Weibull L (red.). Land du välsignade? SOM –undersökningen 2000. SOM rapport 26, SOM institutet, 2001, Göteborgs universitet.

Krippendorff K. Content analysis. An introduction to its methodology 2. ed. London: Sage, 2000.

Liss P-E. Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård- en begreppsanalys. PrioriteringsCentrum, Rapport 2002:4, Linköping.

Liss P-E. Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård- en begreppsanalys. Andra reviderade upplagan. PrioriteringsCentrum, Rapport 2004:9, Linköping.

Lämås K, Jacobsson C. Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar-en intervjustudie. PrioriteringsCentrum, Rapport 2004:1, Linköping.

Polit D F, Hungler B F. Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization 4. ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.

Socialdepartementet. Priorities in health care. Ethics, economy, implementation. SOU, 1995:5, Stockholm.

## BILAGA 1. INTERVJUGUIDE

---

### **Vilka principer används för prioritering och ransonering av primärvård hos er?**

- Förekommer det situationer av resursbrist i er verksamhet?
- Kan du ge exempel på sådana situationer av resursbrist (i det dagliga arbetet och på en övergripande nivå)?
- Hur hanterar ni sådana situationer av resursbrist?
- Har det här agerandet att göra med prioriteringar?
- Vad menar du med prioriteringar inom vården?
- Vad är din inställning till det?
- Vem tycker du ska ta ansvar för de olika typerna av prioriteringar?

Här ges en definition av prioritering respektive begreppen ransonering och välja bort (visa nedanstående text för respondenten)

”I en situation av resursbrist kan det bli nödvändigt att endera välja bort något eller begränsa tillgången på vård (ransonering). Ransonering kan ske genom att man minskar på kvalitet t ex mindre tid eller billigare läkemedel med ngt sämre effekt. Sådana beslut ska helst föregås av en medveten rangordning mellan olika alternativ, dvs prioritering. Att prioritera betyder att ge företräde åt något.” *(detta läses upp samtidigt som respondenten får ett papper som visar vad de olika begreppen står för)*

- Kan du ge konkreta exempel på att välja bort eller ransonera som redan förekommer hos er?
- Har detta eller dessa ställningstaganden föregåtts av en medveten och systematisk prioritering?

### **Hur överensstämmer personalens åsikter och förekommande riktlinjer för prioriteringar med principerna i HSL?**

- Är de principer för prioriteringar den s.k. etiska plattformen som etablerats genom prioriteringsutredningen och riksdagsbeslutet 1997 kända för dig? Om ja hur vill du sammanfatta dem? *Om nej gå till frågan om egna riktlinjer.*
- Hur tycker du att dessa riktlinjer stämmer med dina egna åsikter?
- Vilken betydelse har de etiska principerna vid prioriteringar i er egen verksamhet?

*Förekommer egna riktlinjer?*

- Har ni egna riktlinjer/skrivna dokument här på vårdcentralen som stöd för prioriteringar?
- Exempel?
- Är dessa riktlinjer gemensamma för landstinget, hela primärvården eller gäller de endast för den egna enheten?
- Finns det riktlinjer som gäller för din yrkesgrupp? Är dessa gemensamma med andra enheter?

- Vilka riktlinjer/skrivna policydokument används i praktiken? Exempel?
- Går det att få en kopia på förekommande riktlinjer?

## Behov och efterfrågan

*Det sägs ofta att efterfrågan på vård är större än de egentliga medicinska behoven och detta gap kommer att öka. Men vissa debattörer menar att om bara de personer sökte vård, som egentligen behöver hälso- och sjukvårdens speciella kompetens, så skulle alla kunna tas om hand inom rimlig tid. Detta kan man ha olika åsikter om. Det är dock intressant att diskutera om efterfrågan på mindre angelägna vårdtjänster riskerar att tränga ut vård till personer med stora behov. (läses högt)*

- Hur uppfattar du allmänhetens förväntningar på primärvården idag?
- Uppfattar du att dessa förväntningar skiljer sig åt mellan olika ålder, kön, sociala och etniska befolkningsgrupper? Om ja, hur då?
- Uppfattar du att det förekommer orealistiska förväntningar/krav. Om ja, kan du/ni ge exempel på orealistiska förväntningar. *Här är det viktigt att be respondenterna vara precisa och ge tydliga exempel.*
- Förekommer det vård som du tycker inte hör hemma i primärvården utan borde skötas på annat sätt?
- Finns det enskilda patienter och/eller patientgrupper (tillstånd) som du tycker får stå tillbaka pga av patienter med mindre angelägna vårdbehov?
- Kan du ge exempel på sådana grupper
- Anser du att detta med undanträngning av angelägna patientgrupper är ett problem?

## Etiska dilemman i vården

- Upplever du dilemman/målkonflikter i ditt eget beslutsfattande gällande prioriteringar mellan olika grupper/åtgärder? Om ja ge ett exempel.
- Hur tycker du en prioritering ska gå till för att du ska acceptera den?

## Öppna eller dolda prioriteringar

*Här visas en skriven definition av ÖPPNA PRIORITERINGAR*

”Prioriteringar kan vara mer eller mindre öppna eller dolda. Graden av öppenhet är beroende av i vilken utsträckning som som besluten, grunderna och resonemangen (inklusive konsekvenserna) är tillgängliga för andra”.

- Förekommer någon form av ”öppna prioriteringar” idag på er vårdcentral eller i landstinget? Om ja ge exempel. Finns det något som uppfyller hela eller delar av villkoren i definitionen?
- Känner du till något utvecklingsarbete eller liknande som syftar till att öka förutsättningarna för öppna prioriteringar inom primärvården eller inom sjukvården i allmänhet? Om ja, vilka medverkar?
- Anser du att det är önskvärt med mer öppna prioriteringar? Kan du utveckla ditt svar?
- Hur bör politikerna medverka vid prioritering av hälso-och sjukvård?

- Hur kan medborgarna medverka? Bör de delta överhuvudtaget?

### **Vilka hinder finns för realisera öppna prioriteringar?**

- Finns det hinder för att åstadkomma mer av öppna prioriteringar – vilka är i så fall de viktigaste hindren?
  - Vilka förändringar tycker du krävs för att kunna genomföra mer av öppna prioriteringar i er organisation och i hälso- och sjukvården i allmänhet?

( Fyra frågor om ”Hur skall/bör arbetet gå vidare i landstinget/primärvården?” redovisas inte eftersom det inte tas upp i rapporten)

## BILAGA 2. BREV TILL VÅRDcentralER

---

Till chefen för vårdcentralen -----

Behovet av att kunna göra rättvisa och legitima och sannolikt mer öppna prioriteringar i sjukvården har blivit allt tydligare. Det är dock oklart hur detta lämpligast ska gå till. Därför genomför Linköpings universitet en undersökning om prioriteringar i primärvården. Studien finansieras av Nationellt program om sjukvårdens förändringar. Bakom detta står Landstingsförbundet, Socialstyrelsen, Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Landstinget i Östergötland och landstinget Västmanland.

Exempel på frågor som skall besvaras i en första delstudie är; Vilka principer används idag för prioritering och ransonering av primärvården? Hur överensstämmer personalens åsikter och förekommande riktlinjer för prioriteringar med principerna i HSL? Vad är inställningen till öppnare prioriteringar? Vad finns det för hinder för att genomföra sådana i primärvården?

För att besvara dessa frågor skall data insamlas med hjälp av semistrukturerade intervjuer med olika personalgrupper i primärvården. Aktuella policydokument kommer att samlas in och analyseras. Vid 20 slumpmässigt utvalda primärvårdområden skall 4 personer (chef, läkare, sjuksköterska/distriktsköterska, rehabiliteringspersonal) intervjuas.

Vårdcentralen ----- utgör en av dessa utvalda vårdcentraler. Det är vår förhoppning att vi kan beredas tillfälle till att intervjua Dig som chef och ytterligare 3 medarbetare. De skall representera följande tre kategorier 1. Läkare, 2. Sjuksköterska/distriktsköterska, 3. Sjukgymnast/arbetsterapeut. Medverkan ska givetvis vara frivillig. För övrigt finns det inga specifika önskemål om erfarenheter eller andra egenskaper. Det är dock lämpligt att de aktuella personerna har arbetat så länge inom organisationen att de har hunnit bilda sig en uppfattning om arbetsrutinerna vid arbetsplatsen.

Varje intervju beräknas ta cirka 45-60 minuter. Intervjun kommer att spelas in på band för att skrivas ut och analyseras vid ett senare tillfälle. Samtycke om registrering av uppgifterna kommer att inhämtas i samband med intervjun. Vid registrering kommer ett särskilt ID nr användas. Resultaten kommer att presenteras på ett sådant sätt att det inte går att identifiera enskilda personer.

Det är vår förhoppning om Er medverkan och att resultatet av undersökningen kan komma till nytta för Er. Vi vore tacksamma om ni meddelar ert svar till Jan Mårtensson tel. 036 – 325213, alt. mail. [Jan.martensson@lj.se](mailto:Jan.martensson@lj.se) innan den ----- . Jan kommer sedan att diskutera med er hur eventuella intervjuer ska planeras in.

Med bästa hälsningar

## **BILAGA 3. FÖRTECKNING ÖVER VÅRDcentraler SOM MEDVERKAT I UNDERSÖKNINGEN**

---

Kungsgårdets vårdcentral, Uppsala  
Vårdcentralen Mellerud  
Tanumshede vårdcentral  
Ängabo vårdcentral, Alingsås  
Årsta vårdcentral AB, KvaLita, Stockholm  
Kungshamns vårdcentral  
Laxen vårdcentral, Ängelholm  
Lönsboda vårdcentral  
Vårdcentrum Kvänum  
Husläkarmottagningen Liljefors, Uppsala  
Kumla vårdcentral  
Rydaholm vårdcentral  
Torsås vårdcentral  
Tranemo vårdcentral  
Gröndals vårdcentral, Stockholm  
Östra Läkargruppen, Kristianstad  
Lekebergs vårdcentral

## BILAGA 4. SCHEMA ÖVER FRÅGEOMRÅDE, KATEGORIER OCH UNDERKATEGORIER

Frågeområde	Kategori	Underkategori
<b>Uppfattningar om prioritering och ransonering</b>	<i>Resursbrist i verksamheten</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Personalbrist</li> <li>. För få besökstider</li> <li>. För lite förebyggande arbete och utvecklingsarbeten</li> </ul>
	<i>Hantering av resursbrist, prioritering och ransonering</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Skjuter upp besök/arbetsuppgifter</li> <li>. Väljer bort vårdinsatser</li> <li>. Tar ej emot vissa grupper</li> <li>. Avstår från återbesök</li> <li>. Avstår från att sätta upp patienter på väntelista</li> <li>. Förebygger efterfrågan</li> </ul>
	<i>Hantering av resursbrist genom att öka resurstillgången och effektivisering</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Arbetar effektivare</li> <li>. Mer samarbete</li> <li>. Rekryterar ny personal</li> <li>. Arbetar hårdare</li> <li>. Påverkar sin omgivning</li> </ul>
	<i>Vad menas med prioritering?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Principer som skall gälla i första hand</li> <li>. Betydelsen av ordet prioriteringar</li> </ul>
	<i>Inställningen till prioriteringar</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Svårt att genomföra</li> <li>. Något som upplevs positivt</li> <li>. Något som upplevs negativt</li> <li>. Något onödigt</li> </ul>
	<i>Vems är ansvaret?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Politikernas på ett övergripande plan</li> <li>. Politiker och vårdpersonal gemensamt</li> <li>. Personalen på den kliniska nivån</li> </ul>
	<i>På vilket sätt sker ransonering?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Billigare läkemedel</li> <li>. Reducerar behandlingstiden</li> <li>. Minska antal återbesök</li> <li>. Utöka patienternas egenvård</li> <li>. Avstår från åtgärder med tveksam nytta</li> <li>. Utfärdar ej vissa intyg</li> <li>. Valt bort vissa kontroller</li> <li>. Behandlar inte kosmetiska besvär</li> <li>. Ger inte resevaccinationer</li> </ul>
	<i>Har beslut om ransonering föregåtts av en medveten prioritering?</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Via diskussioner i personalgruppen</li> <li>. Via diskussioner inom en yrkesgrupp</li> <li>. Via diskussioner mellan sjuksköterkor och läkare</li> <li>. Utan diskussioner</li> </ul>

<p><b>Överensstämmelse mellan personalens åsikter, riktlinjer och prioriteringsprinciperna i hälso- och sjukvårdslagen</b></p>	<p><i>De tre etiska principerna för prioriteringar</i></p> <p><i>Överensstämmelse mellan etiska principer och egen åsikt</i></p> <p><i>Principernas betydelse för verksamheten</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Delvis kända</li> <li>. Refererar till de fyra prioriteringsgrupperna</li> <li>. Stämmer med egna åsikter</li> <li>. Stämmer inte med egna åsikter</li> <li>. Genomsyrar allt arbete</li> <li>. Hänvisas till ibland</li> <li>. Liten betydelse</li> </ul>
<p><b>Förekomst av egna riktlinjer</b></p>	<p><i>Finns det egna riktlinjer/skrivna dokument som stöd för prioriteringar?</i></p> <p><i>Förekomst av yrkesvisa riktlinjer</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Nej det är ovanligt</li> <li>. Ja, men ska implementeras</li> <li>. Ja, men används inte</li> </ul>
<p><b>Förväntningar på primärvården</b></p>	<p><i>Allmänhetens förväntningar</i></p> <p><i>Skillnader i förväntningar mellan olika åldersgrupper, kön, etnicitet och socialgrupp</i></p> <p><i>Vad är det för typ av förväntningar som är svåra att tillfredställa?</i></p> <p><i>Vård som borde skötas på ett annat sätt</i></p> <p><i>Patienter som trängs undan</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Höga förväntningar</li> <li>. Orealistiska förväntningar</li> <li>. Realistiska förväntningar</li> <li>. Yngre har störst krav</li> <li>. Medelålders har höga krav</li> <li>. Inte någon skillnad mellan åldrarna</li> <li>. Invandrare har större anspråk på omedelbar hjälp</li> <li>. Invandrare har större anspråk på att träffa en doktor</li> <li>. Invandrare är dåligt insatta i sjukvårdsorganisationen</li> <li>. Invandrare har annan syn på egenvård</li> <li>. Att få omedelbar hjälp från omgivningen</li> <li>. Att få snabb uppföljning</li> <li>. Att få specialistundersökning</li> <li>. Att få träffa en läkare</li> <li>. Att hälsovården ska göra det omöjliga</li> <li>. Att personalen förväntas ordna saker som anses ligga utanför deras uppdrag</li> <li>. Att inte acceptera sin egen åldrandeprocess</li> <li>. Vård av psykiska problem</li> <li>. Avancerad vård</li> <li>. Har för enkla vårduppgifter</li> <li>. Vård av socialt uttröttade människor eller människor i livskris</li> <li>. Patienter som är äldre</li> <li>. Patienter som är tysta</li> <li>. Patienter med kroniska besvär</li> <li>. Undanträngning är inte något problem</li> <li>. Patienter som för mycket väsen kommer före</li> </ul>



<p><b>Målkonflikter och acceptabla prioriteringar</b></p>	<p><i>Målkonflikter vid prioriteringar</i></p> <p><i>Vad utmärker acceptabla prioriteringar?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prioriteringar mellan patienter</li> <li>- Motsägelsefulla egna krav</li> <li>- Krav från patienterna</li> <li>- Krav från politiker och ledning</li> <li>- Upplever inte några målkonflikter</li> <li>- Ska vara medicinskt motiverad</li> <li>- Ska vara baserad på rätt information</li> <li>- Ska vara acceptabel för patient/personal</li> <li>- Mest akuta sjuka ska få vård först</li> <li>- Ska vara tydliga riktlinjer från ledningen</li> </ul>
<p><b>Öppna eller dolda prioriteringar</b></p>	<p><i>Förekomst av öppna prioriteringar på vårdcentral eller i landstinget</i></p> <p><i>Är öppna prioriteringar önskvärt?</i></p> <p><i>Politikernas roll vid prioritering av hälso- och sjukvård</i></p> <p><i>Medborgarnas roll</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Det finns inte några öppna prioriteringar</li> <li>- Vid enstaka åtgärder</li> <li>- För några patientgrupper</li> <li>- Ger ökad allmän förståelse</li> <li>- Underlättar dialogen</li> <li>- Ger ökad samstämmighet</li> <li>- Ger ökad trovärdighet</li> <li>- Ötrygghet för patienter</li> <li>- Försvårar arbetet</li> <li>- Handha övergripande prioriteringar</li> <li>- Vara väl insatta</li> <li>- Lyssna till sjukvårdspersonalen</li> <li>- Föra dialog med medborgarna</li> <li>- Politikerna saknar kompetens</li> <li>- Agera via kontakt med politiker</li> <li>- Vara med i debatten</li> <li>- Agera via patientföreningar</li> <li>- Ej önskvärd eftersom medborgarna är partiska och tänker mest på sig själva</li> </ul>
<p><b>Hinder och nödvändiga förändringar för att realisera öppna prioriteringar</b></p>	<p><i>De viktigaste hindren för öppna prioriteringar</i></p> <p><i>Nödvändiga förändringar för att kunna genomföra mer av öppna prioriteringar</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Svårigheter att skapa enighet</li> <li>- Kontroversiellt ämne</li> <li>- Svårigheter att tydliggöra öppna prioriteringar för allmänheten</li> <li>- Kan missförstås eller upplevas provocerande</li> <li>- Kunskapen är för dålig inför beslut</li> <li>- Tidsbrist</li> <li>- Risk för felbedömningar på individnivå</li> <li>- Behov av att förbättra dialogen</li> <li>- Enas om primärvårdens uppdrag</li> <li>- Öka medvetenheten bland politiker och allmänheten</li> <li>- Ändringar av ett stelbent sjukvårdssystem</li> <li>- Avsätta mer resurser</li> <li>- Decentralisera besluten</li> <li>- Förbättra beslutsunderlaget</li> </ul>



## CMT RAPPORTSERIE/CMT DISCUSSION PAPERS

(Reports with titles in English in brackets are only available in Swedish)

- 1986:1 P Carlsson, B Jönsson: Makroekonomisk utvärdering av medicinsk teknologi - En studie av introduktionen av cimetidin för behandling av magsår (Medical technology assessment in a macroeconomic perspective - A study of the introduction of cimetidine for treatment of ulcers)
- 1986:2 L-Å Levin: Betablockerare som profylaktisk behandling efter akut hjärtinfarkt - en samhällsekonomisk analys (Beta-blockers as prophylaxis after acute myocardial infarction - a cost-effectiveness study)
- 1986:3 B Jönsson: Prevention som medicinsk teknologi - hälsoekonomiska aspekter (Prevention as a medical technology - economic aspects)
- 1986:4 B Jönsson: Economic aspects of health care provision - is there a current crisis?
- 1986:5 B Jönsson: The economics of drug regulation
- 1986:6 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av alternativa teknologier för behandling av urinvägskonkrement - uppläggning av studien (Evaluation of alternative technologies for treatment of upper urinary tract calculi - study design)
- 1986:7 S Björk, A Bonair: Att mäta livskvalitet (Quality of life measurements)
- 1986:8 G Karlsson: Samhällsekonomisk utvärdering av käkbensförankrade broar - en förstudie (Economic evaluation of jaw-bone anchored bridges - a pilot study)
- 1986:9 Verksamhetsberättelse 1985/86 och plan för 1986/87
- 1986:10 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av stötvågsbehandling av njursten - Redovisning av ett års verksamhet (Evaluation of extracorporeal shockwave lithotripsy treatment for upper urinary tract calculi - The first year experiences)
- 1986:11 B Jönsson: Health Economics in the Nordic Countries: Prospects for the Future
- 1986:12 B Jönsson: Cost Benefit Analysis of Hepatitis-B Vaccination
- 1987:1 P Carlsson, B Jönsson: Assessment of Extracorporeal Lithotripsy in Sweden
- 1987:2 P Carlsson, H Hjertberg, B Jönsson, E Varenhorst: The cost of prostatic cancer in a defined population
- 1987:3 B Jönsson, S Björk, S Hofvendahl, J-E Levin: Quality of Life in Angina Pectoris. A Swedish Randomized Cross-Over Comparison between Transiderm-Nitro and Long-acting Oral Nitrates
- 1987:4 Verksamhetsredovisning 1986/87 och plan för 1987/88
- 1987:5 B Jönsson: Ekonomiska konsekvenser av de nya behandlingsriktlinjerna för hypertoni (Economic consequences of new guidelines of hypertension)
- 1987:6 B Jönsson, G Karlsson: Cost-Benefit of Anesthesia and Intensive Care
- 1987:7 J Persson, L Borgquist & C Debourg: Medicinsk teknik i primärvården. En enkätstudie riktad till vårdcentraler och medicintekniska avdelningar ( Medical devices in primary health care)

- 1988:1 J Persson (ed.): Innovation assessment in rehabilitation. Workshop proceedings
- 1988:2 C Debourg, L Borgquist & J Persson: Fördelning av hjälpmedel och kostnad på sjukdomsgrupp (Aids for disabled and costs related to groups of diagnoses)
- 1988:3 BJönsson, G Karlsson & R Maller: Ekonomisk utvärdering av antibiotika (Economic evaluation of antibiotics)
- 1988:4 Carlsson, P: Stötvågsbehandling av gallsten (ESVL-G) En konsekvensanalys av att införa ESVL-G i den sydöstra sjukvårdsregionen (Extracorporeal shock Wave lithotripsy treatment of biliary stones - A consequence analysis of an introduction of the technology in the south-east health care region)
- 1988:5 Carlsson, P: Extrakorporal stötvågslitotripsi vid behandling av njursten och gallsten (Extracorporeal shock wave lithotripsy in treatment of renal and biliary stones)
- 1988:6 Andersson, F & Gerdtham, U: En studie av sjukvårds- utgifternas bestämningsfaktorer i ett internationellt och nationellt perspektiv (A Study of the Determinants of Health Expenditures in a National and International Perspective)
- 1988:7 Bonair, A: Spridning av medicinsk teknologi - en internationell jämförelse (Diffusion of medical technology - an international comparison)
- 1988:8 Andersson, F, Brodin, H & Stafelt A-M: Kostnader för behandling av akut myeloid leukemi - En analys av kostnadsvariationer över tiden (The Cost of Treating Acute Myeloid Leukemia - An Intertemporal Cost Analysis)
- 1988:9 Gerdtham, U, Andersson, F, Sögaard, J & Jönsson, B: Econometric analysis of health care expenditures A cross-section study of the OECD-countries
- 1989:1 Persson J: Ethical codes in biomedical and clinical engineering - an international comparison
- 1989:2 Gerdtham U: Läkemedelsförsörjningen i Sverige (The Provision of Pharmaceuticals in Sweden)
- 1989:3 Andersson, F: Effektiv patenntid för nya läkemedelssubstanser registrerade i Sverige 1965-1987 (Effective Patent Life of New Chemical Entities Approved in Sweden between 1965 and 1987)
- 1989:4 Rehnberg, C, Westerberg, I & Carlsson, P: Hälsa- och sjukvård i Kanada. En analys av organisation, styrning och finansiering (Health care in Canada - Organisation, Management and Financing)
- 1989:5 Carlsson, P, Pedersen, K, Varenhorst, E: Ekonomisk utvärdering av prostatacancerscreening med dubbelpalpation - En pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping (Economic evaluation of screening for prostate cancer with digital palpation)
- 1989:6 Falk, J, Haglund, J, Hultberg, T & Persson, J: Blodtrycksmätning i primärvården (Indirect measurement of blood pressure in primary health care)
- 1989:7 Jönsson, B & Karlsson, G: Neonatal intensivvård av barn med mycket låg födelsevikt (Economic aspects of neonatal intensive care of very-low-birth-weight infants)
- 1989:8 Jönsson, B, Horisberger B, Bruguera, M & Matter:L: Cost-benefit analysis of hepatit-B vaccination. A Computerised decision model for Spain
- 1989:9 Jönsson, B: Medicinsk teknologi - utveckling, utnyttjande och utvärdering (Medical technology - development, utilization and assessment)

- 1990:1 Johannesson, M, Borgquist, L, Elenstål, A, Jönsson, B, Tilling, B: Läkemedels- och konsultationskostnad för hypertoni vid en vårdcentral (Hypertension treatment in an out-patient setting: the costs of drugs and physician visits)
- 1990:2 Johannesson, M, Jönsson, B, & Gerdtham, U-G: Kostnads-effektanalys av behandling mot högt blodtryck - en metodstudie (Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues)
- 1990:3 Gerdtham, U-G: Den förändrade åldersstrukturens effekt på sjukvårdskostnaderna (Implications of the changing age structure on the health care costs)
- 1990:4 Jönsson, B: The cost of diabetes and the cost-effectiveness of interventions
- 1990:5 Johannesson, M & Jönsson, B: Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues
- 1990:6 Persson, J, Fagnani, F, Hutton, J, Jorgensen, T & Saranummi, N: Survey of Health Care Systems and Potential of Information Technology
- 1990:7 Johannesson, M, Borgquist, L, Jönsson, B & Råstam, L: Kostnaderna för behandling av hypertoni i Sverige - en analys av olika interventionsgränser och behandlingsmix (The costs of hypertension treatment in Sweden - an analysis of various intervention strategies and mix of treatment)
- 1990:8 Jönsson, B, Brorsson, B, Carlsson, P & Karlsson, G: Assisterad befruktning vid ofrivillig barnlöshet. Hälsoekonomiska aspekter. (Artificial fertilization in case of unwanted childlessness - economic aspects)
- 1991:1 Ekberg, K, Lindén, M & Persson, J: Medicinsk teknik och arbetsmiljö. Del I: Effekter på hälsa, vårdkvalitet och säkerhet. Del II: Klinikvis redovisning. (Medical technique and working environment Part I: Effect on health, quality of care and security. Part II: A record of performance on clinic level)
- 1991:2 Garpenby, P: Ny organisation för psykiatrin i Östergötland - en studie av implementering inom ett landsting. (A new organization of psychiatric care in Östergötland - a study of implementation in a County Council)
- 1991:3 Johannesson, M, Hedbrant, J & Jönsson, B: A computer simulation model for cost-effectiveness analysis of cardiovascular disease prevention
- 1991:4 Nordenfelt, L: Quality of Life and Health Promotion. Two Essays in the Theory of Health Care
- 1991:5 Carlsson, P, Garpenby, P, Bonair, A: Kan sjukvården styras? En rapport om spridning och kontroll av medicinsk teknologi. (Is control of health care possible? A report on the diffusion and control of medical technology.)
- 1991:6 Brodin, H: Köer till vård - Myt och verklighet. (Queues in health care - myth and reality)
- 1991:7 Carlsson, P, Tiselius, H-G, Borch, K: Some aspects of extracorporeal shock wave lithotripsy for renal and biliary stone treatment
- 1991:8 Rehnberg, C: Primärvård i privat entreprenad - En sammanfattning av ett års verksamhet i Norrköping. (Primary Care on contract - a summary of the first year in Norrköping)

- 1992:1 Carlsson, P, Jönsson, B, Ahlstrand, C: Prevalence and costs of benign prostatic hyperplasia in Sweden
- 1992:2 Persson, J (ed.): Advancing the role of biomedical engineering in health care technology assessment. Proceedings of a joint session organized by IFMBE (International Federation for Medical and Biological Engineering) and ISTAHC (International Society of Technology Assessment in Health Care), at the ISTAHC Eighth Annual Meeting, Vancouver, June 14-20, 1992
- 1992:3 Jonsson, D, Zethraeus, N, Mansfield, M, Wålinder, J: Hälsoekonomisk analys av klostapinbehandling vid farmakoterapifraktär scizofreni - en pilotstudie
- 1992:4 Bonair, A, Persson J: Innovation and technology transfer in health care. COMETT-ASSESS General Overview
- 1992:5 Carlsson, P, Varenhorst, E, Pedersen, K: Assessment of screening for carcinoma of the prostate - An introduction
- 1992:6 Carlsson, P, Ahlstrand, C, Jönsson, B. Surgical treatment of benign prostatic hyperplasia - Manifestations, complications and costs
- 1992:7 Chowdhury, S, Persson, J. Videophones for Surgeon - Pathologist Consultations: A Pre-implementation Study
- 1993:1 Johannesson M, Jönsson B. Ekonomisk utvärdering av osteoporos prevention
- 1993:2 Carlsson P, Hedbrant J, Pedersen K, Varenhorst E, Gray D. An evaluation of prostate cancer screening using a decision analytic model
- 1993:3 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier - effekter och kostnader. En utvärdering initierad av REDAH-projektet
- 1993:4 Karlsson G. Att mäta behandlingsresultat inom sjukvården. En teoretisk jämförelse mellan QALYs och HYE. Arbetsrapport
- 1994:1 Garpenby P. Introduktion av metoder inom psykiatri i Blekinge, Västmanland och Östergötland - en jämförande studie
- 1994:2 Garpenby P, Carlsson P. Utvärdering och förslag till organisation av nationella register för kvalitetskontroll inom hälso- och sjukvården
- 1994:3 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. En jämförelse av två behandlingsstrategier - kiropraktik och sjukgymnastik - vid rygg/nackbesvär
- 1994:4 Lindvall P, Karlsson G. Primärvård under kommunalt huvudmannaskap. En första bild av försöksverksamheten i Katrineholms kommun
- 1994:5 Rahmqvist M, Carlsson P. Ålder och andra faktorerens betydelse för ohälsa och vårdutnyttjande
- 1994:6 Karlsson G, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande 1990-1992
- 1995:1 Lundh U. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård
- 1995:2 Hass U, Karlsson G. Sambandet mellan kostnader för hjälpmedel och andra insatser för personer med funktionsnedsättningar

- 1995:3 Lindvall P, Karlsson G, Rosén I. Primärvårdsförsöket i Katrineholm. En lägesbild av verksamheten utifrån ett personalperspektiv
- 1995:4 Andersson A, Brodin H. Rehabilitering/habilitering av döva och dövblinda med ytterligare funktionsnedsättningar - en ekonomisk pilotstudie
- 1995:5 Karlsson G, Andersson A. Hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning - en hälsoekonomisk analys
- 1995:6 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Brukarinflytande och hjälpmedelsval - betydelse för hjälpmedelsförskrivning, livskvalitet och kostnader
- 1995:7 Karlsson G, Lindvall P, Rosen I. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa utifrån ett befolkningsperspektiv
- 1995:8 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering för personer sjukskrivna mer än 30 dagar. En jämförande studie i Östergötland
- 1995:9 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på reumatisk sjukdom
- 1995:10 Holmberg H, Carlsson P. Primärvård i privat och offentlig regi - En uppföljning av primärvårdsverksamheten i Norrköping
- 1995:11 Bäckman K, Jonsson D. Utvärdering av den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården (Dagmar 485) i Östergötland åren 1991-1994
- 1995:12 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. Kostnads- och effektanalys av behandling med kiropraktik eller sjukgymnastik vid rygg-/nackbesvär - Uppföljning efter 6 månader
- 1996:1 Varenhorst E, Carlsson P, Hagström I, Holmberg H, Lindahl T, Löfman O, Noorlind Brage H, Pedersen K, Wägermark J. Sex års erfarenhet med screening för prostatacancer - en pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping
- 1996:2 Ardeby O, Persson J, Borgquist L. Medicinsk teknik i primärvården - utveckling 1986-1995
- 1996:3 Rahmqvist M, Bäckman K. Landstingsenkät -95. Östgötarnas erfarenheter av primärvård, sjukhusvård och tandvård
- 1996:4 Garpenby P. Att omsätta psykiatireformen i handling - en första redovisning från Östergötland
- 1996:5 Konsensusuttalande. God strokevård i Östergötland. Landstinget i Östergötland i samarbete med Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi
- 1996:6 Hass U, Jonsson D. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1994 (LSS 1992/93)
- 1996:7 Garpenby P, Carlsson P. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården - en uppföljande studie
- 1996:8 Lindvall P. Introduktion av nya teknologier vid behandling av schizofreni under perioden 1935 - 1990
- 1996:9 Bäckman K, Brodin H. Äldres färdtjänstutnyttjande - bakgrundsfaktorer med exempel från Norrköping
- 1996:10 Rahmqvist M, Bäckman K. Östgötarnas hälsa, levnadsvanor och läkemedelsförbrukning

- 1996:11 Ardeby O, Ausmeel H, Persson J. Internet som verktyg för hälso- och sjukvården - handledning och exempel
- 1996:12 Persson J, Brodin H. Prototype tool for assistive technology cost and utility evaluation
- 1996:13 Holmberg H, Carlsson P, Varenhorst E, Kalman D. Ekonomiska konsekvenser av nya medicinska metoder i vården av prostatacancer. - En beräkning av sjukvårdskostnader under hela vårdperioden
- 1997:1 Jonsson D, Husberg M. Utvärdering av olika vårdalternativ inom mödrahälsovården i Östergötland - Kostnader, vårdkonsumtion och vårdkvalitet
- 1997:2 Jonsson D, Husberg M. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1995 (LSS 1992/93)
- 1997:3 Rahmqvist M, Garpenby P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa - en jämförelse mellan 1993 och 1996
- 1997:4 Larsson SA, Garpenby P, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Perspektiv på utveckling och samverkan
- 1997:5 Garpenby P, Lindvall P. Primärvård under kommunalt huvudmannskap. CMTs analys av försöket i Katrineholm
- 1997:6 Jonsson D, Rahmqvist M, Husberg M. Psykiska besvär bland långtidssjukskrivna i Östergötland
- 1997:7 Lindvall P. Interna budgetöverenskommelser vid Lasarettet i Motala - Rationell styrning eller mode?
- 1997:8 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på användning av neuroleptika
- 1997:9 Rahmqvist M, Jonsson D. Psykisk ohälsa och vårdutnyttjande i Östergötland 1991 - 1995
- 1998:1 Lundh U, Sandberg J. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård
- 1998:2 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier. En utvärdering initierad av REDAH-projektet. Slutrapport mars 1998
- 1998:3 Byrsjö J, Persson J. Information för hälso- och sjukvården vid Internet och CD-ROM - en annoterad förteckning
- 1998:4 Andersson A, Levin L-Å. Sjukvård i hemmet - en litteraturgenomgång
- 1998:5 Sennfält K. Kostnadsnyttoanalys av behandlingar vid kronisk njursvikt. En pilotstudie
- 1998:6 Vimarlund V, Timpka T, Ferraz Nunez J, Jonsson, D. Utvärdering av yrkesrehabilitering
- 1998:7 Jonsson D, Husberg M, Foldemo A. Hälsoekonomisk utvärdering av psykiatrireformen i Östergötland
- 1998:8 Garpenby P, Larsson SA. Att genomföra psykiatrireformen i vardagen - en uppföljande studie från Östergötland
- 1998:9 Garpenby P, Byrsjö J. Den medicinska faktadatabasen MARS inom Socialstyrelsen - en utvärdering



- 1998:10 Ceder M, Garpenby P. Patientinformation avseende bröstcancer och diabetes - en utvärdering
- 1998:11 Öberg B, Funkesson K. En beskrivning av rehabiliteringskedjan mellan kommun och landsting i Östergötland. Patienters, anhörigas och personalens perspektiv
- 1998:12 Löfström L. Riskfaktorer och Resultat inom Hjärtkirurgin - från data till information och åtgärder. En introduktion till litteratur och metoder
- 1999:1 Rahmqvist M, Johansson G. Patienttillfredsställelse i öppen och slutna sjukhusvård i Östergötland 1997
- 1999:2 Hass U, Persson J. Utvärdering av ortoser och ortopedteknisk verksamhet
- 1999:3 Garpenby P, Larsson SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatrien – en lägesrapport från Östergötland
- 1999:4 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av Rehabhuset von Platen – EU-projekt: Socialfond mål 3
- 1999:5 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar
- 1999:6 Garpenby P, Larsson SA. Hälsoinformation via Internet, bibliotek och patientinformationscentraler – en systematisk litteraturgranskning
- 1999:7 Sennfält K, Carlsson P, Magnusson M. Kostnadsnyttoanalys vid behandling av kronisk njursvikt, med fokus på hemodialys och peritonealdialys
- 1999:8 Rahmqvist M, Lindgren I, Larsson S. Hörselstudien 1998: Nyttan av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland
- 2000:1 Larsson SA, Schmidt A, Persson J. Dövblindas upplevelser och erfarenheter av projektet ”Nya möjligheter i arbetslivet”. Delprojekt för dövblinda inom EU-projektet Horizon
- 2000:2 Bäckman K, Schmidt A, Carlsson P, Karlsson E. Hjärtsjukdomars samhällskostnader
- 2000:3 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation idag och i morgon. Östgötarnas användning av och förtroende för olika informationskällor
- 2000:4 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatoid artrit och fibromyalgi
- 2000:5 Larsson SA, Jonsson D. Utvärdering av Dagmarmedel i Östergötland 1995-1999
- 2001:1 Lundh U. Äldres hälsa. En studie av befolkningen i Östergötland och Kalmar län
- 2001:2 Hellbom G, Samuelsson K, Jonsson D, Persson J. Instrument för resultatmätning vid hjälpmedelsbaserad rehabilitering
- 2001:3 Bäckman K, Carlsson P, Karlsson E, Schmidt A. Cost of heart disease in Sweden
- 2002:1 Henriksson M, Carlsson P. Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – en beskrivning av instrumentet EQ-5D
- 2002:2 Götherström U-C, Persson J, Jonsson D. Samhällsekonomisk utvärdering av post- och teletjänster för funktionshindrade – modellutveckling och tillämpning
- 2002:3 Rahmqvist M. Nyttan av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland

- 2002:4 Husberg M, Larsson SA, Jonsson D, Persson J. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering vid Smärt- och Rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset i Linköping
- 2003:1 Roback K, Persson J, Hass U. Spridning och implementering av medicintekniska produkter. Bakgrundsrapport
- 2003:2 Liss P-E. Metoder för bedömning och rangordning av vårdbehov – En översikt
- 2003:3 Götherström U-C, Persson J. Instrumentet IPPA för resultatmätning vid arbetslivsinriktad rehabilitering
- 2003:4 Bernfort L, Nordfeldt S. AD/HD och relaterade tillstånd hos barn och ungdomar. Epidemiologi, behandling och hälsoeffekter i Sverige, Norge och Danmark samt situationen i Östergötland
- 2003:5 Schmidt A, Husberg M, Bernfort L. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar
- 2003:6 Henriksson M, Carlsson P. Att läsa och kvalitetsgranska hälsoekonomiska modellstudier
- 2003:7 Garpenby P, Götherström U-C, Larsson, SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatri i Östergötland
- 2004:1 Andersson A, Carlsson P, Lundborg M, Gunnarson A. Ohälsans kostnader. Kartläggning av vårdutnyttjande för olika sjukdomsgrupper i Östergötland
- 2004:2 Bernfort L, Persson J. Bredbandstjänster för funktionshindrade - utvärdering av brukarnyttan
- 2004:3 Rahmqvist M. Kvalitet i vården ur patientens perspektiv: Variationer i betyg mellan olika patientgrupper och vårdenheter
- 2004:4 Henriksson M, Lundgren F. Screening för pulsåderbräck i buken - en hälsoekonomisk utvärdering
- 2005:1 Bernfort L, Persson J. Mobil videokommunikation för döva. Utvärdering av brukarnyttan
- 2005:2 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation i vår tid. Östgötarnas användning av nya och gamla informationskällor
- 2005:3 Bernfort L, Nordfeldt S. AD / HD i ett samhällsekonomiskt perspektiv
- 2005:4 Bernfort L, Fernell E. Hur påverkas vardagslivet av ADHD och närliggande funktionsnedsättningar? Analys och sammanfattning av en enkätstudie riktad till riksförbundet Attentions medlemmar
- 2006:1 Bartha E, Kalman S, Carlsson P. Postoperativ smärtlindring - till vilket pris? En hälsoekonomisk modellanalys av två smärtlindringsmetoder
- 2006:2 Nordfeldt S, Arvidsson E, Bernfort L. Sjukvårdens och skolans insatser för barn med AD/HD - föräldrars erfarenheter. En intervjustudie
- 2006:3 Mårtensson J, Carlsson P, Arvidsson E, Frank L, Lindström K, Borgquist L. Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar - En intervjustudie med personal i primärvården

**Rapporterna kan beställas från CMT till en kostnad av 150 kronor exklusive moms. Kontakta vår administratör på tel: 013–22 49 90. Vid beställningar av mer än 10 ex ges rabatt.**