

**Landstinget Kronoberg
– i linje med prioriteringar**

*Peter Garpenby Karin Bäckman
Mari Broqvist Ann-Charlotte Nedlund*

PrioriteringsCentrum

2010:2

ISSN 1650-8475

FÖRORD

Intresset för mer öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvården var länge svalt. Den omfattande och bitvis kritiska publicitet som det första försöket med öppna prioriteringar i Östergötland skapade bidrog till att många landsting avvaktade. Det var därför ett viktigt initiativ som politikerna i Västerbottens läns landsting tog under 2008 när de beslutade att genomföra en allomfattande prioritering med syfte att omfördela resurser från det lägst prioriterade i den befintliga verksamheten till högre prioriterade insatser. Utgångspunkten för prioriteringsarbetet var den medicinska utvecklingen och behovet att skapa resurser för att kunna införa nya effektiva metoder.

Västerbotten genomförde sin process under ett drygt halvår och den resulterade i bortval av närmare 300 åtgärder och omfördelning av resurser till ny verksamhet motsvarande drygt 100 miljoner kronor. Den mediala uppmärksamheten var ringa och medborgarnas reaktioner var nästan obefintliga. Det fanns en viss intern kritik från personalen men den var företrädesvis konstruktiv. Detta initiativ inspirerade andra landsting till att genomföra liknande processer, däribland Landstinget Kronoberg. Det är en sund utveckling eftersom ingen ännu funnit ett optimalt arbetssätt.

PrioriteringsCentrum har på uppdrag av Landstinget i Kronoberg genomfört en utvärdering. Resultatet redovisas i denna rapport. Bland de viktigaste slutsatserna är att en majoritet av de svarande på vår enkät ansåg att prioriteringsarbetet, som det bedrevs i Kronoberg, på det hela taget var motiverat. Flertalet som besvarade enkäten ansåg dock att landstinget framöver ska upprepa prioriteringsarbetet, med samma upplägg som nu eller att man ska upprepa arbetet fast med modifieringar. De finns dock många synpunkter på hur själva arbetet har bedrivits, vilket öppnar för förbättringar inför nästa omgång.

Det ska bli mycket intressant att följa Landstinget i Kronoberg och övriga landsting som planerar att fortsätta med utvecklingen av prioriteringsprocesser och att dra nya lärdomar om hur ett sådant arbete bör organiseras.

Författarna vill framföra sitt tack till de personer som låtit sig intervjuas och som besvarat våra enkäter, samt de personer som på annat sätt varit behjälpliga med information och uppgifter.

Linköping mars 2010
Per Carlsson
Professor,
Centrumchef PrioriteringsCentrum

SAMMANFATTNING

I november 2008 beslutade Landstinget Kronoberg att genomföra en process med öppna prioriteringar, som ett inslag av flera i en plan för strategisk utveckling av hälso- och sjukvården mellan 2009 och 2015.

PrioriteringsCentrum fick i maj 2009 i uppdrag av landstingsdirektören att genomföra en uppföljning av Landstinget Kronobergs arbete med prioriteringar under år 2008-2009. Syftet var dels att bidra till landstingets interna lärande och dels att sprida erfarenheter nationellt. Tillsammans med landstingsledningen kom vi fram till att uppföljningen skulle genomföras i form av två delstudier – en enkätstudie riktad till ett antal nyckelgrupper i processen och en begränsad intervjustudie.

Intervjustudiens syfte var att kartlägga några väsentliga inslag i prioriteringsprocessen och jämföra olika aspekter i processen med motsvarande delar i prioriteringsprocessen 2008 inom Västerbottens läns landsting. Från intervjustudien kan vi dra några övergripande slutsatser:

- Prioriteringsarbetet i Kronoberg byggde på mikrostrategier – att påverka individer – framför makrostrategier – att förändra organisationen. Det var ett medvetet val i linje med landstingets bild av hur förändringar bör genomföras.
- Eftersom verksamhetsledningarna inte deltog i granskning av förslag, vilade en stor börda på projektledaren och ledningsgruppen, som fick både sortera och granska förslag av olika dignitet och kvalitet.
- Ledningsgruppen ställde inte förslag mot varandra och med våra ögon har ingen horisontell prioritering egentligen genomförts. Innprioriteringarna har, liksom i Västerbotten, följt ett eget spår vilket gör ihopkopplingen svår att se för andra än de verkligt initierade i processen.
- Dialog kring prioriteringsarbetet har skett i driftsledningarna men också direkt mellan verksamheter och projektledaren respektive landstingsdirektören. Det har inte skapats utrymme för någon dialog mellan verksamheterna och politikerna.
- I jämförelse med Västerbottens läns landsting gick förslagen på lågt prioriterade åtgärder tidigt i processen över till Ledningsgruppen där ansvaret för innehållet stannade under i stort sett hela processen.
- Fördelen var att Ledningsgruppen tidigt fick en uppfattning om materialets styrkor och svagheter, kunde gallra detta och även lägga in ett helhetsperspektiv tidigt i processen.

- I jämförelse med prioriteringsarbetet i Västerbottens läns landsting hade politikerna i Kronoberg en betydligt mindre framträdande roll att spela. De gjorde valet att inte kommunicera direkt med verksamhetsföreträdare – helt i linje med den inställning om uppgiftsfördelning som tillämpas i landstinget. I Kronoberg förekom ingen politisk beredning av förslagen till vare sig ransonering, effektivisering eller inprioritering.

*Enkätstudien*s syfte var i första hand att bidra till landstingets interna lärande och utvecklingsarbete. Detta genom att samla erfarenheter och synpunkter från de medverkande vid de olika arbetsstegen i processen. De grupper som främst medverkat i prioriteringsarbetet är: den politiska styrgruppen, ledningsgruppen, den medicinska kommittén inkl arbetsutskottet, sjukdomsgrupper under den medicinska kommittén samt verksamhetschefer.

Ett axplock av de slutsatser vi drog från enkätstudien är att:

- En majoritet av de svarande ansåg att prioriteringsarbetet som det bedrevs i landstinget på det hela taget var motiverat. Däremot var det skilda uppfattningar om arbetet på det hela taget bedrevs på ett ändamålsenligt sätt.
- Kommentarer om vad deltagarna upplevt som mest *värdefullt* med prioriteringsarbetet handlade i huvudsak om:
 - att öppet få möjlighet att diskutera prioriteringar,
 - att få göra en genomlysning av all verksamhet,
 - att onödiga moment som görs idag nu identifieras och tas bort, och
 - att nyttiga diskussioner och delaktighet skapats.
- Medan upplevelser av vad som varit mest *negativt* mest handlade om:
 - att den avsatta tiden varit för knapp,
 - att beslutsunderlagen hållit ojämn kvalitet, och
 - att en återkoppling och diskussion kring resultaten saknats.
- Uppfattningarna går isär när det gäller om landstinget levt upp till syftet att skapa en ökad öppenhet internt, inom landstinget, om prioriteringar.
- Endast en mindre andel, i alla grupper, ansåg att landstinget levt upp till syftet att skapa en ökad öppenhet externt, mot medborgarna, om prioriteringar.
- Kännedomen om den nationella modellen för vertikala prioriteringar som användes i arbetet varierade bland verksamhetscheferna. Färre än hälften ansåg att modellen var lämplig för att identifiera och rangordna de lägst prioriterad åtgärderna inom området.
- Många av verksamhetscheferna ansåg att de endast i liten utsträckning eller inte alls skulle komma att ha någon nytta av det prioriteringsarbete de genomfört.

III

- En mindre andel av verksamhetscheferna upplevde att prioriteringsarbetet bidragit med nya insikter om den egna verksamheten.
- Det var vanligt att en stor del av medarbetarna på den egna enheten engagerades i arbetet med att identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom ett verksamhetsområde, men inom vissa områden var endast ledningsgruppen på den egna enheten engagerad.
- Underlagsmaterialen som varje grupp i sitt respektive arbetssteg i processen fick att ta ställning till upplevdes ha varit av varierande kvalitet.
- Att sammansättningen på den grupp man ingick var lämplig för sitt syfte och att den egna gruppen löst sin uppgift på ett tillfredsställande sätt ansåg en majoritet av personerna i ledningsgruppen, den medicinska kommittén och dess sjuksgruppsgrupper.
- Endast en minoritet av personerna i den politiska styrgruppen, ledningsgruppen respektive den medicinska kommittén ansåg att de gjort någon horisontell prioritering, d v s en vägning mellan åtgärder från olika verksamhetsområden.
- Uppfattningarna om landstingets arbete med s k inprioriteringar hade skett på ett lämpligt sätt varierade.
- En majoritet ansåg att landstinget framöver ska upprepa prioriteringsarbetet, med samma upplägg som nu eller att man ska upprepa arbetet fast med modifieringar. Däremot varierade svaren när det gällde om man personligen skulle vilja delta i liknande prioriteringsarbete i framtiden.

Landstinget Kronoberg har fattat ett beslut om att fortsätta med prioriteringsarbetet och planeringen av nästa omgång har startat. Vår förhoppning är att de båda delstudier, som är sammanförda till en gemensam rapport, kan förmedla erfarenheter för dem som medverkade i det första prioriteringsarbetet i Kronoberg och för andra intresserade.

INNEHÅLL

1. INLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUND.....	1
1.2 UTGÅNGSPUNKTER FÖR STUDIEN	2
2. PRIORITERINGSPROCESSEN I LANDSTINGET KRONOBERG	3
2.1 OM LANDSTINGET KRONOBERG	3
2.2 FÖRHISTORIA.....	5
2.3 PRIORITERINGSPROCESSEN 2008-2009.....	6
DEL I INTERVJUSTUDIE	
1. INLEDNING.....	8
1.1 SYFTE	8
1.2 METOD	9
2. ANALYS AV PRIORITERINGSPROCESSEN	11
2.1 FÖRBEREDELSE	11
2.2 STRATEGI	14
2.3 BEREDNING	17
2.4 KVALITETEN PÅ FÖRSLAGEN	20
2.5 INPRIORITERINGAR	21
2.6 POLITISK BEHANDLING	22
2.7 ANSVAR	24
2.8 DIALOG	26
2.9 ÖPPENHET OCH INFORMATION	27
2.10 RELEVANS	31
3. SLUTSATSER FRÅN INTERVJUSTUDIEN.....	33
4. JÄMFÖRELSE MELLAN KRONOBERG OCH VÄSTERBOTTEN.....	36
4.1 FÖRBEREDELSE	36
4.2 STRATEGI	37
4.3 BEREDNING	38
4.4 POLITISK BEHANDLING	40
4.5 ANSVAR	40
4.6 DIALOG	41
4.7 ÖPPENHET OCH INFORMATION	41
5. DISKUSSION KRING INTERVJUSTUDIEN	43

DEL II ENKÄTSTUDIE

1. INLEDNING.....	47
1.1 SYFTE	
1.2 METOD	47
1.2.1 <i>Urval och utskick</i>	47
1.2.2 <i>Analys</i>	48
1.3 SVARFREKVENNS OCH BORTFALLETS BETYDELSE	49
1.4 REPRESENTATIVITET	50
2. RESULTAT	52
2.1 PRIORITERINGSARBETET SOM HELHET – ÖVERGRIPANDE SYNPUNKTER	52
2.2 INFORMATION OCH ÖPPENHET	58
2.3 FÖRUTSÄTTNINGAR ATT GENOMFÖRA SIN UPPGIFT	61
2.4 GENOMFÖRANDET AV PRIORITERINGSARBETET	63
2.5 RESULTATET AV PRIORITERINGSARBETET	69
2.6 FRAMTIDA PRIORITERINGSARBETE	71
3. SLUTSATSER FRÅN ENKÄTSTUDIEN.....	76
4. DISKUSSION KRING ENKÄTSTUDIEN.....	80
REFERENSER.....	85
BILAGA I. LANDSTINGET KRONOBERGS ORGANISATION	
BILAGA II. JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTINGET KRONOBERG OCH	
VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING MED AVSEENDE PÅ ÅTTA VIKTIGA	
ASPEKTER I PROCESSEN	
BILAGA III. TABELLVERK	

1. INLEDNING

1.1 Bakgrund

I november 2008 beslutade Landstinget Kronoberg att genomföra en process med öppna prioriteringar, som ett inslag av flera i en plan för strategisk utveckling av hälso- och sjukvården 2009-2015. I början av december samma år lämnades ett uppdrag till driftsledningarna¹ att påbörja prioriteringsarbetet genom att låta verksamhetscheferna identifiera lågt prioriterade åtgärder. Uppdraget hade stora likheter med det uppdrag som låg till grund för det prioriteringsarbete som genomfördes i Västerbottens läns landsting samma år. Vid landstingsstyrelsens möte i Kronoberg under november medverkade representanter för landstinget i Västerbotten som presenterade sin ”modell”. Landstinget Kronoberg kunde därför dra vissa lärdomar från Västerbotten men valde att strukturera sin process annorlunda.

Det finns fog för påståendet att Landstinget Kronoberg sällade sig till den grupp av landsting som följde i spåren efter prioriteringsarbetet i Västerbotten. Jämtlands läns landsting tillhör också denna grupp liksom Landstinget Västmanland. I flera avseenden har Västerbottens läns landsting tjänat som inspirationskälla men de landsting som följde i spåren har valt egna lösningar för hur arbetet ska organiseras och genomföras. Prioriteringsprocessen i Landstinget Kronoberg utgjorde en variant med flera särdrag.

Medan uppdraget att identifiera de lägst prioriterade åtgärderna för vertikal rangordning var snarlikt det i Västerbotten, förlades i Kronoberg beredningen av förslagen till linjeorganisationen samt landstingledningen med stabsorgan. I Västerbottens läns landsting bedrevs prioriteringsarbetet i större utsträckning som ett eget projekt, och till viss del skapades också ad-hoc-grupperingar för att bedriva prioriteringsarbetet². I hastigt tempo genomfördes under första halvåret 2009 en prioriteringsprocess i det småländska landstinget där resultatet presenterades för politikerna i början av juni.

¹ För landstingets organisation se Kapitel 2.1

² För en översikt över prioriteringsarbetet inom Västerbottens läns landsting se Waldau 2009 och Broqvist m fl 2009.

1.2 Utgångspunkter för studien

PrioriteringsCentrum fick i maj 2009 i uppdrag av landstingsdirektören att genomföra en uppföljning av Landstinget Kronobergs arbete med prioriteringar under år 2008 till 2009. Syftet var dels att bidra till landstingets interna lärande och dels att sprida erfarenheter nationellt. PrioriteringsCentrum hade hösten 2008 blivit ombett att medverka med kunskaps- och metodstöd i processen och deltog i såväl möten med politiker som vid utbildningstillfällen och i diskussioner med projektledningen. Utformningen av prioriteringsprocessen i sin helhet var dock en angelägenhet enbart för Landstinget Kronoberg.

Tillsammans med landstingsledningen kom vi fram till att uppföljningen skulle genomföras i form av två delstudier – en begränsad intervjustudie och en enkätstudie riktad till ett antal nyckelgrupper i processen.

2. PRIORITERINGSPROCESSEN I LANDSTINGET KRONOBERG

2.1 Om Landstinget Kronoberg³⁴

Landstinget Kronoberg innefattar geografiskt samma yta som Kronobergs län. I länet finns åtta kommuner och totalt ca 182 200 invånare (två procent av Sveriges befolkning). Växjö är länets residensstad och den största kommunen.

I Kronoberg finns två sjukhus: Centrallasarettet Växjö och Lasarettet Ljungby, bägge organiserade under *Länssjukvården* och med en gemensam ledning. Centrallasarettet i Växjö är ett länssjukhus och rymmer 21 kliniker och drygt 300 vårdplatser. Lasarettet Ljungby är ett länsdelssjukhus med elva kliniker och ca 100 vårdplatser. Organisatoriskt tillhör vårdcentralerna *Närsjukvården* och har en gemensam ledning. *Rättspsykiatriska regionkliniken* utgör en egen driftsenhet med 104 vårdplatser. *Folktandvården* är uppdelad på 24 kliniker på 15 orter i länet. Antalet anställda i landstinget är ca 5 300 personer.

Visionen för Landstinget Kronoberg lyder: "*Ett gott liv i ett livskraftigt län*".

Politisk organisation

Landstingets högsta beslutande organ, Landstingsfullmäktige, har 45 ledamöter. Mandatfördelningen är efter valet år 2006: i majoritet – Moderaterna (10 mandat), Centerpartiet (7 mandat), Kristdemokraterna (4 mandat), Folkpartiet (3 mandat) och i opposition – Socialdemokraterna (16 mandat), Vänsterpartiet (3 mandat) och Miljöpartiet (2 mandat). Landstingsfullmäktige har vidare fyra *utskott*: Folkhälsoutskott, Barn- och ungdomsutskott, Vuxenutskott och Äldreutskott. Landstingsstyrelsen består av 15 förtroendevalda ledamöter. I dess arbetsutskott ingår tre landstingsråd samt ytterligare två ledamöter från Landstingsstyrelsen. Under Landstingsstyrelsen finns handikapprådet, pensionärsrådet, Kulturdelegationen och Grimslövs folkhögskola. För en organisationsbild över landstingets politiska organisation, se Bilaga I.

³ Fakta hämtad från: (www.ltkronoberg.se) och www.lansstyrelsen.se/kronoberg/Om_Lanet/.

⁴ Beskrivningen av Landstinget Kronobergs organisation avser hur förhållandena såg ut då vår studie genomfördes, under år 2009. Organisatoriska förändringar kan ha skett senare i tiden.

Tjänstemannaorganisation

Landstinget är organiserat i en linjeorganisation med sju *driftenheter*: Närsjukvården, Länssjukvården, Rättspsykiatriska regionkliniken, Folk tandvården, Landstingets kansli, Administration och service samt Grimslövs folkhögskola. Som ett stöd till landstingsdirektören finns Ledningsgruppen.

Landstingsdirektörens ledningsgrupp består av driftenhetscheferna för driftenheterna närsjukvården, länssjukvården, rättspsykiatrin, folk tandvården, landstingets kansli och landstingsservice. Driftenheterna består av ett varierande antal verksamhetschefer under en verksamhetschef. I ledningsgruppen ingår även stabsdirektörerna för ekonomi, personal, hälso- och sjukvård, uppdrag, information och medicinsk rådgivare. Även andra kan adjungeras till gruppen vid behov. Ledningsgruppen fungerar som ett stöd i landstingsdirektörens beslutsfattande rörande strategiska och operativa frågor. För en organisationsbild över landstingets tjänstemannaorganisation, se Bilaga I.

För att utveckla och tydliggöra ledningen och styrningen ur ett helhetsperspektiv för Landstinget Kronoberg finns ett antal styrgrupper kopplade till ledningsgruppen. Varje styrgrupp har ett tydligt definierat uppdrag. Gruppen ska inom sitt område ta fram olika beslutsunderlag för hur Landstinget Kronoberg ska agera ur ett koncernperspektiv. De elva styrgrupperna omfattar bl a personalförsörjning, ekonomi, patientsäkerhet, IT-stöd, säkerhet m m.

Medicinsk kommitté och medicinska grupper

Den medicinska kommittén och dess arbetsutskott, inrättad 2008, har 24 ledamöter varav en majoritet också är ordförande i de 16 medicinska grupper, som är organiserade efter organsystem eller patientgrupp(sjukdomsgrupper).⁵ Dessa bereder också underlag åt kommittén. Den medicinska kommittén och dess undergrupper fungerar som medicinsk resurs för landstingsledningen och politikerna. Kommitténs ansvar är t ex att samordna medicinskt utvecklingsarbete och ta fram förslag till riktlinjer och handlingsplaner för den långsiktiga medicinska utvecklingen i landstinget. De medicinska gruppernas uppgifter är bl a att: följa kunskapsutvecklingen och stödja evidensbaserad vård, ta fram konsekvensbeskrivningar och rekommendationer för implementering av riktlinjer samt att arbeta med vertikala prioriteringar inom ämnesområdet. Många ledamöter i kommittén och undergrupperna har också uppdrag i södra sjukvårdsregionen. I den medicinska kommittén ingår även läkemedelskommittén.

⁵ Medicinska grupper: Andningsorganens sjukdomar och hudsjukdomar, Barnmedicin, Cirkulationsorganens sjukdomar, Endokrina sjukdomar och njursjukdomar, Folkhälsa, Infektionssjukdomar, Matsmältningsorganens sjukdomar, Nervsystemets sjukdomar, Psykiska sjukdomar, Reproduktionsorganens sjukdomar, Rörelseorganens sjukdomar, Sinnesorganens sjukdomar, Smärta, Tandvård, Tumörsjukdomar och blodsjukdomar, samt Äldre.

2.2 Förhistoria

Landstingsstyrelsen (LS) godkände den 10 november 2008 förslag till strategisk utvecklingsplan för hälso- och sjukvården 2009-2015. I planen presenterades ett antal samverkande åtgärder: vardagsrationaliseringar, strukturförändringar, finansiering och prioriteringar. I planen beskrev landstinget de enskilda delarna enligt följande:

1. Vardagsrationaliseringar

Genom att främja en kultur med ett systematiskt förbättringsarbete kan resurser frigöras. Detta är ett arbete som pågår på olika sätt och som ska intensifieras inom vissa utpekade områden som t ex läkemedelshantering och samordning av inköp. Här ingår också en utveckling av tillgängligheten för att klara vårdgarantin 2009 inom alla områden. Goda förbättringsarbeten kommer att uppmärksammas och belönas.

2. Strukturförändringar

Grunden för att kunna utveckla och upprätthålla en god kvalitet i vården är att verksamheten har rätt kompetens, tillräcklig omfattning och uppnår en tillräcklig volym för olika patientgrupper. En fortsatt utveckling med en tydligare uppgiftsfördelning ska ske både inom länssjukvården och mellan länssjukvården och primärvården. Översyn ska genomföras av mottagnings- och operationsverksamhet, ambulans- och akutsjukvården samt laboratorieverksamheterna. Detta kan även omfatta samverkan med andra landsting. Arbete pågår dessutom för att slå samman driftenheterna för administration och landstingsservice.

3. Finansiering

Landstingsfullmäktige har fastställt en finansplan som bland annat innebär en skatthöjning på 45 öre från 2009. Syftet är att kunna genomföra nödvändiga investeringar och utveckling av verksamheten för att kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård och tandvård till länets invånare. Finansiering kan också handla om att utveckla samverkan med andra landsting inom vissa utpekade områden.

4. Prioriteringar

Genom att systematiskt gå igenom utbudet och begränsa lågt prioriterade åtgärder kan resurser frigöras till satsningar på högre prioriterade åtgärder. Syftet är att tydliggöra att resurser används på rätt sätt där behoven är störst och att möjliggöra nya angelägna metoder och läkemedel. Arbetet kommer att omfatta all verksamhet, såväl medicinsk som administrativ och kommer att genomföras i samverkan med PrioriteringsCentrum i Linköping.

LS beslutade vid sitt möte i november att inrätta *en politisk styrgrupp* bestående av ledamöterna i dess arbetsutskott (LSAU) samt en ledamot från vardera miljöpartiet och vänsterpartiet. Under stycket vardagsrationaliseringar beslutade LS att lägga till ett stycke om att premiera de bästa förslagen på utveckling av personalens arbetssätt. I beslutet ingick också att åtgärder som berör vårdutbudet eller produktionsort underställs landstingsstyrelsen.

Vid mötet med LS deltog två representanter från Västerbottens läns landsting som presenterade sin prioriteringsprocess. Därefter informerade Per Carlsson från PrioriteringsCentrum om prioriteringar i hälso- och sjukvård och pekade på sådant som borde beaktas inför en prioriteringsprocess.

2.3 Prioriteringsprocessen 2008-2009

Nedan lämnas en mycket kortfattad redogörelse för de olika stegen i den prioriteringsprocess som genomfördes inom Landstinget Kronoberg 2008-2009.

År 2008

3 december

Ledningsgruppen lämnade ett uppdrag till driftsenheterna att påbörja prioriteringsprocessen. Där presenterades tidsplanen för arbetet liksom uppdragen för olika aktörer: ledningsgruppen, driftsledningar, verksamhetschefer etc. Uppdraget för verksamhetscheferna angavs som att identifiera verksamhet med lägst prioritet motsvarande ca tio procent av verksamhetens nettokostnad. Vid samma möte behandlades en Kommunikationsplan för strategisk utvecklingsplan 2009-2015.

13 december

Presentation för alla chefer i landstinget av prioriteringsarbetet och bakgrunden till öppna prioriteringar.

År 2009

16 januari

Utbildning för ledningsgruppen, verksamhetschefer, utvidgat LSAU, utskottens presidier, medicinska kommittén och fackliga företrädare.

23 januari

Utbildning för ledningsgruppen, verksamhetschefer, utvidgat LSAU, utskottens presidier, medicinska kommittén och fackliga företrädare.

28 februari

Underlaget, d v s förslag till bortval motsvarande 10 procent av verksamhetens kostnader, lämnades av verksamhetschefer till respektive driftledning.

23 mars

Ledningsgruppen tog ställning till materialet som bestod av cirka 500 förslag. Gruppen började gallra samt sortera förslagen i olika kategorier; prioritering (bortval), strukturförändringar, vardagsrationaliseringar.⁶ Materialet fördelades på medicinska kommittén och dess grupper (medicinska prioriteringar) eller på styrgrupper (struktur- och rationaliseringsförslag).

25 och 27 mars

Medicinska kommittén tog ställning till materialet (cirka 280 förslag) med avseende på faktabeskrivning och relevans. Kommittén skulle identifiera brister och foga kommentarer till materialet.

16 april

Ledningsgruppen gick igenom alla förslag med kommentarer och tog ställning till vilka som skulle föras vidare till slutligt beslut.

22 april

Ledningsgruppen tog ställning till preliminärt beslutsförslag.

15 maj

Information lämnades till alla chefer om landstingsdirektörens förslag till politikerna.

26 maj

Landstingsstyrelsens AU tog ställning till beslutsförslaget.

1 juni

Landstingsstyrelsen tog ställning till beslutsförslaget.

⁶ Vardagsrationaliseringar kunde i praktiken omfatta förslag med olika innebörd beroende på om dessa kom från vårdverksamhet, service eller administration. Det kunde således vara förslag på förändringar i vårdprocessen eller andra former av effektiviseringar som bättre utnyttjande av lokaler.

DEL I. INTERVJUSTUDIE

1. INLEDNING

Detta avsnitt – Del I – redovisar resultat från intervjustudien som genomfördes hösten 2009 i Landstinget Kronoberg. Intervjustudien och enkätstudien ska uppfattas som komplement till varandra och de har delvis olika inriktning. Resultat från enkätstudien redovisas i Del II i denna rapport.

1.1 Syfte

Intervjustudiens syfte är att kartlägga några väsentliga inslag i prioriteringsprocessen och jämföra olika aspekter i processen med motsvarande delar i prioriteringsprocessen 2008 inom Västerbottens läns landsting.

I Västerbotten genomförde PrioriteringsCentrum under 2008/2009 en större intervjustudie för att fånga variationer i uppfattningar om prioriteringsarbetet (Broqvist m fl 2009). Något liknande var aldrig aktuellt i Kronoberg. Istället var tanken att genom intervjustudien kartlägga olika inslag i processen efter en bestämd mall: förberedelser, beredning, politiska inslag, ansvar, dialog, öppenhet och information.

Eftersom det var uppenbart att Landstinget Kronoberg inledningsvis informerade sig om hur prioriteringsarbetet i Västerbottens läns landsting hade bedrivits, men i flera avseenden valde andra lösningar, väcktes tanken på att jämföra processen i Kronoberg med Västerbotten. Inte vad gäller resultatet, utan strukturen och genomförandet. Det är genom jämförelser mellan landsting som bedriver systematiskt prioriteringsarbete som vi har förutsättningar att lära oss mer om hur sådana processer kan byggas. Det finns styrkor och svagheter med olika organisatoriska lösningar och skillnaderna avspeglar medvetna val men också sådana saker som tradition, hänsynstagande till befintlig organisation av hälso- och sjukvården och dess stödfunktioner samt tillgång på resurser.

Intervjustudien är begränsad och gör inte anspråk på att fånga alla förekommande uppfattningar avseende prioriteringsarbetet inom Landstinget Kronoberg. Detta är en studie av några inslag i prioriteringsprocessen och utgör ingen formell utvärdering av prioriteringsarbetet, vare sig process eller resultat. Vi valde medvetet att inom ramen för intervjustudien inte samla in specifik information om tillämpningen av den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar – som också användes i Kronoberg (Carlsson m fl 2007).

Erfarenheterna pekar på att förutsättningar och problem att tillämpa modellen är likartade över landet. Vi har därför valt att lyfta fram andra delar av processen, där vi anser att förutsättningar och ställningstaganden skiljer sig åt mer markant mellan olika landsting.

1.2 Metod

Intervjustudien

Vi genomförde semi-strukturerade intervjuer med 22 personer verksamma på olika poster inom Landstinget Kronoberg. Intervjuerna utfördes under perioden 3 september till 1 oktober 2009 av tre medarbetare från PrioriteringsCentrum. Intervjuerna följde en i förväg utarbetad mall som var strukturerad efter olika teman.⁷

Urval

Först intervjuades tre nyckelpersoner i processen: landstingsdirektören, projektledaren för prioriteringsarbetet och informationsdirektören. Därefter intervjuades inom övriga kategorier: ledningsgruppen, medicinska kommittén och verksamheten. Vi har följt principen strategiskt urval för ledningsgruppen, där vi valt ut personer med driftledningsansvar. Det var dessa personer som fick uppdraget i december 2008 att genomföra prioriteringsprocessen och de har också varit med i olika skeden av beredningen av materialet. De förväntades ha information om både genomförandet av vertikal rangordning och fortsatt beredning fram till politiskt beslut. Även vid valet av politiker har vi tillämpat samma urvalsprincip som ovan, vilket innebär att politiker med ledande position i landstinget (ingår i landstingsstyrelsens arbetsutskott och styrgruppen) har valts ut: tre från majoriteten och en från oppositionen. Urvalet av verksamhetschefer och ledamöter i den medicinska kommittén skedde efter i förväg uppsatta kriterier (criterion sampling). Vi valde ut intervjupersoner som representerade länssjukvård och närsjukvård, som tillhörde olika geografiska delar av landstinget och som antingen bidragit positivt till prioriteringsarbetet (lämnat genomarbetade förslag) eller hade en sådan position att vi bedömde att de hade viktig information att lämna. Personerna från verksamheten är således inte valda för att vara representativa.

⁷ Förberedelser inklusive utformning av ”budskap” och politisk enighet, inslag i beredningen av förslag, politiskt deltagande, ansvar i processen, dialog mellan parter, öppenhet och information.

Kategori	Antal	Män	Kvinnor
Verksamhetschef	7	3	4
Ledningsgruppen	8	5	3
Medicinska kommittén	3	2	1
Politiker	4	2	2
Summa	22	12	10

Tabell 1. Intervjupersonernas fördelning avseende kategori och kön.

Analys

Intervjuerna spelades in elektroniskt (mp3), varefter de transkriberades ordagrant. Materialet analyserades (deduktivt tematiskt) och som datatriangulering varvid utsagor från olika personer jämfördes (Denzin 1989). Därutöver har vi använt skriftligt material (dokument) som tillhandahållits av Landstinget Kronoberg och sådana uppgifter som finns tillgängliga via landstingets hemsida.

2. ANALYS AV PRIORITERINGSPROCESSEN

2.1 Förberedelser

Allmänt

Förberedelserna uppfattas olika beroende på hur länge informanterna har varit verksamma inom Landstinget Kronoberg, liksom vilken position de innehar (politiker, landstingsledning, drifts- och verksamhetsledning). Vissa personer hävdar att en form av förberedelse var de diskussioner om systematiska prioriteringar som startade redan efter ett besök av representanter från Landstinget i Östergötland 2004 (politiker) eller att diskussioner om prioriteringar förekommit på chefsmöten under en följd av år eller att ett prioriteringsarbete i landstinget faktiskt genomfördes 2005-06 - som dock gav tvivelaktiga erfarenheter (verksamhetsföreträdare).⁸ Kännedomen om att systematiska prioriteringar i en ny form skulle genomföras under 2009 placerar dock många intervjupersoner i tiden till senare delen av hösten 2008, i samband med framtagandet av och information om planen för strategisk utveckling av hälso- och sjukvården 2009-2015. Planen antogs av landstingsstyrelsen den 10 november 2008, men det innebar i sig ingen konkretisering av prioriteringsarbetet. I början av december gick ett meddelande ut till driftsledningarna om att ett prioriteringsarbete skulle initieras. Här presenterades uppdraget för drifts- och verksamhetsledningarna, liksom hur förslagen skulle hanteras vidare i organisationen. Så här uttrycktes uppdraget till drifts- och verksamhetsledningarna:

”Prioriteringsarbetet inleds med att respektive verksamhetschef får i uppdrag att i samverkan med berörda medicinska grupper återkomma till den 31 mars 2009⁹ med ett underlag som beskriver de lägst prioriterade aktiviteterna och åtgärderna inom verksamhetsområdet. ___ Varje verksamhet genomför ett arbete enligt metoden där man identifierar verksamhet med lägst prioritet motsvarande ca 10 % av nettokostnaden. I detta kan finnas diagnosgrupper, behandlingar/åtgärder, besöksrutiner och intern verksamhet.”

(Prioriteringsarbetet i Landstinget Kronoberg 2009, 2008-12-01)

Bland våra informanter finns de som anser att konkretiseringen av prioriteringsuppdraget lät vänta på sig till januari 2009, då en serie möten om prioriteringar genomfördes, liksom utbildningar i den s.k. nationella vertikala modellen.

⁸ Det senare torde syfta på att vissa verksamheter deltog i ett tidigare arbete inom Södra sjukvårdsregionen som dock inte resulterade i någon fullständig rangordning.

⁹ Tidsplanen kom senare att ändras till 28 februari.

Det innebar att tidsramen för att göra faktiska vertikala rangordningar blev kort – vilket många personer på olika nivåer i landstinget beklagar. Enligt uppdraget som lämnades i december skulle verksamhetscheferna vara klara med sin del den sista mars och driftsledningarna den sista april. Senare ändrades tidsplanen till den 28 februari respektive 15 mars.

När man lyssnar på informanter från enbart drifts- och verksamhetsledningar växer synpunkterna i omfattning: en upplevelse att man i Landstinget Kronoberg gick ”rakt in i arbetet”, och att det var ”för raskt marscherat” uttrycks, så även bland personer som berömmar innehållet i utbildningsdagarna i januari 2009. På verksamhetsnivån återfinns synpunkter som att lanseringen av det systematiska prioriteringsarbetet väckte oro av olika slag: att inte komplexiteten och sambanden i vården tillräckligt skulle beaktas, att det initialt var brist på dialog mellan landstingsledning och verksamhet, att både kompetens och vilja saknades bland verksamhetsföreträdare samt att arbetet kolliderade med budgetminskningar och ansträngningar att genomföra vårdvalsreformen.

Utveckling av samlat budskap

Det är uppenbart att Landstinget Kronoberg ägnat sig åt ”framing” i samband med lanseringen av strategiplanen och även den del i planen som avser prioritering.¹⁰ Medvetenheten om att det var viktigt att sprida ett ”budskap” om hur arbetet bör uppfattas fanns i såväl tjänstemannaledning som den politiska ledningen. Den politiska majoriteten önskade ingen offentlig ”ransoneringsdiskussion” (det är något oklart exakt vad som avses) och erfarenheterna från Landstinget Östergötland 2003 framhålls som avskräckande exempel. Vi uppfattar situationen som att politikerna i majoriteten snarast önskade tona ned fokuseringen på prioritering och istället lyfta fram helheten i strategiplanen.

Landstingsdirektören ställde sig själv i spetsen för ett tiotal möten/seminarier som genomfördes i början av 2009 och riktade sig till verksamheten. Av intervjuerna bland drifts- och verksamhetsledningar framgår att ett tydligt budskap uppfattades, som gick ut på att medarbetarna, för att Kronoberg ska bli ett ”kvalitetsstyrt landsting”, måste lära sig göra ”rätt saker”, använda resurserna ”rätt”, bli effektivare, och genom systematiska prioriteringar frigöra resurser för att landstinget ska kunna satsa på nya saker. Landstingsledningen får ”beröm” för sin tydlighet i detta avseende. Men det finns också informanter som uppfattar olika slags problem vid spridningen av budskapet. För det första, att prioriteringsarbetet, även om syftet presenterades som en omfördelning, kom att uppfattas som att det i grunden handlade om besparingar.

¹⁰ Det är känt att uppfattningar hos individer kan påverkas beroende på hur en fråga eller ett problem presenteras. Genom ordval eller användning av vissa begrepp kan uppfattningar påverkas, t.ex. kan en företeelse uppfattas som mer positiv beroende på i vilket sammanhang den presenteras. Se Chong och Druckman 2007.

Detta främst eftersom utgångspunkten för strategiarbetet – förutom önskan att göra rätt saker för att gynna patienterna – hade sin bakgrund i ett kärvt ekonomiskt läge. Det finns uppfattningar om att de möten som arrangerades innebar enkelriktad information och inte medgav tillräcklig aktivitet för att motivera besluten och erbjuda dialog kring olika aspekter av det kommande arbetet. En person i landstingsledningen noterar att det var ”inte speciellt mycket frågor” under de möten/seminarier som anordnades. Vi kan registrera olika syn på frågan om budskapet har uppfattats bland medarbetarna på det sätt landstingsledningen önskade. Alltifrån att budskapet var kristallklart och inte kan ha missuppfattats till att personer i verksamheten ändå har tolkat det som att det handlar om ”besparingar”. Vi kan inte bedöma hur det har kommit att uppfattas utanför chefsnivån.

Politisk enighet

Bland de informanter vi intervjuat, oavsett var i landstinget de hör hemma organisatoriskt, finns en likartad syn på förekomsten av politisk enighet. Enigheten omfattade den strategiska utvecklingsplanen, som i allt väsentligt hade stöd av såväl majoritet som opposition. Enigheten omfattade också prioriteringsarbetet, men bara i dess övergripande form, d v s viljan att genomföra processen i den planerade formen. Några förväntningar på att det skulle gå att nå politisk enighet eller konsensus kring olika former av ransoneringar fanns dock inte i de politiska leden.¹¹ Politikerna i styrgruppen skaffade sig insikt i prioriteringsarbetet, men hade ett avvaktade förhållningssätt till vad som skulle kunna komma ut av detta. Den åsikten framförs från flera håll i organisationen. Det var vårdverksamheterna som i handling fick visa vad som skulle vara möjligt att åstadkomma. De verksamhetsföreträdare som vi intervjuat uppfattade att det fanns en politisk enighet och vilja att driva igenom strategiplanen, inklusive arbetet med prioriteringar, men därutöver ger de inte uttryck för några uppfattningar om vad politikerna förväntade sig. Någon direkt kommunikation mellan verksamhetschefer och politiker förekom inte och inte heller några politiska markeringar, förutom de som förmedlades via tjänstemannaledningen. Vi tolkar situationen som att man åstadkom politisk uppslutning genom att inte sätta uppslutningen på prov genom att diskutera prioriteringar, vare sig detaljer i processen eller innehållet i prioriteringsförslagen.

¹¹ Ransoneringar kan förekomma i olika former t.ex. bortval eller indikationsförändringar. Se Liss 2004.

2.2 Strategi

Vilken strategi valdes för genomförandet? Enkelt kan man skilja på makrostrategier och mikrostrategier.¹² I en makrostrategi övervägs hur olika delar i ett system påverkar varandra och kan resultera i förändringar i en organisation genom att nya konstellationer skapas, för att lösa uppdrag och använda kompetens och resurser bättre eller på ett nytt sätt. Med mikrostrategier menas ansträngningar för att påverka attityder och beteenden hos individer och tanken är att detta sammantaget ska leda till att förändringar uppstår.

Makrostrategier

Landstinget Kronoberg valde medvetet att genomföra prioriteringsarbetet inom ramen för den befintliga organisationen. Vissa personer bland de intervjuade anser att organiserandet av prioriteringsarbetet följde den gängse mallen inom Landstinget Kronoberg som i korthet går ut på att man inte ska lägga resurser på att skapa nya stora projekt. Dessutom hävdas att den nuvarande politiska majoriteten följer devisen att hellre förbättra det befintliga än att nödvändigtvis starta något nytt. Rent konkret innebar detta för prioriteringsarbetet att den ordinarie linjeorganisationen med dess olika driftsenheter och verksamheter fick i uppdrag att beskriva de lägst prioriterade aktiviteterna och åtgärderna. På verksamhetsnivån kunde detta innebära olika slags ad-hoc-lösningar, som t ex samverkan mellan kliniker på flera sjukhus, eller som i fallet med primärvården, en långt driven samordning mellan alla vårdcentraler i framtagandet av ett gemensamt förslag. Beredningen av de färdiga förslagen sköttes av en projektledare, med minimala administrativa resurser, samt av befintliga grupper: ledningsgrupp och medicinsk kommitté med undergrupper. Landstingledningen hade uppfattningen att några särskilda grupperingar för att samla t ex verksamhetschefer från olika delar av landstinget inte behövdes, utan att dialog kunde - om behov uppstod - skapas i den ordinarie linjeorganisationen. Alla ansträngningar för att få till stånd identifiering och rangordning skulle integreras i det ordinarie ledningsarbetet.

Den enda organisatoriska nyskapelsen var den politiska styrgruppen, men den utgjordes de facto av ett förstärkt landstingsstyrelsens arbetsutskott (LSAU). Den medicinska kommittén var också nybildad, då den endast fungerat under en kortare period – men den skapades inte med enda syftet att stödja prioriteringsarbetet. Kommittén, som inrättades 2008, var en ny form av referensgrupp med uppgift att bevaka kunskapsutveckling, värdera nya metoder, vara remissinstans i medicinska frågor och ange riktlinjer för prioriteringar innan införandet av nya metoder och läkemedel.

¹² Indelningen i makro- och mikrostrategier utgår från resonemang hos Nutley och Davies 2000.

Kommittén var inte tänkt att samla linjechefer utan specialister inom olika organ- och sjukdomsområden. När prioriteringsarbetet drogs igång stod kommittén fortfarande i begrepp att hitta sina arbetsformer. Att fungera som beredningsorgan i prioriteringsarbetet var ett test av kommitténs sätt att fungera. Kommitténs roll i prioriteringsarbetet behandlas vidare i 2.3 och 2.7 i Del I (Beredning och Ansvar).

Mikrostrategier

Det fanns inslag av mikrostrategier i anslutning till prioriteringsarbetet inom Landstinget Kronoberg. Landstingsdirektören riktade sig direkt till chefer och medarbetare under det tiotalet möten som arrangerades runt om i länet (se ovan under 2.1). Detta uppfattades av många som ett nytt inslag i landstinget. I en videosekvens som visades på landstingets hemsida intervjuades landstingsdirektören om strategiplanen samt prioriteringsprocessen. Planen för strategisk utveckling inklusive prioriteringsarbetet presenterades också i personaltidning och i trycksaker. Ett ”chattforum” för landstingets medarbetare anordnades också (se även under 2.9 Intern information). Landstinget anordnade också två utbildningsdagar under medverkan av PrioriteringsCentrum.

En informant inom drifts- verksamhetsledningen pekar på omfattningen av den direkta informationen till medarbetarna om strategiplanen och om prioriteringarna, och bedömer att utbildningsdagarna ”gjordes professionellt”, men är osäker på vilka faktiska effekter dessa fick för prioriteringsarbetet eftersom det var ”en synnerligen svår uppgift” medarbetarna ställdes inför som skulle lösas på kort tid.

Stödinsatser

Stödinsatser kan vara av flera slag och vi finner åtminstone tre olika former som nämns i intervjuerna. För det första *direkt rådgivning* till verksamhetscheferna om hur man praktiskt använder den ”nationella vertikala modellen” för att rangordna prioriteringsobjekt. För det andra *ekonomiresurser* för beräkning av kostnader för förslag/objekt. För det tredje *administrativa resurser* vid den fortsatta beredningen av förslagen (av olika kategorier) som lämnades från de olika driftsenheterna.

Landstingsledningens utgångspunkt var att varje chef skulle ta ansvar för sin del och hitta sin lösning på uppgiften att rangordna lämpliga objekt. För tillämpning av den vertikala modellen tillhandahöll landstinget ett antal interna och externa resurspersoner. Projektledaren var en resurs som kunde konsulteras, liksom personer i den medicinska kommittén. Därutöver fanns möjlighet att telefonledes konsultera kompetens inom PrioriteringsCentrum för frågor om den vertikala modellen. Materialet från intervjuerna ger inte någon total bild av hur dessa stödresurser användes.

Det intryck intervjuerna ändå förmedlar är att projektledaren användes som resurs – och ”vi fick ganska hyfsade svar också” enligt en informant. Däremot får vi intrycket att medicinska kommittén och PrioriteringsCentrum nyttjades i liten grad. Beträffande medicinska kommitténs roll som stödresurs visar intervjuerna att det fanns oklarheter i landstinget om huruvida kommittén verkligen hade denna roll (kommittén hade ju ff a en granskande roll). Därutöver ordnade verksamhetscheferna eget stöd i olika former: de följde linjeorganisationen och vände sig till driftenhetschefen, de sökte genom andra kontakter efter kompetens inom sjukvårdsregionen. En möjlighet som användes var att kontakta det landsting som lyftes fram som exempel under utbildningsdagarna (då en representant för Västerbottens läns landsting deltog). Det förekom att chefer på olika nivåer kontaktade sina motsvarigheter i Västerbotten – huruvida direkt metodstöd lämnades den vägen är dock mera oklart (vi har genom intervjuerna intryck av att man också fick idéer på prioriteringsobjekt direkt från Västerbottens lista).

Verksamhetscheferna fick söka sig fram på bästa sätt och intervjuerna ger intryck av att motivationen bland cheferna att ta sig an uppgiften liksom förkunskaperna varierade en hel del. Det finns intervjuade chefer som visserligen kände sig utlämnade men som kunde bygga på egna erfarenheter och insikter i systematiskt prioriteringsarbete. Andra fann uppgiften mycket problematisk då de upplevde att de inte hade någon att kommunicera med.

”Det fanns inga dialogforum att diskutera hur andra gjorde, så jag tror att hela det här prioriteringsarbetet inom landstinget, det rann nog ut lite i sanden.”

Primärvården – som tillhör närsjukvården – valde en kollektiv lösning. Ett gemensamt förslag lämnades från verksamhetscheferna och medicinskt ledningsansvariga, som arbetades fram tillsammans med primärvårdens chefläkare som också ingår i den medicinska kommittén.

I uppdraget till verksamhetscheferna ingick att kostnadsbestämma de förslag som togs fram. Här stötte dock cheferna på stora problem. Landstingets ekonomisystem klarade inte att lämna svar på de frågor som cheferna önskade få besvarade.

Så här kommenterar en verksamhetschef i närsjukvården den situation som uppstod:

”Vi har en väldigt duktig ekonomichef och det går att plocka ut mycket mera ur systemet än tidigare. Men att plocka ut just vad enskilda åtgärder kostar, alltså typ något sådant där enkelt som blodtryckskontroller, det klarar inte systemet.”

En verksamhetschef inom länssjukvården beskriver sin situation under rangordningsarbetet enligt följande:

*”Det var ju inte en helt lätt, vad ska man säga, formula, att jobba med.
Det här att sätta kronor och ören – det blev väldigt fiktiva summor.”*

Stödresurser för den fortsatta beredningen av de förslag som inkom från driftsenheterna (se vidare 2.3) förefaller ha varit begränsade. Projektledaren hade ett litet kansli med några resurspersoner men mycket arbete fick göras manuellt i detta led. Flera intervjupersoner efterlyser ett bättre administrativt stöd, inklusive en databas anpassad till att hantera ett så omfattande material.

2.3 Beredning

Vi kommer inte att närmare belysa hur verksamhetscheferna gick tillväga för att lösa uppdraget med att identifiera tio procent och komma med förslag på rangordnade objekt (prioriteringar och vardagsrationaliseringar m.m.) då detta ligger utanför rapportens syfte. Vi kan bara konstatera att sammansättningen av förslag kunde se olika ut, beroende på var tyngdpunkten låg – om man lyckades identifiera medicinska prioriteringar eller valde att ta fram förslag på vardagsrationaliseringar eller några andra typer av förslag. Inom närsjukvården gjordes samlade förslag för primärvården. Folk tandvården gjorde också ett samlat förslag. Så tycks inte ha varit fallet för länssjukvården – av förklarliga skäl är detta svårt eftersom verksamheterna är så disparata.

Första steget – driftsledningen

Det framgår att vissa informanter upplevde driftledningens roll i arbetet som oklar. Dels med avseende på hur mycket denna nivå förväntades gå in och styra arbetet med vertikala rangordningar i syfte att skapa någon slags ”helhet” och dels beträffande vad driftsledningen skulle göra med materialet innan detta skickades vidare. I vissa fall tycks någon form av återkoppling från driftsledning till verksamhetschefer ha skett – t ex för att försöka komplettera materialet med avseende på kostnader för objekten. För t ex primärvården släppte dock de ansvariga på drifts- och verksamhetsnivå kravet på att kostnadsberäkna förslagen, då detta upplevdes som omöjligt att åstadkomma. Någon form av grov gallring har sedan skett på driftledningsnivå efter kriterier som ”politiskt icke möjligt att realisera”, eller ”praktiskt omöjligt att realisera”. Däremot har vi fått intrycket att en sådan gallring skedde i mindre utsträckning inom länssjukvården jämfört med andra driftsenheter. Verksamhetschefer inom länssjukvården som intervjuats uppger att de hade stora frihetsgrader i arbetet och de upplevde ingen tydlig styrning av prioriteringsarbetet.

Driftsledningen för länssjukvården hävdar dock att vissa – icke genomförbara – förslag gallrades bort i detta led.

Andra steget – projektledningen

Landstingsledningen uppger att man vid den vidare beredningen av förslagen ”höll ganska konservativt fast vid linjen hur vi skulle jobba” och att inga förändringar infördes. Det innebar i korthet att förslagen via driftsledningen gick till projektledaren, och dennes kansli, där en ytterligare sortering gjordes, varefter materialet gick vidare till en första bedömning i ledningsgruppen. Projektledaren upptäckte snart att det var mycket olika ”kvalitet” på underlagen. I vissa fall kom de i ”rå” form från verksamhetsnivån, i andra fall hade de bedömts på driftsledningsnivån.

Tredje steget – ledningsgruppen sorterar och granskar

I ledningsgruppen var det första projektledaren som tillsammans med driftsenhetscheferna gick igenom förslagen och gjorde en första bedömning från ett ”ledningsperspektiv.” De hade då att hantera omkring 350 förslag varav 250 avsåg medicin/vård. Vissa förslag avfördes då från listan som – av olika orsaker - omöjliga att realisera. Det gjordes också en första grov sortering i kategorier såsom prioriteringar, strukturförändringar och vardagsrationaliseringar. En informant som var med i detta skede menar att gallringen gick ”i ett alldeles fantastiskt rasande tempo”. En annan informant upplevde att det var väldigt ”rörigt” och att det inte kändes som ”att det var någon kvalitet i det arbete som vi gjorde där.” Någon möjlighet att i detta skede ”återremittera” förslag till den verksamhet som listat objektet fanns inte – då hade tidsschemat för beredningsfasen inte kunnat hållas. Avsikten var nämligen att förslag med innehåll mot medicin och vård skulle penetreras av den medicinska kommittén och dess undergrupper, och för denna fas fanns tid avsatt – materialet måste alltså dit i rätt tid. Förslag av annan karaktär skulle beredas vidare av någon av de styrgrupper som biträder ledningsgruppen (beredningen inom styrgrupperna behandlas inte i rapporten).

Fjärde steget – medicinska kommittén med undergrupper

Att granska prioriteringsförslag under våren 2009 var det första större samlade uppdraget för medicinska kommittén och dess undergrupper.¹³ Förslagen fördelades på de 16 grupperna vilket emellertid innebar en ojämn belastning – några grupper fick många och andra fick få objekt att granska.

¹³En bakgrund till den medicinska kommittén och dess grupper lämnas i Kapitel 2.1

Det stod en begränsad tid till förfogande att belysa prioriteringsförslagen och grupperna hade att stämma av dessa mot tillgänglig evidens, bedöma konsekvenser och slutligen bekräfta att det var en rimlig ”botten” som respektive verksamhet hade identifierat.¹⁴ De kunde ifrågasätta rangordningar, kritisera kvaliteten på förslagen, både i form av motivering eller kostnadsberäkning. Däremot kunde inte grupperna eller kommittén göra förändringar i rangordningen eller ta bort förslag.

Informanter med inblick i arbetet har olika uppfattningar om hur väl kommittén/grupperna lyckades med sitt uppdrag. Vi har mött synpunkter att det var en bra och konstruktiv diskussion i grupperna men också uppfattningen att seriositeten i granskningen inte var så hög som den borde ha varit. Ur ledningsgruppens perspektiv var det viktigt att få en ”kollegial, professionell granskning” av materialet, som utgjorde ett komplement till den egna bedömningen utifrån ”koncern-/ledningsperspektiv.” Kommittén fogade också korta kommentarer till olika förslag innan dessa lämnades vidare. Projektledarens bedömning är att de flesta av grupperna gick igenom sitt material och kommenterade det på ett bra sätt.

Femte steget – återremittering till drifts- och verksamhetsledningar

I nästa steg skickades förslagen tillbaka till respektive driftsledning, som i sin tur skickade dem vidare till berörda verksamhetschefer. Till förslagen fogades dels kommentarer från den medicinska kommittén och dels – i förekommande fall – en uppmaning att bifoga en ekonomisk kalkyl. I detta läge började konturerna på ett slutligt förslag synas, och det var då viktigt för projektledningen att de ”rimliga” objekten också kostnadsberäknades. Verksamheterna kunde dock i liten utsträckning svara upp mot detta krav – vilket projektledaren uttrycker viss förståelse för:

”I viss mån förstår jag det, därför att det är nästan omöjligt. Väldigt mycket var ju den här typen att ta bort en viss typ av återbesök, minska och så där.”

Två verksamhetschefer som intervjuats uttrycker sig på följande sätt om detta steg:

”De [medicinska kommittén och dess grupper] skrev korta kommentarer. Ja. Det tillkom inte jättemycket i det steget, tycker inte jag. Det var mer någon slags filter så. Men det ändrade inte särskilt mycket för vår verksamhet.”

¹⁴ Detta syftar på en rangordning enligt den s.k. nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar där en kategori utgör objekt som klassificeras som ”icke-göra” (ska inte förekomma under några omständigheter) och övriga objekt rangordnas från 10, 9, 8 osv. i angelägenhetsgrad, där 10 är det minst angelägna.

”Men, som sagt, vi har i alla fall fått yttra oss om vad medicinska grupperna hade tyckt om vårt material. Det finns med också. Och det tycker jag är juste att vi fick göra.”

Vi har dock träffat verksamhetschefer som inte upplevt att de fått någon återkoppling från granskningskedet i den medicinska kommittén.

Sjätte steget – ledningsgruppen granskar och värderar

Ledningsgruppen fick nu tillbaka förslag som granskats av den medicinska kommittén respektive relevant styrgrupp. Förslagen sorterades i tre större kategorier: medicinska prioriteringar, vardagsrationaliseringar och övrigt (i den senare kategorin låg förslag med politiska dimensioner, t.ex. avgiftshöjningar).

I detta steg bedömde ledningsgruppen förslagen ur ett ”helhetsperspektiv” för landstinget. Ett sådant exempel var om konsekvenserna av förslaget enbart skulle bli en ”övervältring” på annan vårdnivå istället för en besparing. Avsikten var att mera ingående försöka penetrera hur förslagen skulle påverka de olika driftsenheterna och landstinget som helhet. En annan uppgift var att reda ut ”målkonflikter” mellan olika perspektiv, som representerades av medicinska kommittén respektive driftsledningen. Därutöver ansåg ledningsgruppen att den hade mandat att avlägsna politiskt ”omöjliga” förslag, d v s sådana förslag som den politiska majoriteten helt säkert inte skulle godkänna. Det ansågs vara bättre att lyfta ur dessa förslag i detta skede än att de skulle hamna på politikernas bord, och där kanske förorsaka debatt och uppståndelse. Exempel var förslag på ändrad policy vid ofrivillig barnlöshet (tillgång till IVF) och för könsbyte. En medlem av ledningsgruppen menar att gruppen därmed tog på sig ”en halvpolitisk roll”. Däremot ställde inte ledningsgruppen olika förslag mot varandra i en regelrätt ”horisontell prioritering”. Slutligen skulle gruppen enas om ett förslag som kunde gå vidare till landstingsstyrelsen. En lämplig skrivning av texten gjordes där processen beskrevs men där politikerna inte behövde ta ställning till olika alternativ.

2.4 Kvaliteten på förslagen

Det är helt klart att de ansvariga för den fortsatta beredningen uppfattade att de förslag/objekt som lämnades från verksamhetscheferna till driftsledningarna var av varierande kvalitet. Vi har stött på uppfattningen att vissa chefer löste uppdraget mycket väl, lämnade ifrån sig en ”oerhört noggrann och gedigen produkt, hade arbetat eftertänksamt och grundligt”, medan andra – så är åsikten – ”tog det väldigt lättvindligt”. Vi kan inte gå in på att göra någon fullständig analys av olika förklaringar till variationen på underlagen.

Det finns många tänkbara faktorer som kan påverka: både individrelaterade (aktör) och organisationsrelaterade (struktur), såsom t ex inställningen till uppdraget, tidigare erfarenhet av prioriteringar eller de praktiska förutsättningarna och tillgången till olika slags resurser (kompetens, stödfunktioner, tid m.m.). Så här beskriver projektledaren sina observationer:

”Men man kan säga att de som gjorde de bästa jobben, det var folk ___ som satt i medicinska kommittén eller hade jobbat med saker och ting tidigare. Det är ganska tydligt, tycker jag.”

Vi finner också andra beskrivningar i materialet:

- Att den strategiska utvecklingsplanen bidrog till att sätta fokus på vardagsrationaliseringar vilket påverkade balansen mellan förslag om prioritering respektive rationalisering.
- Att uppdraget inte var tydligt definierat och kommunicerat.
- Att de ansvariga – trots den utbildning som gavs – hade svårt att applicera teoretisk kunskap på praktisk verklighet, och att skillnaden mellan prioritering och effektivisering inte var tydlig.
- Att det fanns motsättningar mellan olika synsätt – t.ex. om man ska utreda lindrigt sjuka eller inte – mellan prioriteringsarbetet och implementeringen av vårdvalsmodellen, vilket särskilt påverkade primärvårdens inställning.
- Att det saknades en stödorganisation för att göra ekonomiska beräkningar av förslagen.
- Att den korta tiden till förfogande gjorde att uppdraget inte upplevdes som seriöst.
- Att det var verksamhetschefernas inställning till uppdraget som var avgörande och det fanns många som hade en negativ inställning.

2.5 Inprioriteringar

Inprioriteringar avser sådana objekt som betraktas som så angelägna att de ska finansieras av landstinget. Eftersom uppdraget i Landstinget Kronoberg var omfördelning är tanken att medel som frigörs genom att begränsa lågt prioriterade åtgärder (ransonerings) ska användas till finansiering av dessa objekt. Hur processen ser ut för att identifiera de objekt som ska finansieras kan variera, med avseende på deltagande och öppenhet. Ledningsgruppen utarbetade aldrig något detaljerat förslag angående inprioriteringar. Sedan tidigare fanns dels politiska önskemål – majoritetens program för önskvärda satsningar – och dels sådana metoder som redan introducerats i verksamheten utan att vara långsiktigt finansierade.

Ledningsgruppen lämnade därför ett översiktligt förslag till inprioriteringar till budgeten 2010, som innehöll utveckling av den onkologiska verksamheten, nya läkemedel (t ex Lucentis), nya åtgärder (t ex aortascreening), och nya behandlingar. Vi har fått intrycket att frågan om inprioriteringar egentligen inte ansågs höra ihop med prioriteringsuppdraget och den diskuterades därför i ringa grad av ledningsgruppen i detta sammanhang. En inofficiell lista för eventuella framtida inprioriteringar fanns sedan tidigare. Vi har inte några indikationer på att verksamheterna i samband med prioriteringsuppdraget fick möjlighet att beakta frågan om inprioriteringar.

2.6 Politisk behandling

Inför genomförandet av prioriteringsarbetet i Kronoberg bildades en politisk styrgrupp som bestod av representanter för alla partier i fullmäktige (i praktiken utgjordes styrgruppen av landstingsstyrelsens arbetsutskott utökat med ledamöter från vänstern och miljöpartiet). Vi har genom intervjuerna fått intrycket att i styrgruppen diskuterades i mycket ringa grad utformningen av prioriteringsprocessen, och egentligen inte heller politikernas roll i denna. När styrgruppen bildades var huvuddragen i processen redan beslutade och i denna hade politikerna tilldelats en relativt blygsam roll. Det finns inget i materialet som tyder på annat än att den politiska majoriteten i landstinget var tillfreds med rollen (någon egentlig diskussion mellan majoritet och opposition om upplägget av prioriteringsarbetet verkar inte ha förekommit). Av intervjuerna att döma är det osäkert om politikerna fullt ut var införstådda med vad som kunde komma ut av processen (typ av förslag, innehållet i förslagen m m). Man tycks ha varit tillfreds med sina roller och haft förtroende för den design som gav tjänstemannaledningen, linjeorganisationen och vårdens professioner (genom den medicinska kommittén) centrala roller. Styrgruppen deltog vid initiala möten/utbildningsdagar tillsammans med vårdens chefer och träffades vid 4-5 tillfällen under arbetets gång, främst för att få information av landstingsdirektören och projektledaren om hur processen fortskred. Genom styrgruppen fick politikerna insyn i och kunde följa prioriteringsarbetet, men de tycks - av intervjuerna att döma - i liten grad ha satt sig in i detaljfrågor kring de olika förslagen (medicinska prioriteringar, vardagsrationaliseringar m.m.). Vid ett möte i slutet av maj fick dock styrgruppen genom tjänstemannaledningen mer detaljerad information om den totala sammansättningen av förslag/objekt – inför behandling i landstingsstyrelsen den 1 juni. Omdömen från andra aktörer om politikernas medverkan i styrgruppen går ut på att de förtroendevalda var ”lågmalda”, att ”de förde ingen polemik” utan de ”följde arbetet och gav sitt stöd”.

Tjänstemannaledningen hade från början inställningen att det vore olyckligt om processen skulle resultera i att förslagen kom att föranleda en politisk debatt. Man hade nog med att tackla kritik från verksamhetsföreträdare om brister i processen, främst den sparsamt tilltagna tiden för arbetet. Vi har också fått intrycket att politikerna i majoriteten absolut inte önskade en debatt om prioriteringsförslagen, som riskerade att bli offentlig. Tjänstemannaledningen var lyhörd för dessa signaler och hade på ett tidigt stadium plockat bort förslag som kunde bli politiskt kontroversiella.

Den 1 juni 2009 samlades landstingsstyrelsen och beslutade då att ”godkänna processen över den strategiska utvecklingsplanen april 2009” och överlämnade delrapporten för fortsatt prövning i budget 2010. Det innebar att prioriteringsarbetet inte hade någon egen punkt på dagordningen utan ingick i landstingsstyrelsens behandling av den strategiska utvecklingsplanen. När prioriteringsarbetet avhandlades uppfattades detta enligt flera informanter inte som något kontroversiellt ärende. Projektledaren som var närvarande fick någon enstaka fråga. I handlingarna avseende prioriteringsarbetet som var tillgängliga för styrelsen – och som tidigare hade presenterats för styrgruppen - fanns dock punkter över såväl prioriteringar, vardagsrationaliseringar som strukturfrågor (i punktform). Vi har genom intervju materialet fått intrycket att tjänstemannaledningen anser att den lagt fram material till politikerna som innehåller detaljer från prioriteringsarbetet (såsom förslag om förändringar inom diagnosgrupper, förändringar av återbesök, och förändringar av undersökningsmetoder).

De politiker från majoritet och opposition som vi intervjuat är dock ense om att de vid mötet med landstingsstyrelsen tog ställning till ”processen” för prioriteringar i Landstinget Kronoberg snarare än beslutets detaljer. Beslutet blev att ”vi ska godkänna processen” menar en oppositionspolitiker som deltog i mötet. ”Nej, detaljer var vi absolut inte nere i, utan vi godkände processen”, anser en politiker från majoriteten. ”Det vi gjorde var väl i princip att vi godkände processen”, anser en annan majoritetsföreträdare.

Vi har fått intryck av att den politiska majoriteten önskade se prioriteringsarbetet som ett inslag i det ”stora genomlysningsarbete” av landstinget som påbörjades under den innevarande mandatperioden och under den nya tjänstemannaledningen. Där utgör strategiplanen ett centralt dokument. Man är samtidigt mycket noga med att i detta arbete skilja på de olika rollerna: mellan å ena sidan tjänstemannaledningen och linjecheferna och å andra sidan de förtroendevalda. Vi tolkar det som att politikerna i majoriteten anser att i ”genomlysningen” ingår prioriteringar för att frigöra resurser i syfte att utveckla landstinget. Men vad det är landstinget ska prioritera ligger på ”utförandesidan” att avgöra.

Politikerna i Landstinget Kronoberg avstår därför från att gå in i det som de definierar som ”medicinska frågor”. De anser att om ledningsgruppen och den medicinska kommittén står bakom förslag som lämnats av linjecheferna är detta en garanti för att de är rimliga och kan genomföras. Det politikerna ska ägna sig åt är att ge legitimitet åt processen - det var styrgruppens viktigaste uppgift.

2.7 Ansvar

En prioriteringsprocess i ett landsting är ett komplicerat förfarande med många olika aktörer inblandade, med olika roller. Ett uppdrag lämnas (t ex att identifiera de lägst prioriterade tio procenten av organisationens nettobudget och att rangordna dessa enligt den sk nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar.). Därefter sorteras och bedöms förslagen i flera led och en sammanställning sker till en slutlig produkt där förslagen har sorterats under olika kategorier. Ställningstaganden till förslagen sker i olika former och i olika led. Efter beslut är det tänkt att en del av de ursprungliga förslagen ska tillbaka till organisationen för effektivering.

Vem hade ansvar för vad inom den prioriteringsprocess som genomfördes inom Landstinget Kronoberg? Det är ganska lätt att se hur den formella gången för att genomföra prioriteringsarbetet var tänkt, och dessa steg har i stor utsträckning också följts.

Verksamhetschefer

Vi uppfattar att de verksamhetschefer som intervjuats var fullt på det klara med att de hade ett stort ansvar för innehållet i de förslag som lämnades. Ansvaret för innehållet i de specifika förslagen upphörde inte genom att dessa skickades vidare i en kedja för beredning – fram till ett politiskt beslut. Men uppdraget tolkades som att identifiera de tio procenten med minst patientnytta. Verksamhetscheferna ansvarade för kvaliteten i förslagen men inte för vad som skulle hända med dem därefter – om de skulle medföra t.ex. bortval. En verksamhetschef uttrycker sig så här:

”Vårt ansvar slutade med att lämna över ett så professionellt och väl underbyggt underlag som möjligt till driftsledningen. Sedan var ju vårt ansvar borta som jag ser det.”

Politikerna menar – som vi tolkar intervju svaren – att verksamhetscheferna genom att lösa sitt uppdrag gjorde en prioritering som de hade fullt ansvar för.

Det är oklart om politikerna med detta menar att verksamhetscheferna därmed hade lämnat ett medgivande till att dessa objekt avlägsnades från offentlig finansiering.

Tjänstemannaledningen

Därefter tog driftsledningarna över materialet och vi har fått synpunkter på att deras roll i processen var oklar, hur stort ansvar de hade att granska materialet och att skapa en hållbar helhet av detta för sina respektive driftsområden. I viss mån fick ledningsgruppen ta över ett ansvar som borde ha vilat på driftsledningen, anser några av de intervjuade.

Det finns en stor enighet bland de intervjuade att ledningsgruppen hade en central roll i processen och ett stort ansvar för att arbeta fram ett hållbart samlat förslag. Politikerna, som hade delegerat ansvaret till landstingsdirektör och ledningsgrupp, anser – som vi tolkar svaren – att det yttersta ansvaret vilade på ledningsgruppen, men att det också eftersträvades ett gemensamt ansvarstagande tillsammans med verksamheterna. Ledningsgruppen å sin sida var beredd att axla ansvaret för processen och sammansättningen av ett samlat förslag till prioritering. Det fanns dock som vi uppfattar det en gräns för hur långt gruppens ansvar kunde sträcka sig – så länge förslagen inte uppfattades som politiskt kontroversiella. Eftersom man ansåg att prioriteringsarbetet denna gång inte behövde resultera i en horisontell prioritering – där valet mellan olika patientgrupper tydliggjordes – kunde gruppen ta ett omfattande ansvar.

Projektledaren såg det som viktigt att ledningsgruppen kom in tidigt i processen och kunde bilda sig en uppfattning om förslagen. Det hade blivit komplicerat om gruppen kommit in i ett senare skede, efter bedömningen i den medicinska kommittén. Det uppfattades som viktigt att ledningsgruppen fick ta ett tidigt ansvar för helheten i materialet.

Behandlingen av förslagen inom den medicinska kommittén (med undergrupper) var viktig ur ledningsgruppens perspektiv. Ledningsgruppen kunde därmed i viss utsträckning få någon att dela ansvaret med. Det är enligt vår bedömning oklart exakt vad den medicinska kommittén tog ansvar för i processen. Personer i kommittén som intervjuats anger att vad kommittén gjorde var att markera vilka förslag som man ansåg vara värda att gå vidare med. Kommitténs roll var enbart konsultativ gentemot ledningsgruppen, och kommittén hade inget mandat att besluta kring förslagen. Det finns dock verksamhetschefer som anser att kommittén har tagit på sig en större roll: de har försökt bedöma verksamhetsövergripande effekter hos förslagen och i vissa fall stoppat förslag på oklara grunder.

En viktig fråga som lyfts bland de intervjuade är vem det är som tar ansvaret för att de förslag som ingår i landstingets beslut är möjliga och lämpliga att effektuera. Detta särskilt som landstinget upplever en tid av förändrade villkor där vårdval och avtal med privata entreprenörer kan ändra förutsättningarna.

Politikerna

Vi uppfattar att i Kronoberg inskränkte sig politikernas roll i prioriteringsarbetet till att anta strategiplanen – där en prioriteringsprocess ingick. Därefter överlämnades ansvaret för genomförandet till landstingsdirektören och ledningsgruppen för att genomföra arbetet. Politikerna följde arbetet genom deltagandet i styrgruppen men tog inte ställning till enskilda förslag. Vid mötet i juni godkände landstingsstyrelsen genomförandet av processen. I de handlingar som fanns tillgängliga för politikerna ingick en sammanställning av detaljerade prioriteringsförslag. Dessa behandlades dock inte alls av politikerna. I den variant av prioriteringsprocess som genomfördes i Landstinget Kronoberg behövde inte politikerna överväga enskilda förslag till prioriteringar.

2.8 Dialog

Mellan verksamheter inom driftenheter

I prioriteringsarbetet förekom inte några särskilda arrangemang för att få till stånd dialog mellan olika verksamheter inom en driftsenhet. Förekomsten av dialog före och under prioriteringsarbetet varierade mellan olika driftsenheter. Vi har fått exempel på att prioriteringsarbetet diskuterats vid möten inom verksamhetschefgrupper, t ex inom länssjukvården. Vi har dock fått intrycket att det inte fanns något organiserat utbyte av erfarenheter under arbetets gång inom denna driftsenhet. De kontakter som förekom följde sedan tidigare upparbetade vägar mellan chefer för verksamheter som hade redan etablerade kontaktytor. Som tidigare framgått (se 2.2) samverkade dock chefer inom primärvården och folktandvården för att arbeta fram gemensamma förslag till prioriteringar. Vi har intervjuat verksamhetschefer som menar att visst förekom kontakter med kollegor - de man brukar ha informationsutbyte med – men det finns också de som anger sparsamma eller inga kontakter ("det fanns ingen skyldighet att samverka med andra eller att ha dialog").

Mellan verksamhet och landstingsledning

Vi har i intervjuerna flera exempel på att landstingsledningen (genom landstingsdirektören) och driftsledningar har arbetat med budskapet att landstinget ska uppfattas som en helhet och att "man måste kunna flytta resurser mellan olika delar".

Vi uppfattar dock att detta budskap inte är något som har reserverats för prioriteringsprocessen, utan det har framförts inom landstinget i en rad sammanhang. ”Vi har pratat väldigt mycket om koncernen”, menar en informant i chefsposition. Dock ser samma person svårigheter med att enbart genom retorik sprida budskapet. ”Vi har inte kommit hela vägen, men det har blivit en bättre världsbild för oss alla.” Vad gäller ambitionen att skapa ett helhetsperspektiv framhåller flera informanter den roll som spelades av den medicinska kommittén. Det finns informanter som menar att det är kommittén som har förutsättningar att åstadkomma det efterfrågade ”helhetsperspektivet”. Samtidigt ser vi inga tecken på att kommittén har tagit på sig rollen att föra dialog med verksamheterna under prioriteringsarbetet.

Politiker mötte företrädare för verksamheterna under de utbildningstillfällen om prioriteringar som anordnades i januari 2009. Då förekom diskussioner runt borden mellan olika parter men därefter inträdde ett tillstånd där politikerna inte mötte verksamhetsföreträdare direkt – all kommunikation skedde genom tjänstemannaledningen och vidare genom den s k linjen. Detta var en medvetet restriktiv hållning och några undantag förekom inte under prioriteringsprocessen.

I ett tidigt skede av processen (januari 2009) hade landstingsledningen (koncernledningen) möten med drifts- och verksamhetsledningarna. Det förekom, enligt uppgifter från informanter, även kontakter mellan verksamheter och koncernledningen i form av landstingsdirektören under processen – för primärvården genom verksamhetschefgruppen. Det finns också verksamhetschefer som nämner informella kontakter under arbetets gång (”de jag behövde ha tag på, de fick jag tag på”). Bland verksamhetschefer finns dock de som anser att de inte kommit i närheten av landstingsledningen under prioriteringsarbetet och det som utspelades under de tidiga utbildningsträffarna inte var ”dialog utan snarast att betrakta som monolog”.

2.9 Öppenhet och information

Landstingets policy för öppenhet

Landstinget hade ingen nedtecknad policy för öppenhet men vi uppfattar att det ändå i ledningsgruppen fanns oskrivna riktlinjer för hur man skulle förhålla sig till både intern och extern öppenhet. Vi uppfattar att den informella policyn gick ut på att landstinget skulle vara tydligt om innehållet i processen (dess olika steg och tidsplanen), medan innehållet i de olika förslagen som hanterades skulle betraktas som arbetsmaterial fram till redovisningen, d v s när ett slutligt förslag fanns färdigt som kunde presenteras för politikerna.

Prioriteringsarbetet skulle framställas som en del av den strategiska utvecklingsplanen och materialet skulle presenteras enkelt och återhållsamt så att det inte gav upphov till politiska kontroverser eller - ur landstingets synvinkel - kunde leda till missförstånd. Det fanns särskilt bland politikerna en oro för att prioriteringsarbetet kunde få oönskad uppmärksamhet. Det innebar att man i Kronoberg hellre skulle vara återhållsam med att visa upp prioriteringsarbetet än att "blåsa upp det". Det skulle finnas en beredskap att hantera olika frågor, som kom från såväl medarbetare, media som allmänhet. Dock var det en reaktiv snarare än proaktiv hållning som verkar ha varit rättesnöret, som gick ut på att inte försöka undanhålla något men att inte göra en större affär av det än nödvändigt.

Vi bedömer också att det var oklart bland politikerna i landstinget hur man önskade presentera resultatet från prioriteringsarbetet – om listor på åtgärder som skulle bli föremål för bortval eller inprioritering borde visas upp för medarbetare och framför allt för media och allmänhet. Möjligen kan detta tolkas som en osäkerhet över vad som skulle komma ut av prioriteringsarbetet.

Intern öppenhet

Vid inledningen av prioriteringsarbetet deklarerade landstinget på sin hemsida att det krävs en "öppen och tydlig process" för hur Landstinget Kronoberg ska arbeta för att resurserna ska användas på bästa möjliga sätt. Hur tolkades begreppet "öppenhet" i detta sammanhang och hur agerade landstinget?

Om vi först betraktar den interna öppenheten – inom landstingets egen organisation – ger intervjuerna intryck av att öppenheten om prioriteringsprocessens fortskridande kunde variera från driftsenhet till driftsenhet. Vi har fått exempel på att frågor om öppenhet diskuterats i landstinget inom driftsenheter och vid chefsmöten i mer generella termer, men inte specifikt för prioriteringar. Det rörde sig t ex om att inte gå ut för tidigt med förslag för att undvika spekulationer och oro bland medarbetarna.

I ledningsgruppen diskuterades inför prioriteringsarbetet mest den externa öppenheten - när och med vad man skulle gå ut till media och allmänhet. Det fanns även en diskussion om den interna öppenheten – vad som skulle presenteras för medarbetarna och när detta skulle ske – och vi har intryck av att det fanns olika uppfattningar i denna fråga. Vi har stött på uppfattningen att det borde ha skett en tidigare återkoppling av materialet än vad som blev fallet. Vi uppfattar att det inte fanns några formella restriktioner för vad som kunde spridas inom driftsenheterna. Varje driftsenhetschef förmodades visa gott omdöme och inte gå ut med ofärdiga förslag som kunde oroa medarbetarna. I likhet med den externa öppenheten önskade landstinget vara tydligt mot sina medarbetare om att processen skulle genomföras och vilka steg denna innehöll.

Bland de verksamhetschefer som vi intervjuat finns olika uppfattningar om vilka uttryck öppenheten kring prioriteringsarbetet tog sig och hur det påverkade på verksamhetsnivån. Det finns verksamhetschefer som menar att de hade god insyn och fick ut det som berörde den egna enheten, men det finns också chefer som uppger att de inte alls kunde följa sina förslag och vad som hände med dem. En person vi intervjuat menar att visserligen kunde landstinget ha gått längre i öppenhet, men att det ändå är en nyhet att förslag finns på papper och att de har skickats runt och behandlats.

En problematik som har påpekats från olika håll är öppenhet om resultatet från prioriteringsprocessen. Man efterfrågar någon slags återkoppling om vad politikerna egentligen beslutade vid landstingsstyrelsens möte den 1 juni. Att återkoppling saknas kan, enligt vår uppfattning, bero på att driftsledningarna har haft svårt att tolka vad beslutet går ut på och hur det ska effektueras av respektive verksamheter – innan detta står helt klart är det svårt att presentera uppdrag för verksamhetscheferna.

Extern öppenhet

Den externa öppenheten präglades av den inofficiella policy som vi redogjort för ovan. Det innebar att landstinget inte ville ha onödig uppmärksamhet kring prioriteringsarbetet. En presskonferens ordnades i november 2009 men därutöver gjorde inte landstinget några aktiva insatser för att lyfta fram arbetet innan den politiska hanteringen i månadsskiftet maj-juni 2009. Det finns informanter som menar att landstinget medvetet ”låg lågt” och att det fanns farhågor för att media skulle kunna få tag i material i ett för tidigt skede.

Intern information

Ur ledningsgruppens perspektiv var det viktigt att ta fram en kommunikationsplan som utgick från helheten i den strategiska utvecklingsplanen, där prioriteringsarbetet fanns med som ett av flera inslag. Planen upprättades under ledning av informationschefen och fanns färdig under november 2008 (Landstinget Kronoberg 2008e). Den tog framför allt sikte på att informera internt inom landstinget. Vi har genom intervjuerna fått uppfattningen att information om prioriteringsarbetet specifikt till en början inte hade en framträdande plats på ledningsgruppens agenda. Efter hand uppmärksammade ledningsgruppen frågan – om behov skulle uppstå skulle det finnas möjlighet att kunna kommunicera med media och allmänhet kring prioriteringsarbetet. Lösningen blev att främst knyta informationsansvaret till projektledaren och landstingets informationschef. Politikerna förväntades inte spela någon aktiv roll informationsmässigt – om inte prioriteringsarbetet fick politiska förtecken – något som landstinget i det längsta önskade undvika.

Information om den strategiska utvecklingsplanen, inklusive det planerade prioriteringsarbetet, spreds inom landstingets organisation från slutet av 2008. Olika informationsvägar användes såsom hemsida på nätet och trycksaker. Trycksaker tillhandshölls för såväl politiker som chefer, där de sistnämnda uppmanades att använda materialet vid arbetsplatsträffar. Kommunikationsvägarna följde i enlighet med landstingets praxis linjen, d v s gick via driftsledningarna till verksamhetschefer och vidare i organisationen. Centralt i landstinget anordnas chefsmöten vid fyra tillfällen per år kring aktuella frågor, och mötet i december 2008 hade temat prioriteringar och strategisk utvecklingsplan. Vi har genom intervjuerna fått intrycket att den strategiska planen och prioriteringsarbetet även har behandlats på chefsmöten inom både närsjukvård och länssjukvård. Material har förmedlats till verksamhetschefer – hur detta sedan har spridits till medarbetarna har dock varierat. Inför prioriteringsarbetet lämnades särskild information till chefer och politiker i januari 2009 vid utbildningsdagar. Därutöver arrangerade – som framgått ovan (se 2.1 Utveckling av samlat budskap) – landstingsdirektören särskilda möten riktade till alla medarbetare för att informera om strategiplanen. I april 2009 arrangerade landstinget ett internt ”chattforum” via Internet där medarbetare under några timmar kunde ställa frågor i realtid till landstingsdirektören och där frågor och svar redovisades på webben.

Extern information

Den externa informationen präglades av att landstinget inte önskade lyfta fram prioriteringsarbetet och ge detta särskild uppmärksamhet - istället presenterades det som en del av det strategiska utvecklingsarbetet. Kommunikationsplanen från slutet av november 2008 angav att den initiala presskonferensen och pressmeddelandet skulle ”skapa fokus på de fyra delområdena som en helhet.”

Prioriteringsarbetet hade dock redan nämnts externt i ett pressmeddelande från den 3 november 2008 i samband med att den strategiska utvecklingsplanen 2009-2015 presenterades.

”Ett prioriteringsarbete inom alla verksamheter ska bidra till att avgränsa och tydliggöra landstingens åtaganden och utbud. Syftet är att tydliggöra att resurserna används på rätt sätt där behoven är störst. Genom att systematiskt gå igenom utbudet och begränsa lågt prioriterade åtgärder kan resurser frigöras till satsningar på högre prioriterade åtgärder.” (Landstinget Kronoberg 2008d).

I det pressmeddelande som lades fram i anslutning till landstingsstyrelsens möte den 1 juni 2009 presenterades prioriteringarna följaktligen som en del i ett större åtagande.

”Prioriteringar en del av den strategiska utvecklingsplanen.

Landstingsstyrelsen godkänner arbetsprocessen med prioriteringar och avrapporteringen av den strategiska utvecklingsplanen. Planen är tillsammans med budgetdokumentet Landstinget Kronobergs viktigaste styrdokument. Arbetet med den strategiska utvecklingsplanen syftar till att långsiktigt uppnå målet om att vara ett kvalitetsstyrt landsting och Socialstyrelsens föreskrifter om God vård. ___ Resultatet från prioriteringsarbetet kommer att vävas in i det fortsatta arbetet med budget och verksamhetsplanering. Modellen med prioriteringar kommer att utvecklas inför kommande budgetarbete.”
(Landstinget Kronoberg 2009).

Landstinget lade tidigt ut planen för prioriteringsprocessen på sin hemsida och höll också en inledande pressträff om arbetet. Därefter gick landstinget in i en avvaktande fas beträffande extern kommunikation. Avsikten var att följa mediebild, hålla en beredskap inför eventuell uppmärksamhet kring prioriteringsarbetet, men i övrigt inte göra några egna utspel. Man kan säga att politikerna fick en begränsad roll i sammanhanget, eftersom inte landstinget önskade kommunicera direkt med medborgarna kring prioriteringsarbetet, med undantag för de organiserade pressträffar som anordnades i början och slutet av processen.

Vi har svårt att genom intervjumaterialet få en klar bild av i hur stor utsträckning landstinget, och då främst ledningsgruppen, diskuterade i vilken form det färdiga förslaget skulle presenteras för allmänheten. Vi kan notera en vilja i landstinget att bli betydligt mer öppna kring ransoneringar (bortval och annat) och inprioriteringar än vad som tidigare varit fallet. Samtidigt har vi sett tecken på en försiktig hållning – att inte låta förslagen skapa oro bland medarbetare eller hos allmänheten. Projektledaren hade inställningen att förslagen höll en sådan ojämn kvalitet att det skulle bli svårt att visa upp dessa och förklara innebörden utan att riskera att skapa missförstånd.

2.10 Relevans

Landstinget – i form av ledningsgruppen – valde att redovisa förslagen till prioriteringar på en övergripande nivå, och inte på samma detaljeringsnivå som t ex Västerbottens läns landsting gjorde efter sin prioriteringsprocess. Att närmare motivera urvalet av förslag var inte aktuellt för vare sig ledningsgrupp eller politisk styrgrupp. En möjlighet hade varit att använda sig av den medicinska kommittén som förde protokoll där skälen för olika ställningstaganden fanns angivna.

Det bör alltså vara möjligt att se hur kommittén resonerade – å andra sidan hade inte kommittén det slutliga avgörandet i sin hand, utan ledningsgruppen. Projektledaren menar att flertalet av de slutliga prioriteringsförslagen inte var av den karaktären att de egentligen behövde motiveras. I denna den första omgången av öppna och systematiska prioriteringar kom inte landstinget att välja ut prioriteringsobjekt särskilt högt upp på rangordningslistan. Många förslag som gick till beslut var av karaktären ”icke-göra”. Projektledaren drar ändå slutsatsen:

”Vi borde kanske ha motiverat fler beslut, men jag tycker liksom inte att man behöver sitta och enligt någon formel motivera alla beslut. En del är ju ganska uppenbara, så att säga, att de är korrekta.”

3. SLUTSATSER FRÅN INTERVJUSTUDIEN

Den ”snabba” varianten av en prioriteringsprocess introducerades av Västerbottens läns landsting under 2008. Prioriteringsarbetet inom Landstinget Kronoberg drevs framåt i ett ännu högre tempo, vilket många intervjupersoner har understrukt. Vi kan inte uttala oss om hur detta har påverkat arbetet. Kritik mot det höga tempot har nått fram till landstingsledningen.

Att försöka placera prioriteringsarbetet i positiva ”tankeramar” – genom att ägna sig åt ”framing” – har präglat handlandet hos landstingsledningen i Kronoberg. Liksom i Västerbotten har prioriteringarna presenterats som syftande till omfördelning med målet att utveckla hälso- och sjukvården. En svårighet var dock att prioriteringsarbetet i sig inte fick överbetonas, utan det skulle framställas som en del i strategiplanen.

Det är svårt att fastställa vad politikerna förväntade sig skulle komma ut från prioriteringsarbetet – vi ser egentligen inte vilka föreställningar som fanns i denna aktörsgrupp. En förklaring kan vara att politikerna – trots inrättandet av en styrgrupp – distanserade sig från arbetet och inte spelade någon aktiv roll i detta.

Inom Landstinget Kronoberg dominerade mikrostrategier för att påverka genomförandet av prioriteringsarbetet, medan möjligheten att använda makrostrategier inte utnyttjades. Det berodde inte på förbiseende utan var ett medvetet val helt i linje med den uppfattning som råder inom landstinget om hur förändringar bör genomföras.

Metodstöd fanns tillgängligt under den vertikala fasen men var inte organiserat för att spela en aktiv och uppsökande roll för att stödja verksamhetscheferna. Vi har uppfattat det som att medicinska kommittén hade tilldelats en roll i detta sammanhang, men ser inte att kommittén har använts i någon utsträckning. Verksamhetscheferna har lämnats att på egen hand hitta lösningar beroende på vilken kompetens de själva besatt och vilka kontaktnät de hade. Några särskilda resurser för att hjälpa till med att kostnadsberäkna förslagen har vi inte noterat.

Genom avsaknaden av makrostrategier, som t ex kan innebära att verksamhetsledningarna deltar i granskning av materialet, kom en stor börda att läggas på projektledaren, med ett begränsat administrativt stöd, liksom på ledningsgruppen, som fick både sortera och granska förslag av olika dignitet och kvalitet. Det kunde ha varit en fördel om förslag på vardagsrationaliseringar stannat på driftsledningsnivå för att bedömas där, för att sedan återsändas till verksamheten.

Liknande problem uppstod i Västerbotten där förslag om vardagsrationaliseringar till slut hamnade på politikernas bord. Det är möjligt att det hade varit en fördel om ledningsgruppen kunnat koncentrera sig på de riktigt svåra bedömningarna. Det är möjligt att prioriteringsarbetet påverkades av det faktum att strategiplanen lyfte fram värdet av vardagsrationaliseringar, vilka enligt landstingsstyrelsen också borde premieras. Detta lockade rimligtvis fram många sådana förslag från verksamheten. Huruvida det fanns en medveten önskan från landstingets sida att påverka balansen mellan olika kategorier av förslag kan vi inte bedöma.

Vi har svårt att genom intervjuerna fastställa hur granskningen och gallringen av förslagen har gått till under beredningsfasen. Det är en liten krets av personer som varit inblandade i vissa delar, medan en större krets har granskat i andra faser, t ex när medicinska kommittén med undergrupper varit inblandade. Vi har svårt att se om kommitténs alla grupper tillämpade likartade kriterier vid sin granskning. Att verksamheter fick en återkoppling på sitt material efter kommitténs beredning framstår som positivt (vi kan dock inte avgöra om möjligheten erbjöds samtliga verksamheter).

Ledningsgruppen har inte tydligt ställt förslag mot varandra och med våra ögon har ingen horisontell prioritering egentligen genomförts. Inprioriteringarna har, liksom i Västerbotten, följt ett eget spår vilket gör hopkopplingen svår att se för andra än de verkligt initierade i processen.

Politikerna har haft en nedtonad roll i prioriteringsprocessen. De har inte aktivt deltagit i beredningen och har inte behövt ta ställning till enskilda förslag. Ledningsgruppen har genom sin gallring vidtagit åtgärder för att undvika politiska kontroverser. Vi bedömer att den politiska majoriteten inte önskade sätta strålkastaren på prioriteringsarbetet, utan ville se detta som en mindre del i en större process.

Verksamhetscheferna har uppfattat sitt ansvar som gällande innehållet i förslagen, men inte den vidare beredningen. Vi uppfattar det som att prioriteringsarbetet inte har syftat till att försöka utsträcka verksamhetsledningarnas ansvar till att gälla för någon större helhet i arbetet. Ansvaret för processen liksom för att arbeta fram ett samlat förslag har vilat tungt på ledningsgruppen. I vissa avseenden har gruppen sökt sprida ansvaret till medicinska kommittén, men det är oklart vilket ansvar som kommittén egentligen har axlat. Vi noterade uppfattningar i landstinget att kommittén i beredningen av förslagen gjorde lämplighetsbedömningar som gick längre än rena medicinska bedömningar.

I genomförandet av prioriteringsprocessen i Landstinget Kronoberg har inte ingått att skapa särskilda dialogformer, annat än initialt. Dialog kring prioriteringsarbetet har skett i driftsledningarna, men också ad hoc i begränsad form. Kontakter har tagits direkt mellan verksamheter och landstingsdirektören som i fallet med primärvården. Det har inte skapats utrymme för någon dialog direkt mellan verksamheterna och politikerna.

Öppenheten har mycket handlat om att beskriva delarna i processen, däremot finner vi oklarheter om hur landstinget avsåg att redovisa resultatet. För strategiplanen fanns en kommunikationsplan som gick ut på att presentera prioriteringar som en del i en större helhet. Landstinget har initialt presenterat prioriteringsarbetet för media vid en presskonferens men därefter valt att inta en reaktiv hållning, d v s att avvakta och se om aktiviteten väckte uppmärksamhet. Några särskilda insatser för att informera allmänheten har vi inte kunnat notera.

4. JÄMFÖRELSE MELLAN KRONOBERG OCH VÄSTERBOTTEN

Vi fokuserar i detta avsnitt på vad vi bedömer vara skillnader i förutsättningar, ställningstaganden och organisation av prioriteringsarbetet inom Landstinget Kronoberg och Västerbottens läns landsting. Syftet är dock inte att jämföra attityder bland aktörer i de två landstingen. Intervjuundersökningen i Västerbottens läns landsting (Broqvist m fl 2009) gjordes med ett annat syfte och med en annan metod än vad som var fallet i Kronoberg.¹⁵ Resultatet från de två landstingen tillåter inga jämförelser av uppfattningar om prioriteringsarbetet – det går inte att generalisera från data som genererats genom den aktuella metoden. Däremot kan vi göra jämförelser på organisationsnivå av prioriteringsarbetet och de ställningstaganden som vi uppfattar har gjorts av processledningar/projektledningar, tjänstemannaledningar och politiker. I de fall vi har noterat betydande skillnader finns det anledning att försöka påvisa dessa och om möjligt förklara bakgrunden. Vi följer här samma mall som i redovisningen ovan av processen i Kronoberg. För en översikt se Bilaga II.

4.1 Förberedelser

Allmänt

Även om det inte går att lokalisera någon exakt startpunkt för när tanken på att genomföra ett prioriteringsarbete väcktes i de två landstingen har vi uppfattningen att arbetet med att lägga grunden för en sådan process var utsträckt längre i tiden i Västerbotten jämfört med Kronoberg. Det fanns mer tid för att göra förberedelser i Västerbotten, som mycket medvetet skapade sin egen modell för hur arbetet skulle bedrivas. I Landstinget Kronoberg försämrades ekonomin under 2008 och prioriteringsarbetet blev då en komponent i den strategiplan som lanserades under hösten för att tackla olika problem i landstinget. Vi bedömer att cheferna i vården (verksamhetscheferna) var mer förberedda på uppdraget i Västerbotten än i Kronoberg.

Budskap

I båda landstingen fanns en medvetenhet om betydelsen av att utforma ett ”budskap” som i första hand skulle riktas till den egna organisationen men också användas i kommunikationen med media och allmänhet.

¹⁵ Intervjustudien om prioriteringsarbetet i Västerbottens läns landsting (Broqvist m fl 2009) hade till syfte att beskriva och analysera variationer i de sätt som olika aktörer uppfattade genomförandet. Urvalet till denna studie (egentligen är det tre olika studier) gjordes dels efter principen maximal variation och dels som strategiskt urval. Någon maximal variation har aldrig eftersträvat i studien av prioriteringsarbetet i Kronoberg.

Landstinget Kronoberg önskade dock inte lyfta fram prioriteringsarbetet i detta budskap utan presenterade prioriteringarna som en delmängd i strategiplanen. Även i Västerbotten var prioriteringsarbetet en av flera åtgärder som landstinget arbetade med parallellt men där formulerades ett exklusivt budskap för prioriteringarna som fick en framträdande plats och som presenterades på landstingets hemsida. I grunden var det samma budskap om prioriteringar som de båda landstingen önskade lansera: att processen syftade till att omfördela medel för att kunna utveckla och förbättra sjukvården. Vi bedömer dock att i Kronoberg intog landstinget en försiktig hållning och tonade ned prioriteringsarbetet i avsikt att sätta strålkastarljuset på annat. Det gjordes heller inga utfästelser i Kronoberg om hur resultatet skulle presenteras. I det avseendet var Västerbotten tydligare med att i öppenhet inkludera en detaljerad redovisning av resultatet från prioriteringsarbetet, tillgänglig för alla medborgare.

Politisk enighet

Vi bedömer att det fanns politisk enighet i båda landstingen vad gäller bedrivandet av ett prioriteringsarbete liksom syftet med detta (att genom prioritering och ransonering bereda plats för inprioritering, alltså en omfördelning). I Västerbotten liksom i Kronoberg var politikerna lojala mot bedrivandet av processen och visade upp en enig hållning – inga försök gjordes att föra politisk debatt i anslutning till prioriteringsarbetet medan detta pågick. I Västerbotten krävdes dock en högre grad av enigheten för att tillsammans komma fram till ett resultat – det var politikerna som sorterade och bedömde prioriteringsobjekten i slutet av processen och beslutade om dessa. I Kronoberg delegerades det svåra arbetet till ledningsgruppen – den politiska enigheten behövde inte sättas på prov över enskilda förslag. Politikerna godkände processen och indirekt också resultatet – men utan att ta ställning till enskilda förslag.

4.2 Strategi

Strategier för genomförandet av systematiska prioriteringar kan ta sig olika uttryck. Vi kan konstatera att Landstinget Kronoberg i mycket liten utsträckning använde sig av makrostrategier; de har istället valt att låta den befintliga organisationen lösa uppdraget med prioriteringar. Den politiska styrgruppen är egentligen den enda nya konstellationen, där man önskade bredda det politiska deltagandet. I kontrast till detta står Västerbottens läns landsting som skapade horisontella grupper med verksamhetschefer, enbart med syftet att tackla uppdrag i samband med prioriteringsprocessen.

Förutom att lösa ett faktiskt prioriteringsuppdrag (horisontell prioritering) syftade grupperna till ”systemlärande” – att deltagarna skulle få ett vidare perspektiv på landstingets verksamhet. Detsamma gäller för det PrioriteringsForum som var en mötesplats för verksamhetschefer och politiker. Något liknande tänkande – att organisera för lärande - tycker vi oss inte se i strategin för prioriteringsarbetet i Kronoberg.

Däremot har såväl Kronoberg som Västerbotten använt sig av mikrostrategier i syfte att påverka enskilda medarbetare, genom information och utbildning. I detta låg också att öka förståelsen för ”koncernperspektivet” inom landstinget. Vi har uppfattningen att Landstinget Kronoberg lade resurser på detta, men delar av inslaget avsåg inte prioriteringsprocessen specifikt, utan hela strategiplanen, medan andra avsåg endast prioriteringsarbetet (utbildningar). Beträffande stöd av olika former i processen kan vi inte jämföra effektiviteten i dessa utan bara diskutera likheter och skillnader mellan landstingen. I Västerbotten fanns utbildade metodstödjare för insatser i den vertikala rangordningen och Kronoberg hade också reserverat sådana resurser. Dock har vi intryck av att medicinska kommittén kom att spela en mindre roll i detta skede än vad som först utsades. Vid arbetet i de horisontella grupperna fick verksamhetscheferna i Västerbotten tillgång till extra ekonomiresurser i form av controllers – någon motsvarighet fanns inte i Kronoberg – liksom stöd från kompetenta granskningsledare.

Vid den fortsatta beredningen av förslagen blev det i Kronoberg en tyngdpunkt på ledningsgruppen som, med stöd av projektledaren och dennes kansli, fick göra all sortering och alla övergripande ställningstaganden. I vissa frågor hade gruppen hjälp av medicinska kommittén och ett antal styrgrupper. Våldigt mycket hamnade dock på ledningsgruppen inklusive - som vi bedömer - rena politiska ställningstaganden, om lämplighet och värderingar kring vissa förslag. I Västerbotten skedde en fördelning av uppdragen på de horisontella grupperna, processledningen och politikerna. I detta landsting lades mer av rena sorterings- och bedömningsuppgifter på politikerna i slutfasen.

4.3 Beredning

Vi kan notera flera markanta skillnader mellan landstingen vid beredningen av förslagen hämtade från den vertikala rangordningen.

Den modell för beredning som tillämpades inom Landstinget Kronoberg gav möjlighet till en samlad bedömning av materialet (prioriteringsförslagen) tidigt i processen genom ledningsgruppen.

I Västerbotten behöll representanter för respektive verksamhet (verksamhetschefer och medicinskt ledningsansvariga) kontrollen över sina respektive förslag längre i processen. En bedömning med politiska förtecken kom dock i Kronoberg in tidigt i processen genom ledningsgruppen. Även i Västerbotten ägnade sig tjänstemän åt att bedöma förslag – och avfärda dessa – på politiska grunder. I Västerbotten lämnades sådana ställningstaganden även till politikerna att avgöra i slutet av processen.

I Västerbotten förekom en kvalitetskontroll genom kollegial granskning i de horisontella grupperna, vilket ställde stora krav på deltagarna, medan Landstinget Kronoberg överlät till sin medicinska kommitté att göra motsvarande kontroll. Vi har inte haft insyn i dessa processer men uppfattar att den modell Kronoberg valde borde tillåta ett mer fristående ifrågasättande av innehållet än den modell Västerbotten valde. I Kronobergs modell fokuserades intresset på innehållet i förslagen och rangordningen, medan modellen i Västerbotten tenderade – genom uppdraget – att leda till fokusering på det ekonomiska innehållet tidigt i processen (redan i de horisontella grupperna). Detta var avhängigt formuleringen av uppdraget till de olika konstellationerna i respektive landsting.

Vi har inte någon grund för att ingående bedöma kvaliteten på förslagen i de två landstingen. Däremot har vi intrycket att båda landstingen upplevde problem med variationer i kvaliteten på förslagen, både vad gäller motiveringar och kostnadsberäkningar. I båda landstingen lämnades också förslag av olika karaktär – det var inte bara prioriteringar på medicinsk grund utan också rationaliseringar/effektiviseringar och strukturförslag m m. I Kronoberg skedde försök till sortering tidigt i processen, genom projektledare och ledningsgrupp, medan sorteringen sköts framåt i processen i Västerbotten, vilket påverkade politikernas arbetssituation.

Beträffande inprioriteringar – de nya metoder/aktiviteter som skulle finansieras genom det utrymme som skapades av bortval och andra förändringar – framgår att i båda landstingen hanterades detta som en separat process. I båda fallen var det landstingsledningen som agerade för att sammanställa förslag till inprioriteringar och politikerna som tog ställning till dessa, medan verksamhetsföreträdarna i ringa grad var involverade.

4.4 Politisk behandling

Även vad gäller politisk behandling finner vi markanta skillnader mellan prioriteringsprocessen i Kronoberg och den i Västerbotten. I båda landstingen fanns en politisk styrgrupp med bred representation som fick information om hur processen avancerade. I Västerbotten tog politikerna aktiv del i skapandet av en kommunikationsstrategi medan detta var en ren tjänstemannafråga i Kronoberg. I Västerbotten mötte politikerna verksamhetsföreträdare direkt för att diskutera enskilda förslag, medan något liknande inte förekom i Kronoberg. En stor skillnad mellan landstingen var dock omfattningen av politisk beredning av enskilda förslag – i Västerbotten var politikerna aktiva kring enskilda förslag, medan uppgiften till stora delar vilade på ledningsgruppen i Kronoberg. Det krävdes politiska förhandlingar av en hel annan dignitet i Västerbotten jämfört med situationen i Kronoberg. Det var helt annorlunda roller för politikerna i de två landstingen.

4.5 Ansvar

I fördelningen av ansvaret för olika inslag i prioriteringsprocessen noterar vi skillnader mellan Landstinget Kronoberg och Västerbottens läns landsting. Om vi först jämför verksamhetschefernas ansvar upptäcker vi likheter vad gäller ansvaret för kvaliteten på de egna förslagen. Men därefter upphör likheterna genom att Västerbotten, till skillnad från Kronoberg, lade ytterligare ansvar på cheferna: att delta i kollegial granskning av förslagen, men också att tillsammans med andra (i de horisontella grupperna) utarbeta ett eget samlat förslag som senare skulle sammanföras med andra förslag. I Landstinget Kronoberg befriades cheferna från vidare ansvar i beredningen av förslagen. I båda landstingen förekom dock vissa oklarheter om vilket ansvar driftsledning/verksamhetsområdesledning hade för att samordna förslagen.

I Landstinget Kronoberg fick tjänstemannaledningen genom ledningsgruppen axla ett stort ansvar i processen – där vissa menar att det sträckte sig för långt eftersom det innebar att också axla en politisk roll i att bedöma förslag på grundval av värderingar. Den roll medicinska kommittén spelade som granskare kan uppfattas som oklar då det inte framgår vilka kriterier som användes – vi ser tecken på konflikter med linjecheferna omkring hanteringen av förslagen. I Västerbotten fick tjänstemannaledningen främst axla ansvar för processen – att göra justering i beredningen, men också att lämna support till politikerna inför deras beredning.

I Västerbotten hade politikerna en viktig roll i att bereda enskilda förslag. Det råder inga tvivel om att de förtroendevalda också tog ansvar för den slutliga listan med bortval och inprioriteringar. För att klara detta lyftes vissa svårhanterliga förslag helt sonika bort. I Landstinget Kronoberg är det politiska ansvaret mera svårbedömt. Uppenbarligen godkändes processen av de förtroendevalda men de tycks inte ha tagit ställning till enskilda förslag.

4.6 Dialog

Dialog förekommer spontant i en process - men den kan också vara organiserad. Inom driftsenheterna i Landstinget Kronoberg diskuterades prioriteringar vid både chefsmöten och möten för alla medarbetare, men dialoger organiserades inte genom processen som i Västerbotten (de horisontella grupperna). Utbyte förekom mellan chefer mer spontant under den vertikala rangordningen. I den mån cheferna hade insyn i varandras arbeten var detta inte organiserat. I Västerbotten var dialogerna mellan chefer organiserade genom de horisontella arbetsgrupperna. Dessa innebar dock ingen total insyn i alla förkommande förslag.

Organiserandet av en dialog i Kronoberg mellan verksamhetschefer och landstingsledning förekom i inledningen av prioriteringsprocessen, vid möten med landstingsdirektören och under utbildningar. Under processens gång förekom mer ad-hoc-betonade möten. Även i Västerbotten organiserades dialogtillfällen vid inledningen av prioriteringsprocessen. Den stora skillnaden mellan landstingen var att i Västerbotten träffade cheferna även politikerna i PrioriteringsForum, medan något liknande inte förekom i Kronoberg.

4.7 Öppenhet och information

Öppenhet

I såväl Landstinget Kronoberg som i Västerbottens läns landsting fanns ambitionen att tidigt gå ut och berätta om de olika inslagen i processen. På den punkten fanns en likvärdig ambition beträffande öppenhet. En skillnad – som tidigare framhållits – var önskemål i Kronoberg om att beskriva prioriteringar som en av flera delar i strategiplanen, medan Västerbotten visade upp sina planer för prioriteringsarbetet mer specifikt.

I frågan om intern öppenhet kan man notera tendenser i båda landstingen att försöka vara restriktiv med att sprida ofullständig information som kunde skapa oro bland medarbetarna. Det var i stor utsträckning upp till varje chef att lägga sig på rätt nivå i det avseendet. Den externa öppenheten präglades i Västerbotten av en mer proaktiv hållning än vad vi funnit tecken på i Kronoberg, där inställningen var att ”ligga lågt” med extern information om processen fram till beslut. I båda landstingen fanns en stor medvetenhet om betydelsen av att ”motverka läckor” till media – något som vi bedömer var mer framträdande i Västerbotten jämfört med Kronoberg, beroende på den roll den politiska processen förväntades spela i det norrländska landstinget jämfört med det småländska.

Information

I båda landstingen fanns kommunikationsplaner utarbetade som placerade ansvaret för information på olika aktörer. Den interna informationen sköttes av linjechefer, som fick material till stöd för detta. Det är främst beträffande den externa informationen som vi uppfattar att det fanns skillnader mellan landstingen. I Västerbotten spelade politikerna en aktiv roll för att informera om prioriteringsarbetet dels mot media och dels mot befolkningsgrupper – samtidigt som landstinget önskade ett kontrollerat budskap. I Kronoberg, där önskemål också fanns att kontrollera budskapet, koncentrerades uppdraget att informera om prioriteringsarbetet till projektledaren och informationschefen.

5. DISKUSSION KRING INTERVJUSTUDIEN

När Landstinget Kronoberg utformade modellen för sitt prioriteringsarbete 2008/2009 följdes en konsekvent linje som innebar att i största möjliga utsträckning använda den existerande organisationen. Att genomföra systematiska prioriteringar, där verksamheten identifierar prioriteringsobjekt och rangordnar dessa enligt den sk nationella vertikala modellen, betraktades av landstinget som en process fullt möjlig att hantera i den gängse linjeorganisationen och inom befintliga administrativa ledningsfunktioner. Kronoberg avstod i hög grad från att använda sig av makrostrategier för genomförandet, i kontrast till exempelvis Västerbottens läns landsting som skapade flera nya konstellationer exklusivt för sin prioriteringsprocess. Vi uppfattar att landstingsdirektören i Kronoberg skapade en process helt i den politiska majoritetens smak – ett prioriteringsarbete utan en hög profil och med begränsade resursinsatser.

Vi har mött synpunkter att prioriteringsarbetet i Kronoberg bedrevs under stark tidspress och att detta påverkade resultatet. Det finns en medvetenhet om denna problematik i landstingsledningen. Samtidigt måste framhållas att sådana reaktioner ingalunda är något unikt för Landstinget Kronoberg.¹⁶ De landsting som prövat en ”snabb” prioriteringsprocess drabbas alla av sådana reaktioner.¹⁷ Att det är varierande kvalitet på förslagen är heller inget unikt för det småländska landstinget. Detta har inte sin bakgrund enbart i att begränsad tid har stått till förfogande, utan förklaringar kan också sökas i variationer i förmåga eller engagemang.¹⁸ Inte heller att det finns olikheter i synen på och förhoppningar om vad arbetet kommer att leda till är något unikt för Kronoberg. Det har också framstått som oklart för inblandade från verksamheten hur förslagen har hanterats i processen – på vilka grunder de har accepterats eller förkastats. Liknande reaktioner fanns också i Västerbotten beträffande den politiska beredningen. På dessa punkter skiljer sig inte reaktionerna i Kronoberg från andra landsting som prövat systematiska prioriteringar.

Det finns emellertid annat som skiljer Kronoberg från andra landsting som ägnat sig åt systematisk prioritering under perioden 2008-2009.

¹⁶ Västerbottens läns landsting är ett exempel där problem med tidsbrist lyftes fram av många aktörer (Broqvist m fl 2009). Men det finns också exempel från andra håll i landet, t ex Östergötland. Det är en vanlig reaktion.

¹⁷ Det finns ingen vedertagen definition på en ”snabb” prioriteringsprocess. Man skulle kunna hävda att Västerbottens läns landsting satte en ny standard under 2008, med sitt prioriteringsarbete, som i alla sina delar genomfördes inom ramen för sex månader.

¹⁸ Även Landstinget i Östergötland som bedrev en jämförelsevis ”långsam” process hade inledningsvis problem med variationer i kvaliteten på underlagen (se Bäckman m fl 2004).

I jämförelse med t ex Västerbottens läns landsting gick förslagen på lågt prioriterade åtgärder tidigt i processen över till tjänstemannaledningen (i form av ledningsgruppen) där ansvaret för innehållet stannade under i stort sett hela processen. Där fanns driftsledningarna representerade, men Kronoberg försökte inte som man gjorde i Västerbotten engagera verksamhetscheferna i den fortsatta beredningen.

Fördelen med detta var att ledningsgruppen tidigt fick en uppfattning om materialets styrkor och svagheter, kunde gallra detta och även lägga in ett helhetsperspektiv tidigt i processen. Ledningsgruppen försökte dela ansvaret i beredningen med den medicinska kommittén. Av intervjuerna att döma hade kommittén svårt att hitta former för granskningen av materialet. Den medicinska kommittén hade antagligen legitimitet som expertorgan, men att använda sig av kommittén innebar samtidigt att man lyfte av en del av ansvaret från verksamheten.

Just frågan om hur ansvaret för innehållet, enskilda delar och helhet, uppfattades i organisationen, kan tolkas som ett problem. I våra intervjuer finner vi stora olikheter i synen på ansvar i prioriteringsprocessen – i vilken utsträckning verksamheten hade ansvar för innehållet genom hela processen eller om koncernledningen genom ledningsgruppen, eller i vissa avseenden också medicinska kommittén, tog över delar eller hela ansvaret.

Om landstinget önskar förslag av typen medicinska prioriteringar är det viktigt att verksamhetsföreträdarna dels får aktivt stöd för att utföra rangordningsarbetet och dels upplever att denna ansträngning är efterfrågad. Det är sannolikt enklare av flera skäl att fokusera på vardagsrationaliseringar – de är ofta mindre kontroversiella, de är lättare att få uppslutning kring och de kräver mindre insatser att ta fram.

I jämförelse med prioriteringsarbetet i Västerbottens läns landsting hade politikerna i Kronoberg en betydligt mindre roll att spela. De gjorde valet att inte kommunicera direkt med verksamhetsföreträdare – helt i linje med den inställning om uppgiftsfördelning som tillämpas i landstinget. I Kronoberg förekom ingen politisk beredning av förslagen till vare sig ransonering, effektivisering eller inprioritering. Vi uppfattar att politikerna i Kronoberg menar att de svarat på frågan om ”vad” som ska göras genom att godkänna strategiplanen, medan innehållet i processen inklusive ställningstaganden om bortval är en fråga om ”hur” saker ska göras – något som i Kronoberg ligger utanför den politiska rollen. Vi finner genom intervjuerna att politikerna – trots medverkan i styrgruppen – har ganska diffusa begrepp om vad det är som skett inom ramen för prioriteringsarbetet. Denna rollfördelning är en avspeglning av politikernas stora tilltro till ledningsgruppen och den medicinska kommittén.

Enligt Hill och Hupe (2009) finns tre huvudsakliga strategier för att organisera genomförandet (implementeringen) av ett program/policy nämligen att verkställa ("enforcement"), att prestera ("performance") och att producera i gemenskap ("co-production"). Beroende på vilken nivå man ska agera, (i) systemnivå, (ii) inom en organisation eller på (iii) individnivån kommer de tre formerna för genomförande att ta sig olika uttryck.¹⁹ Gemensamt för verkställandet är att påverka inflödet genom att (a) tydliggöra uppgiftens art och ansvaret för att lösa uppgiften, (b) avgränsa och tydliggöra kompetenser, och (c) att genom ledarskap och träning utmejsla ett standardförfarande som blir vägledande. Den presterande formen kännetecknas av att påverka främst "utflödessidan" genom (a) kommunikation av mål, (b) upprättandet av en kontraktrelation där resultatet mäts och följs upp fortlöpande och (c) utveckling av en serviceorientering. Slutligen, att producera i gemenskap innebär (a) att inbjuda till deltagande, (b) att uppmuntra till partnerskap och (c) att stärka professionalism och institutionalisera deltagande. Sätten att organisera genomförande är inte entydiga, understryker dock Hill och Hupe (2009) och de kan förekomma i olika blandformer. Det kan finnas inslag från olika former i en och samma implementeringsprocess. Det handlar i stor utsträckning om att pröva sig fram där olika ställningstaganden spelar roll, där bedömningar om vad som är önskvärt också väger tungt.

I både Kronoberg och Västerbotten har respektive prioriteringsprocess tydliga inslag av "verkställande". Processen har som grund ett uppdrag som förmedlas till utvalda befattningshavare i en organisation. Det är ingen kontraktrelation men inte heller ett frivilligt deltagande. Här finns en ambition att i den tidiga delen av processen genom träning åstadkomma ett standardförfarande (vertikal rangordning). Man kan emellertid i såväl Kronoberg som Västerbotten på övergripande nivå finna inslag av kommunikation (gemensamt budskap), men prioriteringsprocessen kan inte kontrolleras enbart genom uppföljning på "utflödessidan". Den stora skillnaden mellan landstingen är att Västerbotten, till skillnad från Kronoberg, har mer distinkta inslag av "produktion i gemenskap". Det gäller ambitionen att institutionalisera deltagande i form av horisontella grupper och att skapa mötesplatser mellan politik och verksamhet (PrioriteringsForum). I Kronoberg finns ett sådant inslag genom den medicinska kommittén, där olika verksamheter möts i granskning och bedömning. Något partnerskap mellan landstingsledning och verksamhet skapades dock inte i Kronoberg. Det ställer stora krav på tydliggörandet av ansvar och precisering av uppdraget om man önskar kontrollera genomförandet på "inflödessidan" enbart – frågan är om detta är möjligt i en prioriteringsprocess.

¹⁹ Hill och Hupe (2009) benämner nivåerna "managing policy processes", "managing inter organizational relations" och "managing inter-personal contacts".

Det finns tecken på att synen på ansvar för innehållet i prioriteringsprocessen varierar inom Landstinget Kronoberg. Vår uppfattning är att en prioriteringsprocess i en professionell organisation kräver legitimitetsskapande åtgärder som bäst växer fram i form av ”produktion i gemenskap.” Då behöver inte frågan om distinkta gränser för ansvar ställas på sin spets.

Ovanstående väcker frågan om hur ett systematiskt och öppet prioriteringsarbete bör utformas. Landstinget Kronoberg utformade en modell där prioriteringsprocessen drivs genom linjeorganisationen och med en central roll för ledningsgruppen, utan särskilda organisatoriska komplement. En fråga vi vill lyfta fram är om ledningsgruppen självständigt klarar ett så omfattande uppdrag i en mer komplicerad prioriteringsprocess än den som var vid handen 2009 – om än med stöd av medicinska kommittén. Det prioriteringsarbete som genomfördes 2008-2009 resulterade inte i att verksamheter ställdes mot varandra.

Vi bedömer att en modell av det slag Kronoberg prövat riskerar att utsättas för betydande påfrestningar i en situation där alternativ tydligare ställs mot varandra. I en sådan situation blir det uppenbart om den interna legitimiteten för prioriteringsprocessen är tillräckligt stark (Garpenby 2004). Då blir frågan om lojaliteter mellan olika parter (verksamhet, tjänstemannaledning och politik) överhängande (Bennich-Björkman 2004). Det finns olika lösningar för att säkerställa intern legitimitet. Kronoberg fastnade i huvudsak för mikrostrategier medan andra landsting har fördragit makrostrategier - att komplettera sin linjeorganisation med arrangemang för interaktion mellan viktiga aktörer, vilket innebär att komplettera styrformer baserade på ”verkställande” (”enforcement”) med sådana som rymmer ”gemensamt ansvarstagande” (”co-production”).²⁰

Det finns ingen standardmodell för hur ett systematiskt prioriteringsarbete i sin helhet ska bedrivas, även om den sk nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar har blivit vägledande för många landsting i inledningen av ett sådant arbete. Varje landsting arbetar efter sina förutsättningar och måste göra sina egna bedömningar av hur förslag ska hanteras och vem som ska vara ansvarig för olika uppgifter.

²⁰ Utöver Västerbottens läns landsting finner vi liknande strategier i Jämtlands läns landsting och i Landstinget Västmanland.

DEL II. ENKÄTSTUDIE

1. INLEDNING

Detta avsnitt – Del II – redovisar resultaten av en enkätundersökning som genomfördes under hösten 2009 i Landstinget Kronoberg. Enkätstudien och intervjustudien ska ses som komplement till varandra då de har delvis olika inriktning. Intervjuundersökningen och dess resultat presenteras i Del I i denna rapport.

1.1 Syfte

Syftet med att göra en enkätundersökning om prioriteringsarbetet i Kronoberg är i första hand att bidra till landstingets interna lärande och utvecklingsarbete. Detta genom att ställa samman erfarenheter och synpunkter från de medverkande vid de olika arbetsstegen i processen. I andra hand är syftet också att sprida dessa erfarenheter nationellt till andra landsting och regioner.

Frågorna avser att belysa samtliga steg i prioriteringsprocessen och är i enkäterna grupperade under rubrikerna:

- Genomförandet av prioriteringsarbetet
- Resultatet av prioriteringsarbetet²¹
- Öppenhet
- Framtida prioriteringsarbete samt
- Bakgrundsfrågor

1.2 Metod

1.2.1 Urval och utskick

Studien är genomförd i form av en enkätundersökning till ett antal avgränsade grupper som medverkade i landstingets prioriteringsarbete. Med hjälp av projektansvarig i Kronoberg identifierades de grupper i landstinget som främst medverkat i prioriteringsarbetet. För fyra av dessa grupper är det totalundersökningar (där alla medlemmar i respektive grupp ingår i studien) och i en grupp har ett urval av personer gjorts (sjukdomsgrupper under den medicinska kommittén). Urvalet var slumpmässigt och skedde genom att lotta två personer per sjukdomsgrupp.

²¹ Med ”resultat av prioriteringsarbetet” menar vi det material som varje i undersökningen ingående grupp lämnade ifrån sig, för fortsatt beredning i andra steg av processen. Vi avser inte vad som blev effekten av det politiska beslutet i vårdverksamheterna eller för allmänheten, t ex mätt i vilka åtgärder som inte längre erbjuds, omfördelning av pengar eller besparingar för enskilda kliniker.

I de fall den lottade personen även ingick i någon av de andra grupperna (t ex i form av verksamhetschef) ströks denne och en ny lottning gjordes. Totalt omfattade undersökningen 146 enkäter fördelade på följande grupper:

- den politiska styrgruppen (12 personer)
- ledningsgruppen (12 personer)
- den medicinska kommittén inkl arbetsutskottet (21 personer)
- sjukdomsgrupper under den medicinska kommittén (32 personer) samt
- verksamhetschefer (69 personer).

Olika enkäter togs fram för var och en av dessa grupper. Flertalet av frågorna i enkäterna var dock gemensamma för alla grupper men enkäterna innehöll även frågor rörande respektive grupps arbete specifikt i enlighet med vår studies syfte. En inspirationskälla var de enkäter som Västerbottens läns landsting använt för att följa upp sitt prioriteringsarbete under 2008 (Waldau 2009). Frågorna var 21-35 stycken per enkät med en blandning av förvalsfrågor och öppna frågor samt plats för egna kommentarer. Förvalsfrågorna hade (i de flesta fall) fyra svarsalternativ; ”i mycket hög utsträckning”, ”i viss utsträckning”, ”i liten utsträckning” och ”inte alls”, dessutom fanns alternativet ”ingen åsikt” för alla frågor. Frågorna i enkäterna framgår av tabellverket i Bilaga III.

Enkäterna skickades ut per vanlig post den 11:e och 14:e september 2009. En påminnelse gjordes per e-post två veckor efter utskick. Ytterligare två veckor senare gjordes dessutom en påminnelse genom projektansvarig i Kronoberg. Enkäterna hade inga löpnummer och svaren kan inte kopplas till enskilda personer.

1.2.2 Analys

Enkäterna gavs löpnummer vartefter de kom in och svaren matades in i en Excelfil. Svarsalternativen sifferkodades för att underlätta sammanräkningen. Antal svar per svarsalternativ räknades fram och i förekommande fall beräknades även medelvärde, medianvärde, min- och max-värde. I resultatredovisningen har i de flesta fall svarsalternativen ”i mycket hög utsträckning” och ”i viss utsträckning” slagits ihop, samt på motsvarande sätt svarsalternativen ”i liten utsträckning” och ”inte alls”. Större avvikelser har kommenterats.

Även svaren på de öppna frågorna och de allmänna kommentarerna matades in i Excelfilen. Slutsatser drogs kring samstämmighet och avvikande uppfattningar. Citat i rapporten är ordagranna som de svarande skrivit i enkäterna och återges som illustrativa citat, utan klassificering om de är att betrakta som positiva/stödjande till prioriteringsarbetet eller som negativa/icke-stödjande kommentarer.

1.3 Svarsfrekvens och bortfallets betydelse

Nio veckor efter utskick hade 80 svar kommit in på 146 utskickade enkäter. Svartsfrekvensen totalt sett i hela materialet var 54,8 procent, men svartsfrekvensen varierade stort mellan grupperna. Högst svartsfrekvens hade den politiska styrgruppen och ledningsstaben med 75,0 procent. Lägst var den i den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper och i Folk tandvården med 43,8 respektive 40,0 procent. Om man räknar bort dessa två grupper, som var mindre engagerade i prioriteringsarbetet, blir den totala svartsfrekvensen istället 60,6 procent. I Tabell 1 redovisas svartsfrekvens och bortfall i respektive grupp.

Tabell 1. Svartsfrekvens och bortfall.

	Antal utskickade enkäter	Antal svar	Andel svar (%)	Antal bortfall	Andel bortfall (%)
Den politiska styrgruppen	12	9	75,0	3	25,0
Ledningsgruppen	12	9	75,0	3	25,0
Medicinska kommittén inkl a.u.	21	14	66,7	7	33,3
Medicinska kommitténs sjukdomsgrupper	32	14	43,8	18	56,3
Verksamhetschefer	69	34	49,3	35	50,7
<i>varav:</i>					
Länssjukvården inkl rättspsykiatri	30	15	50,0	15	50,0
Närsjukvården inkl habilitering, rehabilitering och hjälpmedel	24	11	45,8	13	54,2
Folk tandvården	15	6	40,0	9	60,0
Ej angivet		2			
TOTALT	146	80	54,8	66	45,2

Bortfall, d v s att någon inte svarat alls (externt bortfall) eller att någon lämnat ofullständiga svar och valt att inte svara på vissa frågor (internt bortfall) är ett problem vid enkätundersökningar. Tolkningen av svaren kan lätt ge en snedvridning av resultaten då vi inte vet hur de som avstått från att svara skulle ha besvarat frågorna om de gjort det.

Det externa bortfallet är stort – i vissa grupper i synnerhet. Det innebär att man som läsare ska vara *försiktig* med att tolka resultaten för dessa grupper som att de är representativa för alla medverkande i gruppen eller för alla deltagare i studien som helhet. Svaren står endast för de personer som besvarat enkäterna. Hur de som valt att avstå från att svara tycker och tänker vet vi inte.

I de grupper svarsfrekvensen nådde 75,0 procent (nio av tolv personer i två grupper) kan man däremot anta att svaren är acceptabelt representativa för hela grupperna. Svarsfrekvens och bortfall har angivits i tabeller och figurer. Då enkäterna saknade löpnummer finns inga uppgifter om vilka personer inom grupperna som avstått från att svara.

Varför vissa valt att inte delta i enkätundersökningen är okänt och vi kan bara spekulera i anledningarna. Underlåtenhet att svara kan vara ett uttryck för missnöje med prioriteringsarbetet i landstinget (att det genomförs över huvud taget eller på vilket sätt det genomförts) eller ett uttryck för bristande förtroende för landstingsledningen eller för oss som genomför uppföljningen. Mot detta talar det faktum att genom att besvara enkäten har man fått ett tillfälle att föra fram sin kritiska åsikt. Det kan också vara så att de som är nöjda inte tycker att de har några väsentliga synpunkter att föra fram och därför väljer att inte ge några svar. Vi noterar att bortfallet är störst bland de grupper som varit minst berörda av prioriteringsarbetet.

Läsaren bör också vara medveten om att då vissa grupper är små, t ex endast nio svarande av tolv personer i den politiska styrgruppen och i ledningsgruppen, så får enskilda svar stor betydelse procentuellt sett. Om en person av nio har kryssat ett svarsalternativ innebär det en andel om 11 procent, vilket kan ge sken av att vara fler än vad det egentligen är.

Då det huvudsakliga syftet med enkätstudien var att föra tillbaka kunskap och deltagarnas tankar om förbättringsmöjligheter till Landstinget Kronoberg har alla svaren på öppna frågor använts i analysen, oavsett hur stor gruppens svarsfrekvens är.

1.4 Representativitet

Det är viktigt att också inledningsvis påpeka att resultaten av enkätstudien endast gäller under rådande förutsättningar i Landstinget Kronoberg vid den aktuella tidsperioden. Om förutsättningarna ändras så kan även resultaten ändras. Det är m a o inte säkert att svaren skulle bli desamma om studien upprepas i ett landsting med en annan prioriteringsprocedur eller ens i Kronoberg några år senare vare sig man genomfört en procedur med till synes samma upplägg eller en ny typ av procedur.

Det finns många andra faktorer som kan tänkas påverka hur personer besvarar frågorna, ex v andra förändringar som sker samtidigt i landstinget (strukturförändringar, personalomsättningar, ekonomiska förutsättningar) eller olika omvärldsförändringar (i lagar och förordningar, styrmekanismer, politiska förändringar som valår och maktskiften).

Vår förhoppning är dock att studien ska vara inspirerande och bidra till ett internt lärande i Landstinget Kronoberg inför nästa prioriteringsomgång, men att även andra landsting och regioner kan ta lärdom av Kronobergs erfarenheter av vad de funnit fungerat bra respektive mindre bra när de ska utforma sina egna prioriteringsprocedurer.

2. RESULTAT

I detta kapitel redovisas resultatet av sammanställningen av enkäterna till de olika deltagande grupperna i Kronobergs prioriteringsarbete: den politiska styrgruppen, ledningsgruppen, den medicinska kommittén inkl arbetsutskottet och sjukdomsgrupper under den medicinska kommittén. Redovisningen följer i princip enkäternas uppställning och inleds med vilka övergripande uppfattningar man hade om prioriteringsarbetet som helhet och hur man såg på information och öppenhet. Sedan fortsätter redovisningen med hur de olika grupperna såg på förutsättningar, genomförande, resultat och tankar om framtida prioriteringsarbete. En beskrivning av Landstinget Kronobergs prioriteringsprocess, dess olika steg och hur arbetet var organiserat, har gjorts inledningsvis i Kapitel 2. Resultatet redovisas i form av en sammanfattande text med andelar/antal och där enkäternas formulerade frågor återges så nära originalet som möjligt. Ett tabellverk redovisas i Bilaga III.

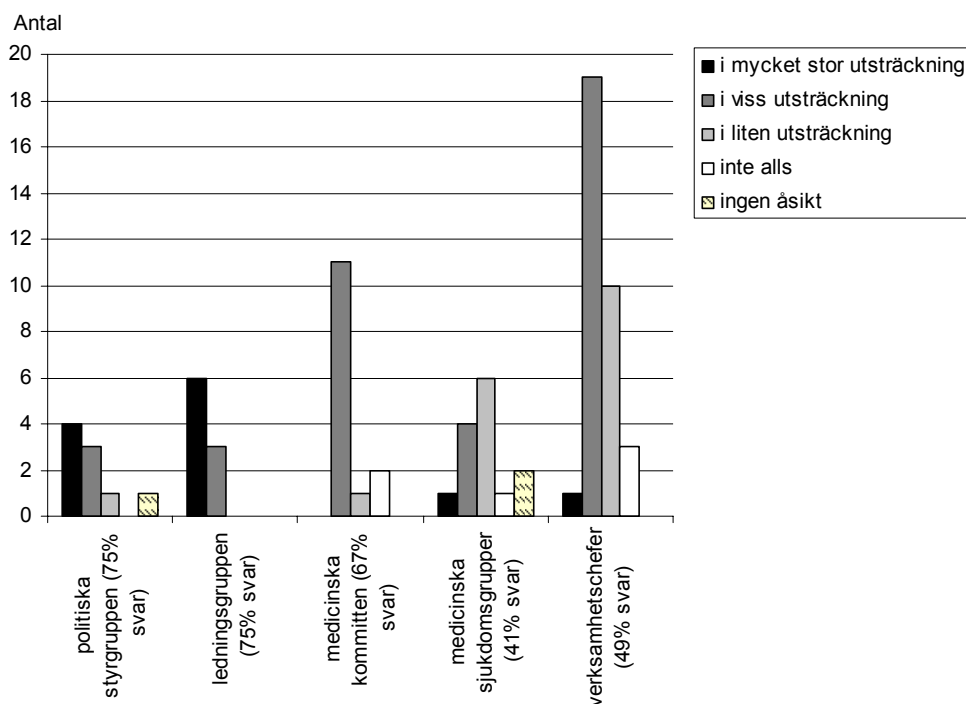
2.1 Prioriteringsarbetet som helhet – övergripande synpunkter

Ett motiverat prioriteringsarbete

Alla politiker i styrgruppen och alla personer i ledningsgruppen som besvarat enkäten tyckte att det öppna prioriteringsarbetet som bedrevs i landstinget i mycket stor utsträckning eller i viss utsträckning på det hela taget var motiverat. Detsamma gällde för personer i medicinska kommittén undantaget en person. Motsvarande andel i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper och bland verksamhetschefer var 71 respektive 82 procent. I båda dessa två grupper menade 15 procent att arbetet endast i liten utsträckning var motiverat.

Ett ändamålsenligt genomfört prioriteringsarbete

Av politikerna i styrgruppen tyckte 78 procent att arbetet i mycket stor utsträckning eller i viss utsträckning bedrevs på ett ändamålsenligt sätt, medan 100 procent i ledningsgruppen instämde. Av personer i den medicinska kommittén tyckte 79 procent detsamma och 21 procent att arbetet endast i liten utsträckning eller inte alls bedrevs ändamålsenligt. Personer i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper var mest negativt inställda; 36 procent menade att arbetet i mycket hög eller i viss utsträckning bedrevs ändamålsenligt, medan 50 procent i liten utsträckning eller inte alls ansåg att det bedrevs ändamålsenligt. När det gäller verksamhetschefer var inställningen i stort sett omvänd, med fördelningen 59 respektive 38 procent.



Figur 1. Var enligt din uppfattning det sätt på vilket det öppna prioriteringsarbetet bedrevs på det hela taget ändamålsenligt?

Underlättande faktorer för genomförandet

I enkäterna ombads de svarande att i en öppen fråga ange de viktigaste underlättande omständigheterna för att prioriteringsarbetet som helhet kunde genomföras. Frågan ställdes till samtliga grupper. Huvudsakligen handlade kommentarerna om:

- *Direktiv och motiv för prioriteringsarbetet*

Att direktiven var tydliga och motiven till varför prioriteringsarbetet skulle genomföras framgick, bra information.

- *Utbildning*

En uppstartsday och utbildningsdag för verksamhetschefer och förtroendevalda.

- *Engagemang och delaktighet*

Att alla partier deltog i prioriteringsarbetet, tjänstemannaledningens engagemang, medicinska kommitténs insats, engagemang från driftenheter/verksamhetschefer, tvärprofessionella diskussioner samt medarbetarnas goda vilja.

- *Förankring*

Att arbetet var förankrat i ledningsgruppen och i landstingsstyrelsen, såväl som ute i verksamheten.

- *Referensmaterial och tidigare erfarenheter*

Att det fanns regionala/nationella prioriteringar och nationella riktlinjer att ha som utgångspunkt. Egen eller kollegors erfarenhet av tidigare prioriteringsarbetet och tidigare kunskap om modellen²².

- *Ekonomisk situation*

Den ekonomiska utvecklingen i landstinget, vårdens ökande underskott och kostnadsutveckling samt en medvetenhet att resurserna inte räcker till allt.

Kommentarerna ovan återfanns i alla eller de flesta medverkande grupper. Från verksamhetschefer nämndes även som underlättande att det fanns mallar att följa. I ledningsgruppen och den medicinska kommittén nämndes också att Kronoberg är ett litet landsting som en underlättande omständighet.

Försvårande faktorer för genomförandet

På motsvarande sätt som ovan ombads de svarande att i en öppen fråga ange de viktigaste försvårande omständigheterna för att prioriteringsarbetet som helhet kunde genomföras. Frågan ställdes till samtliga grupper. Huvudsakligen handlade dessa kommentarer om:

- *Avsatt tid*

För kort tid avsatt för genomförandet inklusive förberedelser; ”forcerat” och gav inte möjlighet till eftertanke och att skapa en handlingsplan. Detta togs upp av alla grupper.

- *Direktiv och motiv för prioriteringsarbetet*

Uppdraget var otydligt och informationen otillräcklig.

- *Evidens*

Brist på vetenskapligt underlag inklusive hälsoekonomisk evidens och avsaknad av ekonomiska analyser.

- *Krock med andra händelser/Konkurrerande aktiviteter*

Bland verksamhetschefer var det flera som nämnde att prioriteringsarbetet tidsmässigt kolliderade med införandet av Vårdval Kronoberg.

- *Engagemang och delaktighet*

Brist på delaktighet och intresse i organisationen och att alla inte tog sitt uppdrag på allvar.

²² Med ”modellen” avses den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar som tagits fram av Socialstyrelsen m fl och som används i Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer (Carlsson 2007).

Kommentarerna ovan återfanns i alla eller de flesta medverkande grupper. När det gäller engagemang och delaktighet framfördes kritik från ledningsgruppen och den medicinska kommittén mot att inte alla verksamhetschefer genomfört arbetet på önskvärt sätt. Ett illustrerande citat:

”Att enstaka chefer inte har grepp om sin roll – det är inte ett fritt valt arbete att vara chef – ibland får man direktiv att genomföra saker och ting och det kan man inte välja att stå utanför.” (person i den medicinska kommittén).

Verksamhetschefer däremot förde fram åsikten att de redan gjort besparingar av olika typer och att de inte ansåg att det finns mer utrymme för detta, samt att de upplevde en bristande återkoppling från ledningen.

Vid en jämförelse mellan vad man anser vara de viktigaste underlättande respektive försvårande omständigheterna finner vi t ex att synpunkter som rör direktiv och motiv för prioriteringsarbetet samt rör engagemang och delaktighet tas upp under båda rubrikerna.

Mest värdefullt med prioriteringsarbetet

Vidare ombads alla grupper att i en öppen fråga ange vad de tyckte varit mest värdefullt med prioriteringsarbetet som helhet. Frågan ställdes till samtliga grupper. Huvudsakligen handlade dessa kommentarer (som återfanns hos alla eller i de flesta medverkande grupper) om att:

- *Öppet diskutera prioriteringar*
Att frågan om öppna prioriteringar över huvud taget kom upp, att det är bra med fokus på frågan och en träning i tankesättet. Att det startar ett nytt tankesätt och utveckling av system för prioriteringsarbete.
- *Genomlys verksamheten*
Att göra en systematisk genomgång av verksamheternas innehåll och tänka igenom vad man gör idag.
- *Identifiera och ta bort onödiga moment*
En ökad insikt om vad som *inte* ska göras och att tydliggöra vad man ska upphöra med (ibland rutiner utan evidens).
- *Skapa delaktighet och diskussioner*
Prioriteringsarbetet har skapat nyttiga diskussioner och utbyte av erfarenheter, med många involverade, på den egna arbetsplatsen och mellan olika verksamheter/sjukhus/primärvård.

Mest negativt med prioriteringsarbetet

Alla grupper ombads vidare på motsvarande sätt att i en öppen fråga ange vad de tyckte varit mest *negativt* med prioriteringsarbetet som helhet. Frågan ställdes till samtliga grupper. Huvudsakligen handlade dessa kommentarer (som återfanns hos alla eller i de flesta medverkande grupper) om:

- *Avsatt tid*

Liksom vid frågan ovan om vad som varit försvårande omständigheter påpekar många svaranden att mest negativt med prioriteringsarbetet varit den avsatta tiden för arbetet. Tiden ansågs vara för kort, vilket ledde till tidspress och ett hastigt genomfört arbete. Kommentarer finns dock även om att ”genomförandefasen” tagit för lång tid, att mycket tid avsatts som ej utnyttjats, mycket tidsåtgång till ingen nytta samt att det tagit tid från annat arbete.

- *Utförande och underlag*

Olika verksamheter utförde sitt arbete på olika sätt – vissa enheter deltog ej – och kostnadsberäkningar saknades, vilket resulterade i olika kvalitet på underlag och gjorde jämförelser svåra.

- *Återkoppling och dialog*

Verksamhetscheferna kritiserade återkopplingen och saknade en diskussion om resultatet av arbetet.

Den medicinska kommittén fick kritik från flera verksamhetschefer avseende kommitténs hantering av förslag – ”*tuggades sönder*”. Politikerna fick kritik från flera grupper för att det varit för lite dialog med politikerna (förslag gavs på en avslutande paneldebatt) och en politisk oförmåga att prioritera. Från politiker framfördes också kritik mot att den politiska nivån, fullmäktige, partierna och medborgarna inte involverats.

Vid en jämförelse av vad man anser vara mest värdefullt respektive mest negativt med det genomförda prioriteringsarbetet finner vi att tankar om att vad som varit mest värdefullt rör fenomen som öppna diskussioner, med stor delaktighet och värdet av att tillsammans göra en genomgång av verksamheter, medan vad som varit negativt handlar om beslutsunderlag, resultat och återkoppling.

Övriga kommentarer

Sist i enkäterna fanns utrymme att fritt ge ”övriga kommentarer”, vilket 14 personer totalt gjorde²³. Några av de mer generella kommentarerna återges här som illustrativa citat:

”Prioriteringsarbete är något av det viktigaste vi kan göra. Samtidigt är det svårt och vi håller på att finna vägarna. Helt klart är att vi bör utgå från det arbete som görs nationellt och ägna oss lokalt/regionalt åt att implementera detta.” (person i medicinska kommittén)

”Jag tycker att hela prioarbetet var ett enda spektakel i dess nuvarande form. Överlåt arbetet till en sk expertgrupp som blir bemyndigade från SKL.” (person i medicinska kommittén)

”Prioriteringsarbete: Ja om någon sköter mitt vanliga jobb under tiden. Delta i samma som jag varit med om? Egentligen inte men deltar jag inte så kan min verksamhet utsättas för reduceringar.” (person i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper)

”Viktigt att landstingsledning säkerställer god vårdkvalité och kostnadseffektivitet, också inom privat vårdverksamhet i landstinget.” (person i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper)

”När man läser Umeås arbete ställde jag mig frågan varför gick vi också in i detta?? Sillstimseffekten?” (verksamhetschef)

”Det var olämpligt tillfälle att arbeta med prioriteringar i samband med införandet av Vårdval Kronoberg. Det går inte att säga att vi inte tar emot vissa diagnoser eller inte gör vissa behandlingar när man då vet att risken är stor att patienten söker annan vårdgivare där man ger önskad vård. Vi har istället fått titta på andra sätt att minska kostnaderna.” (verksamhetschef)

Som synes är det en blandning av positiva och negativa kommentarer som uttrycktes. Kommentarer rörde t ex synen på prioriteringsarbetet i allmänhet och genomförandet av detsamma. Ett konkret förslag på önskad återkoppling till fullmäktige gavs också av en politiker:

”Prioriteringsarbetet är – om det ska överleva och ha en framtid – värt en heldag för fullmäktige. Där ska redovisas:

- *utgångsläge och arbetssätt + tidsplan,*
- *några avdelningar-verksamheter berättar om hur de genomfört uppdraget och vad de anser,*
- *redovisning av vad som prioriterats -bort (motivering) +in (motivering).*

²³ Ingen i ledningsgruppen gav kommentarer under ”Övriga kommentarer”.

*Erfarenheter inför det nödvändiga fortsatta arbetet.”
(person i politiska styrgruppen)*

2.2 Information och öppenhet

Motiven till prioriteringsarbetet framgick

Att motiven till landstingets prioriteringsarbete framgick i den information man fått ansåg i mycket hög eller i viss utsträckning en majoritet (79 procent) av personerna i både den medicinska kommittén och bland verksamhetscheferna. Endast 24 respektive 18 procent ansåg att de framgick i liten utsträckning. Personer i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper ansåg däremot bara till 43 procent att motiven framgick i mycket hög eller i viss utsträckning och till 29 procent att de bara gjorde det i liten utsträckning.

Tydliga anvisningar

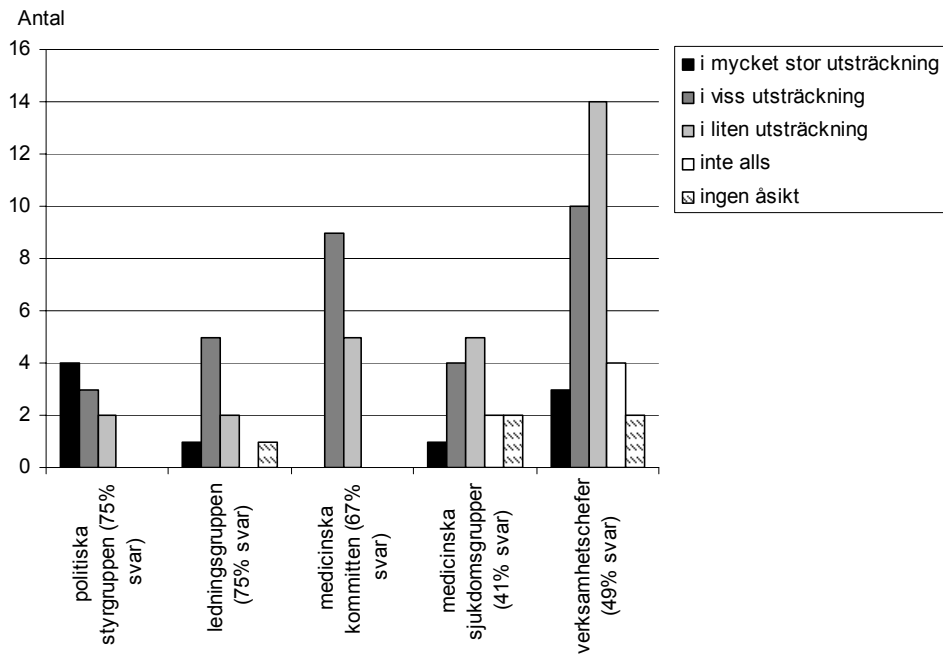
Cirka två tredjedelar av personerna i ledningsgruppen och medicinska kommittén (67 respektive 64 procent) tyckte att den information de fått rörande den egna gruppens arbete i mycket hög eller i viss utsträckning var tydliga. Bland verksamhetschefer var siffran något högre, 74 procent. Av personerna i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper ansåg 43 procent att anvisningarna i mycket hög eller viss utsträckning var tydliga respektive 43 procent att de i liten utsträckning eller inte alls var tydliga.

Informationen till politiker

Bland politikerna i styrgruppen menade två tredjedelar att de i mycket hög eller viss utsträckning fick tillräcklig och ändamålsenlig information under prioriteringsarbetets gång. En tredjedel ansåg att de endast fått det i mycket liten utsträckning.

Intern öppenhet

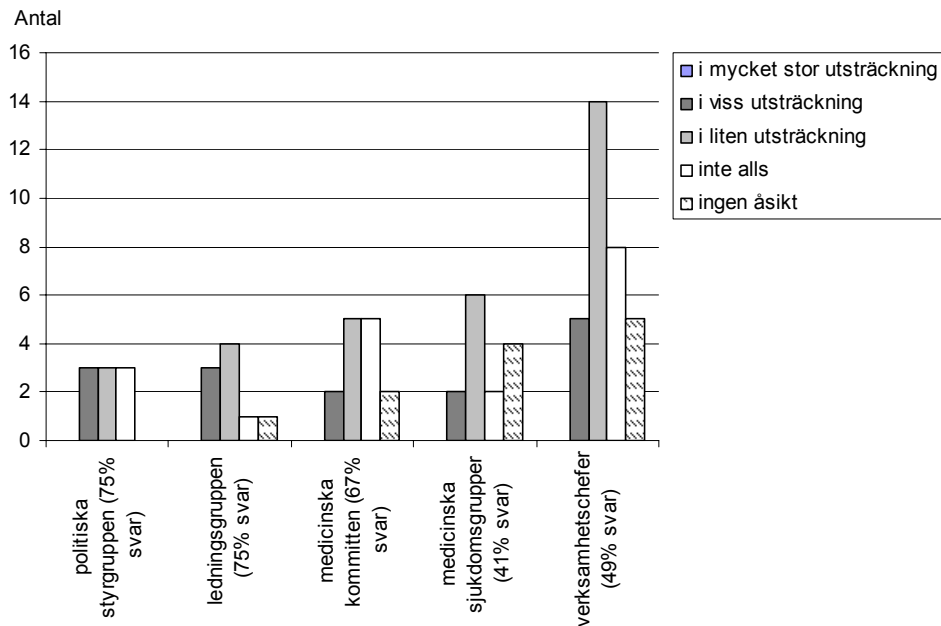
En majoritet av politiker i styrgruppen, personer i ledningsgruppen och i den medicinska kommittén ansåg att landstinget i mycket hög utsträckning eller i viss utsträckning levt upp till syftet att skapa en ökad öppenhet internt, inom landstinget, om prioriteringar (78, 67 respektive 64 procent). Bland personer i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper eller bland verksamhetscheferna var däremot andelen bara 36 respektive 38 procent. I dessa grupper ansåg 50 respektive 53 procent att landstinget endast i liten utsträckning eller inte alls levt upp till syftet.



Figur 2. Anser du att landstinget levt upp till syftet att skapa en ökad öppenhet *internt*, inom landstinget om prioriteringar?

Extern öppenhet

När de gäller den externa öppenheten angående prioriteringar, mot medborgarna, tycker de som svarat att man inte lyckats lika väl som med den interna öppenheten inom landstinget. Endast 33 procent av politikerna i styrgruppen respektive personer i ledningsgruppen menade att landstinget i mycket hög utsträckning eller i viss utsträckning levt upp till syftet att skapa en ökad öppenhet externt. Bland personer i den medicinska kommittén, i dess sjukdomsgrupper och bland verksamhetschefer var andelen ännu lägre (14, 14 och 15 procent). En majoritet i alla grupper menade att landstinget levt upp till syftet i liten utsträckning (varierande mellan 56-71 procent). Det var även flera som inte alls ansåg att landstinget levt upp till det syftet, t ex 33 procent av politikerna i styrgruppen och 36 procent av personer i den medicinska kommittén.



Figur 3. Anser du att landstinget levtt upp till syftet att skapa en ökad öppenhet *externt*, bland medborgarna om prioriteringar?

Ett beslut begripligt för utomstående

Av politikerna i styrgruppen tyckte två tredjedelar i mycket hög utsträckning eller i viss utsträckning att det beslut som landstingsstyrelsen fattade angående prioriteringsarbetet är begripligt för en utomstående. En tredjedel tyckte i liten utsträckning att det var begripligt.

Kommentarer till öppenhet

På en helt öppen fråga (till alla grupper) kunde kommentarer ges om öppenhet. Förhållandevis få gav några kommentarer kring öppenhet (2-5 personer per grupp, 17 totalt), därför görs ingen analys av dessa. Ett citat från varje grupp kring intern information och extern öppenhet får illustrera några tankar:

"Har saknat en rapport och info. om övriga enheters prio.arb. Skulle finnas ett lärande i detta. Vi kanske kan göra likadant på vår klinik." (verksamhetschef)

"Man borde ha en förankring på politiker ↔ allmänhetsnivå." (person i den medicinska kommittén)

"Ledningsgruppen är inte tillräckligt enade/sammansvetsade. Måste vara överens om gemensamma mål." (person i ledningsgruppen)

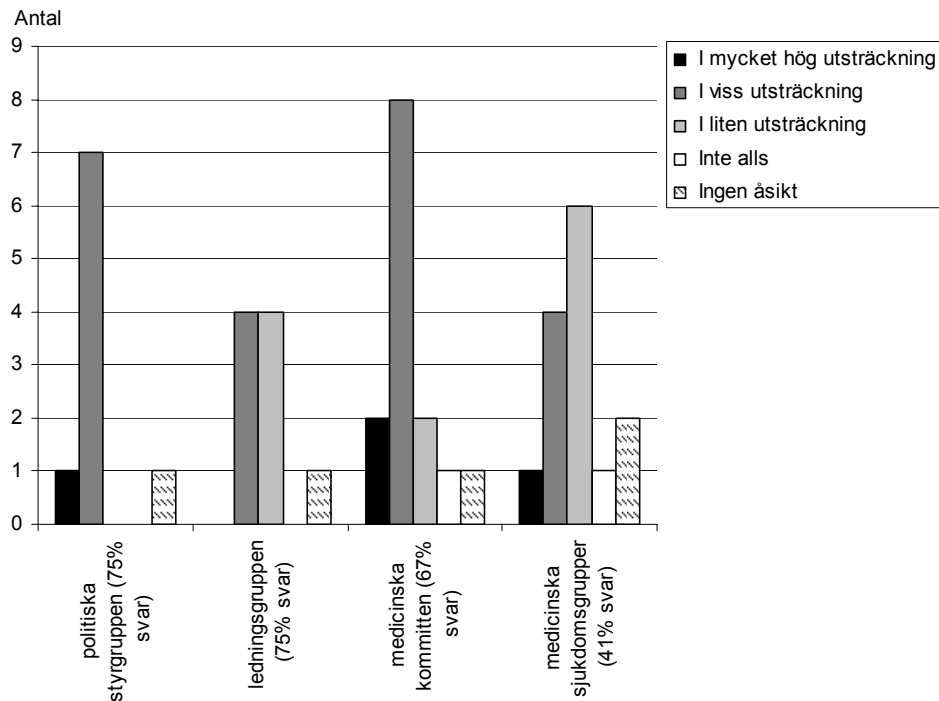
*”När man gör en så allvarlig prövning av verksamheterna måste man också lägga resurser på att marknadsföra och förankra arbetet.”
(person i den politiska styrgruppen)*

*”Landstingspolitikerna borde ta debatten med allmänheten om vilken vård vi ska ge i länet. Vi i vården kan ibland ge underlag för diskussionen men politikerna vill inte ha diskussion.”
(person i en av medicinska kommitténs sjukdomsgrupper)*

2.3 Förutsättningar att genomföra sin uppgift

Underlagsmaterialets kvalitet

Upplevelsen av kvalitén i den egna gruppens underlagsmaterial (med avseende på begriplighet, fullständighet etc) varierade. Noteras bör att vi här talar om olika underlagsmaterial för respektive grupps olika arbetssteg genom processen. Bland politikerna i styrgruppen och personerna i den medicinska kommittén ansåg 89 respektive 71 procent i mycket hög utsträckning eller i viss utsträckning att kvalitén på underlagsmaterialet var tillfyllest. Sämst upplevde personer i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper och i ledningsgruppen att underlagsmaterialet de fick ta ställning till var, 50 respektive 44 procent ansåg att underlagsmaterialet i liten utsträckning eller inte alls var tillfyllest.



Figur 4. Var kvalitén (begriplighet, fullständighet etc) på det underlagsmaterial du fick att ta ställning till tillfyllest?

Tidsutrymme för det egna arbetet

En majoritet av dem som besvarat enkäten tyckte att tidsutrymmet för den egna gruppens arbete var alldeles för kort eller något för kort; av personer i ledningsgruppen 89 procent, i medicinska kommittén 79, bland verksamhetschefer 76 och av personer i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper 57 procent. Noteras bör att det även fanns de som menade att tidsutrymmet varit något för långt eller alldeles för långt; 11 procent av personerna i ledningsgruppen och sju procent i vardera medicinska kommittén och av personerna i dess sjukdomsgrupper.

Verksamhetscheferna uppgav att de personligen i medeltal har lagt ned ca 1-60 timmar på det egna identifierings- och rangordningsarbetet. För hela gruppen var medeltalet 16 timmar och medianvärdet 10 timmar i nedlagd tid.

Gruppens sammansättning

Att sammansättningen av den grupp man ingick i var lämplig för den uppgift de hade i prioriteringsarbetet ansåg 85 procent av personerna i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper, 79 procent i den medicinska kommittén och 78 procent i ledningsgruppen. En person per grupp ansåg att deras grupp endast i liten utsträckning var lämplig för den uppgift de hade.

Vilka som engagerades i arbetet med att identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom det egna området varierade. Bland verksamhetscheferna var det vanligast att en stor del av medarbetarna på den egna enheten engagerades (35 procent angav det). Det förekom dock att endast ledningsgruppen på den egna enheten engagerades (21 procent). Det fanns också exempel på att andra grupper än den egna enheten engagerats, t ex att man inom närsjukvården arbetat gemensamt med frågan eller att en klinik arbetat tillsammans med en motsvarande klinik på annat håll i länet. Olika kombinationer förekom också, t ex ledningsgruppen på den egna enheten tillsammans med en stor del av medarbetarna.

Att lösa sin uppgift

Deltagarna verkar också i stort sett nöjda med i vilken grad den egna gruppen löste sitt arbete. I ledningsgruppen tyckte 78 procent att den egna gruppen i mycket hög utsträckning eller i viss utsträckning löste sin uppgift på ett tillfredsställande sätt. Motsvarande siffra var för personer i den medicinska kommittén 72 procent och i dess sjukdomsgrupper 57 procent. I den sistnämnda gruppen ansåg vidare 36 procent att man i liten utsträckning eller inte alls löst sin uppgift på ett tillfredsställande sätt. Det var endast i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper som någon tyckte att man inte alls löst sin uppgift.

2.4 Genomförandet av prioriteringsarbetet**Nationella modellen för vertikala prioriteringar**

Den tidigare kännedomen om den modell för vertikala prioriteringar som användes för att identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom olika verksamhetsområden varierade bland verksamhetschefer. Hälften kände till den något sedan tidigare, 15 procent hade i huvuddrag tillämpat den tidigare vid egen verksamhetsplanering och 12 procent hade använt den i annat prioriteringsarbete t ex regionalt eller nationellt. Andelen som aldrig hade hört talas om modellen förut var 18 procent, d v s var femte till sjätte person.

Modellen var enligt 47 procent av verksamhetscheferna i viss utsträckning lämplig för att identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom området, medan 32 procent menade att den i liten utsträckning var lämplig. Endast sex procent ansåg att modellen i mycket hög utsträckning var lämplig. Att den inte alls var lämplig tyckte tre procent av verksamhetscheferna.

Att modellen var ganska lätt att förstå ansåg 59 procent, medan hälften så många, 24 procent, ansåg att den var ganska svår att förstå. Det var inte någon som tyckte att den var mycket svår att förstå och tre procent (vilket motsvarar en person) menade att den var mycket lätt att förstå.

När det gällde i vilken mån man fått tillräckliga förutsättningar att sätta sig in i modellen, menade 53 procent att de i viss utsträckning hade fått det, medan 26 procent ansåg att de fått det i liten utsträckning. Lika stor andel ansåg att man fått det i mycket stor utsträckning som andelen som gett svaret inte alls, tre procent.

Verksamhetscheferna ansåg i varierande grad att de fått det administrativa stöd inklusive metodstöd som behövts för att genomföra uppgiften. Flest var de som ansåg att man inte alls fått det, 32 procent. Sex procent ansåg att de fått det i mycket hög utsträckning, 29 procent i viss utsträckning och 21 procent i liten utsträckning.

Faktorer bakom olika aktörers ställningstaganden

Vilka faktorer spelade störst roll när t ex ledningsgruppen (alternativt den medicinska kommittén, medicinska kommitténs sjukdomsgrupper eller verksamhetscheferna) förordade att en åtgärd borde ingå eller inte ingå i gruppens ställningstagande och det beslutsunderlag gruppen lämnade ifrån sig? I enkäterna ombads de svarande rangordna (från 1-3) olika aspekter i den nationella vertikala modellen eller själva uppge annat kompletterande alternativ.

Verksamhetschefer uppgav att i det beslutsunderlag det egna verksamhetsområdet lämnade ifrån sig spelade "patientnyttan och effekten av åtgärden" störst roll för gruppens ställningstagande; 29 procent rangordnade det alternativet högst. Bland dem som satte detta alternativ högst var det vanligt att placera "hälsotillståndets svårighetsgrad" på andra plats. Det var också vanligt att man inte kunde peka ut någon enskild komponent utan det var "en sammanvägning av flera", vilket 20 procent menade. De vanligast förekommande alternativen (oavsett rangordningsplats) var: "patientnyttan och effekten av åtgärden" (47 procent), "hälsotillståndets svårighetsgrad" (44 procent) samt "åtgärdens kostnadseffektivitet" (38 procent).

Två verksamhetschefer angav egna alternativ: *”Vi kan inte föreslå åtgärder som får allvarliga konsekvenser för andra kliniker”* samt *”Försökt hitta områden som verkligen går att förändra och där frigjorda kostnaderna går att flytta”*.

I den medicinska kommittén var det vanligast förekommande svaret (43 procent) att det var ”en sammanvägning av flera komponenter”. Därefter var det en lika stor andel som placerat ”hälsotillståndets svårighetsgrad” som ”patientnyttan och effekten av åtgärden” (21 procent). De vanligast förekommande alternativen (oavsett rangordningsplats) var: ”patientnyttan och effekten av åtgärden” (50 procent), ”graden av evidens för patientnyttan eller kostnadseffektivitet” samt ”en sammanvägning av flera komponenter” (43 procent vardera).

Förutom alternativet ”ingen åsikt” (29 procent) var det lika vanligt att personer i den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper ansåg att det var ”en sammanvägning av flera komponenter” som att man rangordnat ”patientnyttan och effekten av åtgärden” på första plats (23 procent). De vanligast förekommande alternativen (oavsett rangordningsplats) var: ”patientnyttan och effekten av åtgärden” (36 procent) följt av ”åtgärdens kostnadseffektivitet” och ”graden av evidens för patientnyttan eller kostnadseffektivitet” (29 procent vardera). Ett eget alternativ som en person i den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper uppgav hade spelat störst roll var *”Olika företrädares förmåga att föra fram sina åsikter”*.

I ledningsgruppen var resultatet mer jämnt spritt. Högst rangordnades ”patientnyttan och effekten av åtgärden” (22 procent) liksom ”åtgärdens kostnadseffektivitet” (22 procent). De vanligast förekommande alternativen (oavsett rangordningsplats) var: ”åtgärdens kostnadseffektivitet” (56 procent) och ”patientnyttan och effekten av åtgärden” (44 procent).

Att kunna genomföra sin uppgift

Bäst tyckte personer i den medicinska kommittén att de kunde genomföra det som var deras uppgift, 79 procent ansåg det i mycket hög utsträckning eller i viss utsträckning. Andelen som ansåg detsamma var bland verksamhetschefer 71 procent, bland personer i ledningsgruppen 56 procent och i den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper 50 procent.

Att de endast i liten utsträckning eller inte alls kunde genomföra det som var deras uppgift menade 36 procent bland personer i den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper. Anledningen uppgavs vara att man inte blivit kallad eller deltagit, att uppdraget var otydligt eller att det var för kort tid.

I ledningsgruppen ansåg 33 procent att de endast i liten utsträckning eller inte alls kunde genomföra det som var deras uppgift. Detta med anledning av brist på administrativt stöd eller att man inte var tillräckligt insatt på för kort anställningstid.

Bland verksamhetscheferna ansåg 26 procent att de i liten utsträckning eller inte alls kunde genomföra sin uppgift. Deras förklaringar till varför det var så, var t ex att tid för diskussion med andra kliniker som påverkas av förslagen saknades, att det hölls på ledningsnivå, att man skulle ha haft bättre resultat bl a gällande att ta fram evidens om man haft mer tid, samt att det rådde svårigheter i samband med "Vårdval Kronoberg".

I den medicinska kommittén tyckte 14 procent av personerna att de endast i liten utsträckning eller inte alls kunde genomföra det som var deras uppgift. Skälen till detta var t ex bristande motivation på uppdragets omfattning i relation till dess tilldelning av resurser, bristande beslutsunderlag och för kort tid eller att utvärderingen av förslag var rörigt och ostrukturerat.

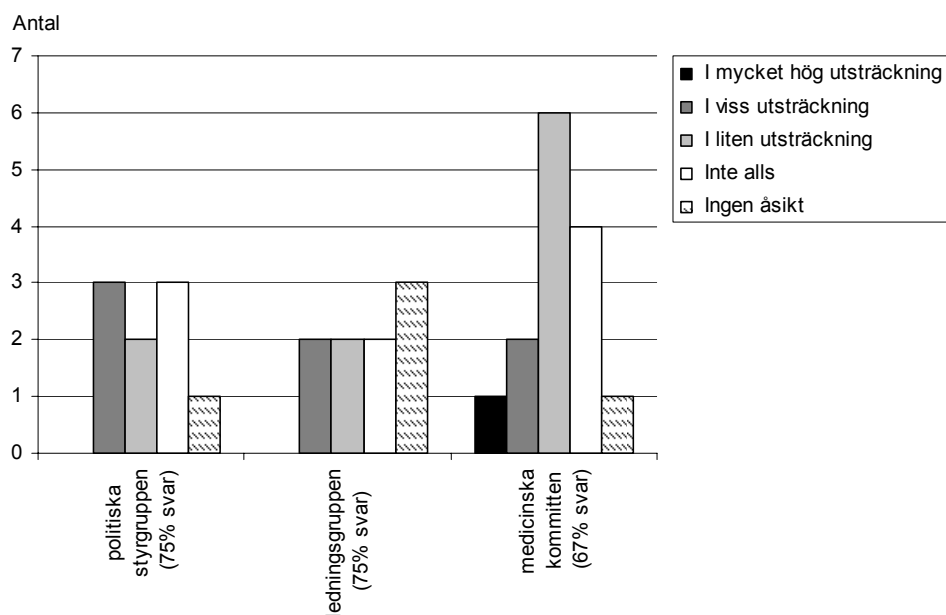
Horisontell prioritering

Den medicinska kommittén hade i uppgift att värdera materialet/underlaget ur ett helhetsperspektiv och återlämna en gemensam prioriteringslista till ledningsgruppen. Därefter skulle ledningsgruppen fastställa sitt förslag inför ett politiskt ställningstagande. Förslaget skulle därefter finnas med i budgetprocessen och beslut om budget 2010 tas i landstingsfullmäktige (Landstinget Kronoberg 2008a,c)

Denna vägning mellan åtgärder från olika verksamhetsområden brukar ofta benämnas "horisontell prioritering".

Det var dock en minoritet i dessa grupper som ansåg att de faktiskt gjort någon horisontell prioritering. I den medicinska kommittén ansåg 21 procent att de gjort det i mycket hög utsträckning eller i viss utsträckning. Motsvarande andel var i ledningsgruppen 22 procent och i den politiska styrgruppen 33 procent.

Analogt med detta var andelen som menade att de endast i liten utsträckning eller inte alls gjort någon horisontell prioritering 71 procent i den medicinska kommittén, 44 procent i ledningsgruppen och 56 procent i den politiska styrgruppen. Det kan vara värt att kommentera att bara andelen som menade att man inte alls gjort det var 29 procent i den medicinska kommittén, 22 procent i ledningsgruppen och 33 procent i den politiska styrgruppen (vilket motsvarar 2-4 personer per grupp).



Figur 5. Anser du att xxx i anslutning till prioriteringsprocessen har gjort någon horisontell prioritering, d v s en vägning mellan åtgärder från olika verksamhetsområden?

Inprioriteringar

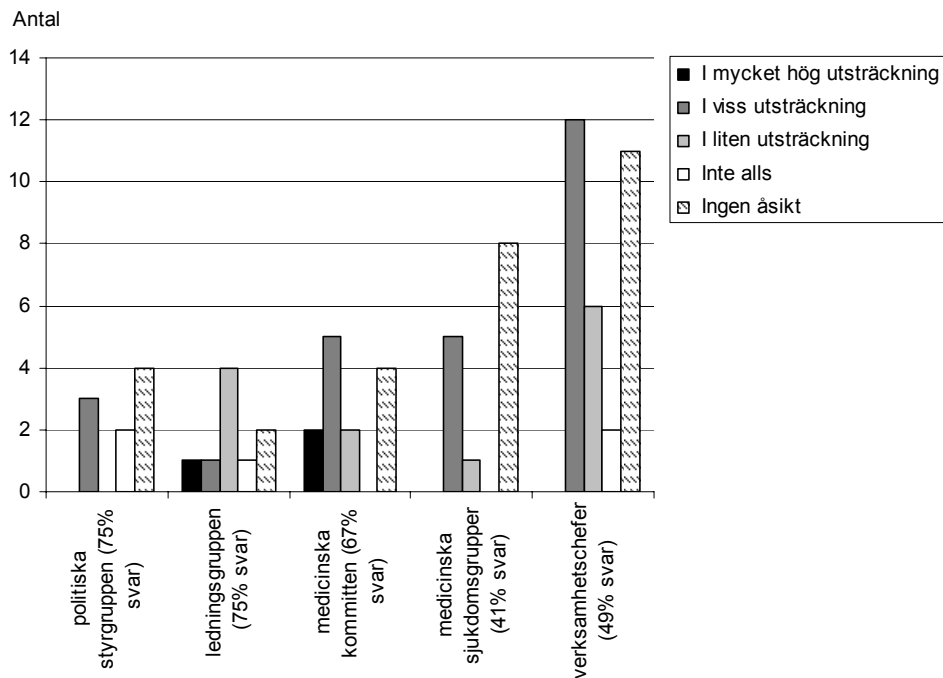
Ett syfte med prioriteringsarbetet var att: ”Genom att systematiskt gå igenom utbudet och begränsa lågt prioriterade åtgärder kan resurser frigöras till satsningar på högre prioriterade åtgärder” (Landstinget Kronoberg 2008a). Detta motsvarar vad man i Västerbottens läns landsting i sin prioriteringsprocedur kallade ”inprioriteringar”²⁴.

När det gäller om arbetet med s k inprioriteringar har skett på ett lämpligt sätt, så är det dels varierande uppfattningar bland de svarande och dels många som inte har någon åsikt. Störst andel personer som ansåg att det i mycket stor utsträckning eller i viss utsträckning skett på ett lämpligt sätt återfinns i den medicinska kommittén (50 procent), medan störst andel som ansåg det i liten utsträckning eller inte alls noteras i ledningsgruppen (56 procent).

I övriga grupper var fördelningen när det gäller att arbetet i mycket stor utsträckning eller i viss utsträckning skett på ett lämpligt sätt: 36 procent i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper, 35 procent bland verksamhetschefer, 33 procent i den politiska styrgruppen och 22 procent i ledningsgruppen.

²⁴ Vi har i vår enkätstudie använt begreppet inprioriteringar i frågorna.

Motsvarande andelar som ansåg att arbetet i liten utsträckning eller inte alls skett på ett lämpligt sätt var: 24 procent bland verksamhetschefer, 22 procent i den politiska styrgruppen, 14 procent bland personer i den medicinska kommittén och sju procent i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper. De som inte har någon åsikt varierar från 22 procent i ledningsgruppen till 57 procent bland personer i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper.



Figur 6. Anser du att arbetet med att välja ut sk "inprioriteringar" skett på ett lämpligt sätt?

Kommentarer till genomförandet

Kommentarer som rör genomförandet av prioriteringsarbetet har belysts via flera frågor i enkäterna, se t ex underlättande och försvårande omständigheter under Kapitel 2.1 i Del II. På en helt öppen fråga kunde kommentarer ges om prioriteringsarbetets genomförande. Några illustrativa exempel på kommentarer som de svarande gett (av totalt 36 kommentarer) ges i Tabell 2 nedan. De berör t ex en önskan om långsiktighet samt intern transparens.

Tabell 2. Exempel på kommentarer rörande genomförandet av prioriteringsarbetet.

<p>Den politiska styrgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Prioriteringsarbete måste vara långsiktigt. Det ska ske en öppen och tydlig diskussion och redovisning. Vad är borttaget och nedtonat och vad fick vi istället?" • "En majoritet som egentligen inte vill kommunicera/disk. med minoriteten lyckas inte heller speciellt bra när det kommer till obehagliga beslut, man har ingen vana att diskutera/kompromissa." <p>Ledningsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "En bra början som är på rätt väg och har förutsättningar utvecklas på ett bra sätt." • "Viktigt att prioriteringsbesluten kommer att genomföras annars tappas förtroendet i fortsättningen." <p>Den medicinska kommittén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "För mycket tid under för kort tidsperiod. Det hade behövt tex ett möte, sedan lite tid emellan för att sammanställa, ta reda på, stämma av i sin egen grupp och sedan slutföra." • "Tydligare struktur och planering. LT-ledningens genomgång innan MK (medicinska kommittén) tveksam, bra att en del frågor sorterats undan dock." <p>Medicinska kommitténs sjukdomsgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Det finns en bakomliggande målsättning som inte är offentlig - Olika grupper styrs så gott det går för att uppnå denna målsättning." • "Hade varit bra att få reda på avsändaren av prioriteringsförslag. Man fick gissa. Underlagen var väldigt olika utarbetade." <p>Verksamhetschefer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Flera problem: Alla verksamheter deltog inte, vissa verksamheter missförstod modellen, tiden var för kort, inkomna prioriteringsunderlag värderades inte 'mot varandra' på landstingsnivå. Viktigt att skilja på effektivisering, rationalisering och prioritering." • "Tycker att detta varit mycket givande. Ska alltid användas i samband med kontinuerliga genomlysningar av verksamheten."

Vissa uttryckte allmänt missnöje: "En apa kunde lika väl kasta tärning." Andra att arbetet har varit berikande: "Lärorikt! Gjort vår verksamhet bättre och mer kostnadseffektiv". Medan somliga var nöjda med hur verksamheten fungerar: "Alltför forcerat. Kändes inte meningsfullt eftersom vi redan ligger i topp i Sverige när det gäller kostnadseffektivitet."

2.5 Resultatet²⁵ av prioriteringsarbetet

Beslutsunderlagens kvalitet

När respektive grupp genomfört det som var deras uppgift i prioriteringsprocessen lämnade de ett beslutsunderlag vidare till andra för fortsatt arbete²⁶. Notera här att de svarande inte uttalar sig om samma beslutsunderlag/material utan bara om vad "deras grupp" lämnade ifrån sig.

²⁵ För en definition av begreppet Resultat, se Kapitel 1.1 i Del II.

²⁶ Se Kapitel 2 för en beskrivning av prioriteringsarbetets genomförande.

Nästan hälften av de svarande från varje grupp såg kvalitén på det beslutsunderlag respektive grupp lämnade ifrån sig som ganska eller mycket låg. Sämst ansåg verksamhetschefer att kvalitén på det beslutsunderlag de lämnade ifrån sig var, 50 procent menade att kvalitén var ganska låg eller mycket låg. I övriga grupper var andelen som ansåg detsamma bara något lägre; 43 procent bland personer i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper, 44 procent i ledningsgruppen och 36 procent bland personer i den medicinska kommittén. Andelen som menade att kvalitén var mycket hög eller ganska hög varierade mellan 29 och 50 procent, varav tyngdpunkten låg på alternativet ganska hög.

Användbarheten för den egna verksamheten

Bland verksamhetscheferna ansåg 59 procent att de i liten utsträckning eller inte alls skulle komma att ha någon nytta av det prioriteringsarbete de genomfört, medan 35 procent ansåg det motsatta, att de i mycket hög eller viss utsträckning skulle komma att ha någon nytta av arbetet. De som tyckte att de inte alls skulle ha någon nytta av arbetet utgjorde 18 procent.

När det gäller om prioriteringsarbetet har bidragit med nya insikter om den egna verksamheten är resultatet synonymt. Att det endast i liten utsträckning eller inte alls bidragit menade 68 procent; andelen som tyckte att det inte alls gjort det utgjorde 18 procent, d v s lika stor andel som ovan menade att de inte alls skulle ha någon nytta av arbetet. De som däremot tyckte att det i mycket hög eller i viss utsträckning bidragit med nya insikter utgjorde 26 procent.

Kommentarer till resultatet av prioriteringsarbetet

På samma sätt som när det gäller genomförandet av prioriteringsarbetet har kommentarer som rör resultatet av prioriteringsarbetet belysts via andra frågor i enkäterna. Även en helt öppen fråga gav möjligheter att kommentera resultatet. Exempel på kommentarer som de svarande gett (av totalt 36 kommentarer) när det gäller resultatet av prioriteringsarbetet ges i Tabell 3 nedan. Kommentarererna handlar ofta om effekter för verksamheterna.

Tabell 3. Exempel på kommentarer rörande resultatet av prioriteringsarbetet.

<p>Den politiska styrgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Övriga positivt. Verksamheten var mera självkritisk än väntat." • "I grunden en felaktiga politisk grundsyn, är inte konstigt att man ser som ett misslyckande. Problemet är avsaknaden av beslutsförmåga och för mycket makt åt LS ordf." <p>Ledningsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Bra med tanke på tid och förutsättningar." • "Måste sättas igång med genomförandet och återrapportering av resultaten." <p>Den medicinska kommittén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Resultatet ger ingenting på central nivå, tror jag. Alldeles för heterogent. Dock har processen ffa på lokal verksamhetsnivå varit givande. Folk har tvingats tänka till." • "Fungerar detta verkligen i mötet med patienter? Kan man hänvisa till detta och säga nej? Om patienten då går till politiska nivån - vem stöder de i så fall? Jag tror de kommer att köra över den som vill dra ner på något!" <p>Medicinska kommitténs sjukdomsgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Blev bra med goda vinster. Spec. då inom sjukvården." • "Hörts för lite. Konsekvens?" <p>Verksamhetschefer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Processen påbörjades – vad händer sen? Hur går vi vidare?" • "Har fått de effekter vi önskat (rationalisering) (...) och nytt 'tänk'."

Det fanns både kommentarer som uttrycker att man tycker något varit bra och fungerat väl: "Det kom fram många imponerande förslag." (person i den medicinska kommittén), såväl som det motsatta, att man uttrycker missnöje och reser frågor. Det senare företrädesvis från verksamhetschefer: "Blekt. Mest identifiering av vardagsrationaliseringar."; "Oanvändbart!?" och "Ingen effekt."

2.6 Framtida prioriteringsarbete

Hur framtida prioriteringsarbete ska genomföras

En övervägande majoritet ansåg att landstinget framöver ska upprepa prioriteringsarbetet med samma upplägg som nu eller att man ska upprepa arbetet fast med ett modifierat upplägg. Störst är stödet i den politiska styrgruppen (100 procent), ledningsgruppen (89 procent) och i den medicinska kommittén (86 procent), medan det var något lägre bland verksamhetschefer (71 procent) och bland personer i den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper (57 procent). I denna positivt inställda grupp var det dock en majoritet som önskade att upplägget ska modifieras; 79 procent i den medicinska kommittén, 78 procent i ledningsgruppen, 68 procent bland verksamhetschefer, 67 procent av personer i den politiska styrgruppen samt 43 procent av personerna i den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper.

Att det var en relativt låg andel i den sistnämnda gruppen förklaras av att det var 14 procent inom den gruppen som ansåg att landstinget inte ska upprepa arbetet med öppna prioriteringar alls och 29 procent som svarat att de inte hade någon åsikt i frågan. Även bland verksamhetschefer och i den medicinska kommittén fanns det de som ansåg att landstinget inte ska upprepa arbetet med öppna prioriteringar, 12 respektive 7 procent; dessutom hade 12 respektive 7 procent ingen åsikt i frågan. I den politiska styrgruppen och i ledningsgruppen var det inte någon som tyckte att landstinget inte ska upprepa arbetet med öppna prioriteringar, dock hade 11 procent ingen åsikt i frågan.

Önskvärda modifieringar

De som önskade upprepa arbetssättet fast med vissa modifieringar ombads rangordna de viktigaste förbättringstipsen från 1-3. Fyrtiofem personer totalt gav förslag:

- *Tillräcklig tid*

I alla grupper fanns det flera som förordar mer tid och en bättre tidplan, inklusive en god framförhållning.

- *Tydlig information och instruktioner*

Många uttryckte önskemål om bättre information och instruktioner; i form av mer information, enklare information, samt tydligare instruktioner och uppdrag. *"Introduktionsmaterial. Film eller liknande för medarbetarna, med olika exempel."*

- *Krav på delaktighet*

Det bör ställas större krav på produktionsenheter och driftenheter att alla är delaktiga. Även att involvera verksamheterna mer och en samordning dem emellan är önskvärda förändringar som nämns av många. *"'Omtag' på de enheter som ej gjort sin läxa."* (verksamhetschef)

- *Samverkan med andra*

Återkommande är också kommentarer som handlar om att prioriteringsarbete bör ske i samverkan med andra; med andra landsting, på regional eller nationell nivå (t ex SKL).

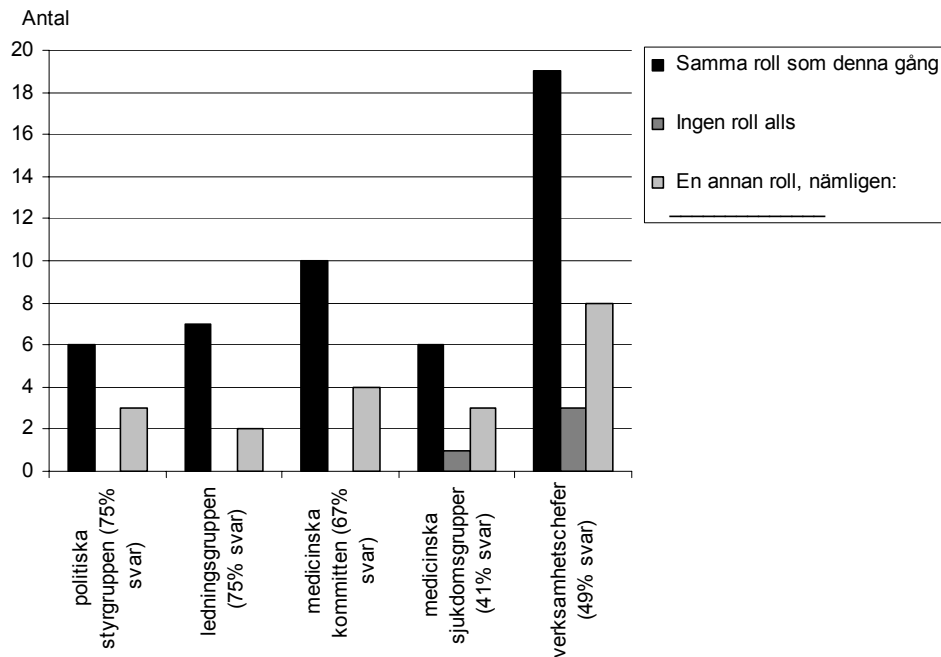
- *Gott stöd*

Mentorer/handledare som har tid att hjälpa till i arbetet efterlyses av verksamhetschefer, medan personer i ledningsgruppen önskar ett bättre administrativt stöd, t ex kring ekonomi och sammanställningar.

Olika roller

I den politiska styrgruppen, i ledningsgruppen och i den medicinska kommittén anser flertalet av dem som svarat att den egna gruppen i ett prioriteringsarbete framgent bör ha samma roll som denna gång (67, 78 respektive 71 procent). Inte någon i dessa grupper tyckte att de inte borde ha någon roll alls.

Motsvarande andel bland personer i den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper och bland verksamhetschefer är betydligt lägre (43 respektive 56 procent) och åtta respektive nio procent menade att den egna gruppen inte bör ha någon roll alls.



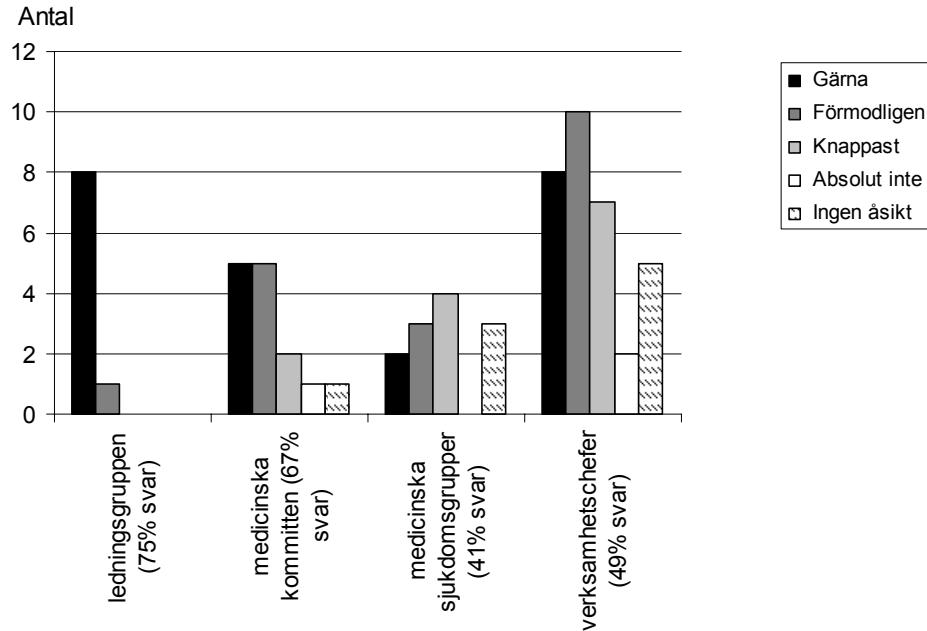
Figur 7. Vilken roll anser du att xxx bör ha i ett prioriteringsarbete framgent?

Många vill dock ha en annan roll än denna gång; 33 procent av politikerna i styrgruppen, 29 procent av personerna i den medicinska kommittén, 24 procent av verksamhetscheferna, 21 procent av personerna i den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper och 22 procent av personerna i ledningsgruppen. Tre till fyra personer per grupp gav kommentarer, undantaget verksamhetschefer där 11 noterat en kommentar (24 personer totalt). Exempel på förändrade roller som de olika grupperna föreslog för sin egen grupps del presenteras i Tabell 4 nedan.

Tabell 4. Exempel på önskemål om förändrade roller vid ett framtida prioriteringsarbete (ej direkta citat).

<p>Politiska styrgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Att initiera och följa upp. • En tydligare roll med ett klart utvärderingsbart mandat och med ett ansvar för de beslut som tas. <p>Ledningsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ta ut en mindre grupp som tar sig an uppgiften. • Ej vara involverad på detaljnivå. <p>Medicinska kommittén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vara rådgivare till en arbetsgrupp som driver prioriteringsarbetet i form av en egen enhet med kansliresurser. • Ha enbart en expertroll med mycket mer evidens bakom varje beslut. <p>Medicinska kommitténs sjukdomsgrupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mer nationellt baserade prioriteringar. Grupper som har strak professionell representation och från olika delar av landet. • Vara en kunskapsskälla och påtala vilka behov som finns samt påvisa att vissa behandlingar är bättre än andra. <p>Verksamhetschefer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Större delaktighet från alla personalgrupper, men med övergripande ansvar hos verksamhetschef. Nära kopplat till medicinskt ledningsansvarig. Mer ledande än denna gång. • Mer av en "projektledare" på sin arbetsplats. Hämta friska idéer. Någon väljs ut att medverka i en central grupp, där man fattar beslut om vad som ska vara riktlinjer.

I enkäterna ställdes också frågan om man personligen skulle vilja delta i liknande prioriteringsarbete framöver. I ledningsgruppen ville samtliga gärna eller förmodligen delta. Även i den medicinska kommittén var andelen hög, 71 procent. I den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper var andelen som lägst, 36 procent, och 29 procent svarade att de knappast eller absolut inte ville delta i liknande prioriteringsarbete framöver (21 procent hade ingen åsikt). Även i den medicinska kommittén och bland verksamhetschefer fanns en grupp som knappast eller absolut inte ville delta, 21 respektive 26 procent. I dessa två grupper hade 7 respektive 15 procent ingen åsikt i frågan.



Figur 8. Jag skulle personligen vilja delta i liknande prioriteringsarbete framöver.

Kommentarer till framtida prioriteringsarbete

Kommentarer om framtida prioriteringsarbete gavs av ca 2-5 personer per grupp²⁷, 17 totalt. Ett citat från varje grupp får illustrera några tankar:

”Bör vara ett ständigt pågående arbete i varje verksamhet.”
(person i ledningsgruppen)

”Jag tycker inte att enskilda landsting ska göra arbetet.”
(person i den medicinska kommittén)

”Viktigt att arbetet sker med en vis regelbundenhet. Långsiktig strategi är att föredraga för att man ska hinna informera utåt i tid så att det hela inte blir så stort då det genomförs för de anställda.” (person i den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper)

”Det är viktigt att alla medarbetare engageras i arbetet så att det finns förståelse för att vi inte kan göra allt vi tidigare gjort, att vi måste ha god evidens för det vi gör.”
(verksamhetschef)

²⁷ Ingen i den politiska styrgruppen hade någon kommentar till framtida prioriteringsarbete.

3. SLUTSATSER FRÅN ENKÄTSTUDIEN

Från enkätstudien kan vi dra den övergripande slutsatsen att en majoritet av de svarande ansåg att prioriteringsarbetet som det bedrevs i landstinget på det hela taget var motiverat. Däremot var det skilda uppfattningar om arbetet på det hela taget bedrevs på ett ändamålsenligt sätt. Det var främst politiker, personer i ledningsgruppen och i den medicinska kommittén som ansåg att arbetet var motiverat och ändamålsenligt, medan personer i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper och verksamhetschefer instämde till mindre del. Kanske inte helt förvånande då genomförandet av prioriteringsarbetet gav de förstnämnda tre grupperna större möjlighet till insyn och att se processens sammanhang.

Många synpunkter på prioriteringsarbetet har getts i enkäterna. Kommentarer om vad deltagarna upplevt som mest *värdefullt* med prioriteringsarbetet handlade i huvudsak om:

- att öppet få möjlighet att diskutera prioriteringar,
- att få göra en genomlysning av all verksamhet,
- att onödiga moment som görs idag nu identifieras och tas bort,
- att nyttiga diskussioner och delaktighet skapats.

Medan upplevelser av vad som var mest *negativt* mest handlade om:

- att den avsatta tiden var för knapp,
- att beslutsunderlagen höll ojämn kvalitet,
- att en återkoppling och diskussion kring resultaten saknades.

När det gäller frågan om landstinget levt upp till syftet att skapa en ökad öppenhet internt inom landstinget om prioriteringar, går uppfattningarna liksom ovan isär. En majoritet av politikerna i styrgruppen, personer i ledningsgruppen och den medicinska kommittén menade att landstinget i viss eller mycket hög utsträckning levt upp till syftet. Å andra sidan ansåg hälften eller drygt hälften av personer i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper och verksamhetschefer att landstinget endast i liten utsträckning eller inte alls levt upp till syftet. Endast en mindre andel, i alla grupper (14-33 procent), ansåg att landstinget levt upp till syftet att skapa en ökad öppenhet mot medborgarna om prioriteringar. Mot denna bakgrund finner vi att hur landstinget ska lyckas skapa en känsla av öppenhet, inom organisationen såväl som utåt mot allmänheten, är en angelägen fråga vid planeringen av framtida prioriteringsarbete i landstinget.

Kännedomen om den nationella modellen för vertikala prioriteringar som användes i arbetet varierade bland verksamhetscheferna; hälften kände till den något sedan tidigare.

Färre än hälften ansåg att modellen var lämplig för att identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom området och drygt hälften av verksamhetscheferna tyckte att modellen var lätt att förstå. I vilken utsträckning de ansåg att de fått tillräckliga förutsättningar att sätta sig in i modellen samt fått det administrativa stöd, inklusive metodstöd, de behövt för att genomföra uppgiften varierade också. Vi konstaterar att det finns ett stort behov av utbildning och förklaring av modellen initialt i ett prioriteringsarbete samt handledning/metodstöd under arbetets genomförande.

Vid en kort summering av resultaten i övrigt från enkäterna finner vi²⁸:

- att motiven till landstingets prioriteringsarbete framgick i den information man fått ansåg en majoritet av personerna i den medicinska kommittén och bland verksamhetscheferna, medan personer i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper ansåg det till mindre del.
- att anvisningarna för den egna gruppens arbete var tydliga menade en större del av personerna i ledningsgruppen, den medicinska kommittén och bland verksamhetschefer, medan personer i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper ansåg det till mindre del.
- att en majoritet av politikerna i styrgruppen ansåg att de fått tillräcklig och ändamålsenlig information under prioriteringsarbetets gång.
- att en majoritet av politikerna i styrgruppen tyckte att det beslut som landstingsstyrelsen fattade är begripligt för en utomstående.
- att underlagsmaterialen som varje grupp i sitt respektive arbetssteg i processen fick att ta ställning till upplevdes ha varit av varierande kvalitet.
- att en majoritet, oavsett grupp, tyckte att tidsutrymmet för det egna arbetet var alldeles eller något för kort.
- att sammansättningen på den grupp man ingick i var lämplig för sitt syfte ansåg en majoritet av personerna i ledningsgruppen, den medicinska kommittén och i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper.
- att det var vanligt att en stor del av medarbetarna på den egna enheten engagerades i arbetet med att identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom ett verksamhetsområde, men att det inom vissa områden endast var ledningsgruppen på den egna enheten som var engagerad.
- att en majoritet av personerna i ledningsgruppen, den medicinska kommittén och dess sjukdomsgrupper ansåg att den egna gruppen löst sin uppgift på ett tillfredsställande sätt.
- att de kunnat genomföra det som var deras uppgift tyckte en majoritet av personerna i den medicinska kommittén och bland verksamhetschefer. Även bland personer i ledningsgruppen och medicinska kommitténs sjukdomsgrupper ansåg hälften eller drygt hälften detsamma.

²⁸ För exakta andelar se Kapitel 2 i Del II eller tabellverket i Bilaga III.

- att endast en minoritet av personerna i den politiska styrgruppen, ledningsgruppen respektive den medicinska kommittén ansåg att de gjort någon horisontell prioritering, d v s en vägning mellan åtgärder från olika verksamhetsområden.
- att uppfattningarna om landstingets arbete med s k inprioriteringar skett på ett lämpligt sätt varierade och att många inte hade någon åsikt i frågan.
- att synen på kvalitén på det beslutsunderlag respektive grupp lämnade ifrån sig varierade från låg till hög.
- att drygt hälften av verksamhetscheferna ansåg att de endast i liten utsträckning eller inte alls skulle komma att ha någon nytta av det prioriteringsarbete de genomfört.
- att endast ca en fjärdedel av verksamhetscheferna upplevde att prioriteringsarbetet bidragit med nya insikter om den egna verksamheten.

När det gäller landstingets eventuella framtida prioriteringsarbete ansåg en övervägande majoritet att landstinget framöver ska upprepa prioriteringsarbetet med samma upplägg som nu eller att man ska upprepa arbetet fast med modifieringar. Störst är stödet i den politiska styrgruppen, ledningsgruppen och i den medicinska kommittén. I denna positivt inställda grupp var det dock en majoritet som önskade att upplägget ska modifieras. Svaren visar att mycket handlar om kommunikation mellan projektledning och de grupper som ska utföra arbetet; att känna att man får tillräckligt med tid för sitt arbete, att information och instruktioner är tydliga och att det går att få det stöd man behöver i form av handledning eller administrativt stöd, samt att det ställs krav på lika delaktighet och engagemang av alla parter och att samordningen dem emellan är god. Även möjligheten att samordna arbetet med andra, t ex på regional eller nationell nivå lyftes. I alla grupper utom den politiska styrgruppen och ledningsgruppen fanns det dock de som ansåg att landstinget inte ska upprepa prioriteringsarbetet i framtiden.

Att den egna gruppen i ett återkommande prioriteringsarbete bör ha samma roll som denna gång anser flertalet av dem som svarat i den politiska styrgruppen, i ledningsgruppen och i den medicinska kommittén. Andelen bland personer i den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper och bland verksamhetschefer är betydligt lägre och vissa tyckte även att de inte borde ha någon roll alls. I alla grupper var det mellan en femtedel och en tredjedel som ville ha en annan roll i ett framtida prioriteringsarbete och olika exempel gavs. En positiv tolkning är att det faktum att man vill ha en annan roll i framtida arbete kanske antyder att man är positivt inställd till prioriteringsarbete med att man ser möjligheter att utnyttja den egna gruppen på ett bättre sätt.

Ett annat mått på inställningen till prioriteringsarbete är den personliga frågan om man i framtiden skulle vilja delta i liknande prioriteringsarbete. Här var svaren spretiga. I ledningsgruppen ville samtliga gärna eller förmodligen delta och även i den medicinska kommittén var andelen hög. I den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper var andelen som lägst, flera svarade att de knappast eller absolut inte ville delta i liknande prioriteringsarbete framöver och flera hade ingen åsikt. Även i den medicinska kommittén och bland verksamhetschefer fanns en grupp som knappast eller absolut inte ville delta. De bakomliggande orsakerna till detta skymtar antagligen i svaren på flera av enkäternas frågor, men även andra orsaker kan ligga bakom en låg vilja att delta i motsvarande arbete igen.

4. DISKUSSION KRING ENKÄTSTUDIEN

Syftet med denna enkätstudie av prioriteringsarbetet i Landstinget Kronoberg var i första hand att bidra till landstingets interna lärande och utvecklingsarbete. Genom att ställa samman erfarenheter och synpunkter från de medverkande vid de olika arbetsstegen i processen fanns förhoppningar att kunna skapa en bild av hur arbetet uppfattats av de medverkande. I andra hand var syftet också att sprida dessa erfarenheter nationellt till andra landsting och regioner.

Tyvärr var svarsfrekvensen i enkätstudien låg; 54,8 procent i hela materialet (80 svar av 146 enkäter). Det fanns dock en variation mellan de olika svarsgrupperna; där den politiska styrgruppen och ledningsgruppen hade högst svarsfrekvens om 75 procent och den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper samt Folkvandvården hade lägst med 43,8 respektive 40,0 procent. Därför ska resultatet tolkas med viss försiktighet; det är osäkert om det är helt representativt för alla deltagare i prioriteringsarbetet.

Att bedriva ett prioriteringsarbete med alla landstingets enheter involverade är ett såväl krävande som ansvarsfullt arbete. Det ställer krav på en genomarbetad procedur, god planering av processens olika steg, tidsplan och hur medarbetarna ska göras delaktiga samt på vilket sätt information om fortskridandet och resultatet ska föras ut internt och externt. Förutom föreliggande studie av Kronobergs prioriteringsarbete kan även erfarenheter av tidigare prioriteringsarbeten, t ex i Västerbottens läns landstings och i Landstinget i Östergötland, bidra med kunskap att bygga vidare på i framtiden (Waldau 2009, Broqvist m fl 2009, Bäckman m fl 2008).

Utifrån enkätstudien drar vi de övergripande slutsatserna att en majoritet av de svarande ansåg att prioriteringsarbetet som det bedrevs i landstinget på det hela taget var motiverat. Däremot var det skilda uppfattningar om arbetet på det hela taget bedrevs på ett ändamålsenligt sätt. Deltagarna har identifierat flera underlättande omständigheter som gjorde att prioriteringsarbetet som helhet kunde genomföras, men de har även angett faktorer som de menade försvårade arbetet. Dessa punkter bör man förhålla sig till på något sätt vid planering av framtida prioriteringsprocedurer och försvårande omständigheter bör självfallet i möjligaste mån undvikas eller bearbetas/stödjas så att de blir mindre hindrande.

Ett problem som bör lyftas fram här är att det var en relativt låg andel av verksamhetscheferna (53 procent) som ansåg att den nationella modellen för vertikala prioriteringar – som användes för att identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom olika verksamhetsområden – i mycket hög utsträckning eller i viss utsträckning var lämplig för ändamålet. Vad detta står för har tyvärr ingen av dem som besvarat enkäterna utvecklat.

Kanske handlar det om i vilken utsträckning man fått tillräckliga förutsättningar att sätta sig in i modellen (53 procent ansåg att de i viss utsträckning fått det) eller om man anser sig ha fått det stöd man behövt (32 procent ansåg att man inte alls fått det och 21 procent att man fått det i liten utsträckning). Denna vertikala modell har använts såväl nationellt i Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer som i andra landsting/regioner (Carlsson 2007) och behovet av metodstöd är dokumenterat (Broqvist m fl 2009, Engström 2009, Ahlström m fl 2008).

Resultaten från en uppföljning av prioriteringsarbetet i Västerbotten²⁹ visar att där ansåg betydligt fler verksamhetschefer än i Kronoberg att den nationella vertikala modellen var helt igenom eller ganska lämplig för syftet³⁰. Kännedomen om den nationella modellen för vertikala prioriteringar skiljde sig också något åt mellan landstingen. I Kronoberg kände 50 procent till modellen något sedan tidigare, medan 18 procent aldrig hade hört talas om modellen förut. I Västerbotten var det jämfört med i Kronoberg färre som kände till modellen något sedan tidigare och fler som aldrig hade hört talas om modellen förut³¹.

Ett annat problem att fundera på är att en majoritet av verksamhetscheferna i Kronoberg ansåg att de i liten utsträckning eller inte alls skulle komma att ha någon nytta av det prioriteringsarbete de genomfört (59 procent). Vad beror detta på? Ingen har utvecklat detta i sina kommentarer. Drygt en tredjedel (35 procent) menade det motsatta; att de i mycket hög eller i viss utsträckning skulle komma att ha nytta av arbetet.

²⁹ I Västerbotten gjorde landstinget en uppföljning av varje steg i sitt prioriteringsarbete via specifika enkäter till olika grupper av deltagare (Waldau 2009). Att jämföra resultaten från Västerbottens enkätstudie med resultaten från vår studie av Kronoberg låter sig egentligen inte göras med någon större exakthet eftersom frågorna inte är identiskt ställda. Vissa frågor är dock så pass lika att vi ändå möjligen kan våga oss på en viss jämförelse landstingen emellan. Vi vill uppmärksamma läsaren på att denna jämförelse på intet sätt är statistiskt korrekt eller säkerställd och att resultatet av jämförelsen bör tas med *yttersta* försiktighet. Studierna är gjorda på olika sätt, t ex avseende enkäternas konstruktion och tidpunkt för studien, och svarsfrekvensen skiljer sig åt. Vad som ändå talar för att göra en jämförelse är att man kan förvänta sig att läsarna av rapporten om Västerbotten och rapporten om Kronoberg, trots denna kunskap om skillnader i studierna, ändå kommer att göra jämförelser av resultaten och det är dessa jämförelser vi presenterar här.

³⁰ *Frågan i Kronoberg löd:* "Var modellen för vertikala prioriteringar lämplig för att identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom ditt område? med svarsalternativen "i mycket hög utsträckning, i viss utsträckning, i liten utsträckning, inte alls samt ingen åsikt". *Frågan i Västerbotten löd:* "Modellen jag använde var" med svarsalternativen "helt igenom lämplig för syftet, ganska lämplig för syftet, ganska olämplig för syftet, helt olämplig för syftet samt ingen åsikt". (74 procent ansåg den vara helt igenom lämplig för syftet eller ganska lämplig för syftet.)

³¹ *Frågan i Kronoberg löd:* "Kände du sedan tidigare till den modell för vertikala prioriteringar som användes för att identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom olika verksamhetsområden?" med svarsalternativen "har använt i annat prioriteringsarbete, t ex regionalt eller nationellt, har i huvudsak tillämpat vid egen verksamhetsplanering, känner till något sedan tidigare, aldrig hört talas om förut samt ingen åsikt". *Frågan i Västerbotten löd:* "Den modell jag använt har jag" med svarsalternativen "aldrig hört talas om förut, känner till något sedan tidigare, i sina huvuddrag tillämpat exempelvis vid verksamhetsplanering samt använt i prioriteringsarbete förut". (38 procent kände till modellen något sedan tidigare och 42 procent aldrig hört talas om modellen förut.)

Huruvida det finns någon koppling mellan hur mycket tid man lagt ned (från 1 till 60 timmar) och hur väl genomarbetat och bra arbete man gjort har vi ingen kunskap om. I Västerbotten ansåg en betydligt högre andel att de skulle komma att ha nytta av analysmetoden samt att de skulle komma att ha nytta av resultatet. Få menade att de inte skulle ha någon nytta av analysmetoden eller resultatet.³²

När det gäller om huruvida arbetet har bidragit med nya insikter om den egna verksamheten skiljer sig också Kronoberg och Västerbottens erfarenheter åt³³. Verksamhetschefer i Västerbotten verkar ha fått större insikter om den egna verksamheten än de i Kronoberg och en majoritet i Västerbotten menade att arbetet i mycket hög eller i ganska hög utsträckning bidragit till nya insikter/infallsvinklar. I Kronoberg ansåg däremot 68 procent av verksamhetscheferna att arbetet endast i liten utsträckning eller inte alls bidragit med nya insikter om den egna verksamheten.

Att en prioriteringsprocedur bör vara internt förankrad är i det närmaste givet för att möjliggöra att ett väl fungerande prioriteringsarbete kommer till stånd; proceduren och tillvägagångssättet måste vara känt hos medarbetarna och instruktionerna måste vara tydliga. Om inte blir det svårt att få genomslag för arbetet och risken är att feltolkningar av uppdraget ökar. När det gäller information om motiv och anvisningar för prioriteringsarbetet, till medarbetarna som deltagit i arbetet, varierade uppfattningarna mellan grupperna om hur tydliga de varit. Vissa menade att motiven till prioriteringsarbetet framgått i hög utsträckning medan andra ansåg att de bara gjort det i liten utsträckning; detsamma gäller för anvisningarna. Vår slutsats blir att tydligheten m a o verkar kunna förbättras i nästa prioriteringsomgång.

³² *Frågan i Kronoberg löd:* "Kommer du eller den verksamhet du leder att ha någon nytta av det prioriteringsarbete som du genomfört?" med svarsalternativen "i mycket hög utsträckning, i viss utsträckning, i liten utsträckning, inte alls samt ingen åsikt". *Frågorna i Västerbotten löd:* "I mitt fortsatta arbete som ledare kommer jag" med svarsalternativen "inte ha någon nytta alls av analysmetoden, ha viss nytta av analysmetoden, ha ganska stor nytta av analysmetoden, ha mycket stor nytta av analysmetoden samt ingen åsikt", respektive "I mitt fortsatta arbete som ledare kommer jag" med svarsalternativen "inte ha någon nytta alls av resultatet, ha viss nytta av resultatet, ha ganska stor nytta av resultatet, ha mycket stor nytta av resultatet samt ingen åsikt". (88 procent menade att de skulle komma att ha viss, ganska stor eller mycket stor nytta av analysmetoden och 92 procent ansåg att de skulle komma att ha viss, ganska stor eller mycket stor nytta av resultatet. Sju procent menade att de inte skulle ha någon nytta av analysmetoden och en procent att de inte skulle ha det av resultatet.

³³ *Frågan i Kronoberg löd:* "Har prioriteringsarbetet bidragit med nya insikter om din egen verksamhet?" med svarsalternativen "i mycket hög utsträckning, i viss utsträckning, i liten utsträckning, inte alls samt ingen åsikt". *Frågorna i Västerbotten löd:* "Identifieringsarbetet har bidragit till nya insikter om / infallsvinklar på min verksamhet" med svarsalternativen "inte alls, i någon mån, i ganska hög utsträckning, i mycket hög utsträckning samt ingen åsikt". (81 procent menade att arbetet i mycket hög eller ganska hög utsträckning lett till nya insikter/infallsvinklar.)

En av grundförutsättningarna när det gäller att arbeta med öppna prioriteringar är att alla som vill ska kunna ta del av beslut, grunder och resonemang – de ska vara tillgängliga (Daniels 2002). I Kronoberg ansåg en majoritet av politiker i styrgruppen, personer i ledningsgruppen och i den medicinska kommittén att landstinget i mycket hög utsträckning eller i viss utsträckning levt upp till landstingets syfte att skapa en ökad öppenhet internt (inom landstinget) om prioriteringar. Bland verksamhetschefer och bland personer i den medicinska kommitténs sjukdomsgrupper ansåg ungefär hälften att landstinget endast i liten utsträckning eller inte alls levt upp till det syftet. När det gäller den externa öppenheten (mot medborgarna) ansåg dock en majoritet av dem som besvarat enkäterna att landstinget endast i liten utsträckning levt upp till syftet att skapa en ökad öppenhet. Ett sätt att resonera sig fram till hur man i ett landsting ska hantera öppenhet i ett prioriteringsarbete kan vara att ställa sig frågor som: *vad* är det som ska vara öppet, för *vem* ska det vara öppet, *när* ska det vara öppet och *hur* ska det göras tillgängligt (Bäckman m fl 2008)?

Prioriteringsarbetet i Kronoberg upplever vi till mycket liten del varit en politisk aktivitet. Politiker och verksamhetsföreträdare har inte haft direkta kontakter med varandra. Ledningsgruppen och den medicinska kommittén har bearbetat underlagsmaterialet från verksamhetsföreträdarna inför det politiska beslutet. Detta till skillnad från Västerbottens läns landsting där politikerna hade en större roll att fylla och hade dialog med representanter för verksamheterna. Hur Landstinget Kronoberg har tänkt kring den politiska dimensionen i prioriteringsarbetet i framtiden har vi idag ingen information om, men här finns erfarenheter att hämta både från Västerbotten och från andra landsting som genomfört prioriteringsarbete under 2008-2009. I en tidigare studie av utvecklingen av Östergötlands prioriteringsarbete pekar författarna på ett antal faser lämpliga att resonera utifrån för att karaktärisera en procedur för politiska prioriteringar och finna en arbetsmodell passande det egna landstinget: *förutsättningsfasen* (direktiv, förutsättningar, roller), *underlagsfasen* (framtagning av beslutsunderlag), *dialogfasen* (den interna dialogen), *beslutsfasen* (att fatta beslut och motivera sitt ställningstagande), *offentlighetsfasen* (publicering, aktiviteter, intern förankring och extern förståelse) och *uppföljningsfasen* (uppföljning och utvärdering av procedur och resultat) (Bäckman m fl 2008).

Sammanfattningsvis konstaterar vi att en övervägande majoritet av dem som besvarat enkäterna vill att Landstinget Kronoberg framöver ska upprepa prioriteringsarbetet med samma upplägg och rollfördelning som nu eller med vissa modifieringar och förändrade roller hos deltagarna.

Efter att tidigare ha följt Västerbottens arbete med att utveckla och tillämpa en prioriteringsprocedur har det för oss på PrioriteringsCentrum varit en förmån att på relativt nära håll få möjligheten att följa även Landstinget Kronoberg som delvis har arbetat på ett annat sätt med prioriteringar. Sammantaget ger detta oss många erfarenheter inför framtiden. Liksom i fallet med Västerbotten har PrioriteringsCentrum haft dubbla uppdrag; att ge visst metodstöd initialt i processen, men också att via uppföljning bidra till landstingets interna lärande och dessutom att sprida dessa lärdomar nationellt.

Avslutningsvis återger vi ett citat från en av deltagarna i prioriteringsarbete i Landstinget Kronoberg:

”Eftersom vi inte har och aldrig kommer att få resurser att göra allt som skulle kunna göras så kommer det alltid att ske prioriteringar. Prioriteringarna måste diskuteras offentligt. Allmänheten måste delta i debatten men på något sätt måste det styras upp så att det inte blir de mest högljudda som får mest. Kan vi i samhället hitta gemensamma mål/principer för prioriteringar? Det räcker inte att riksdagen, Socialstyrelsen och andra ger ut fint formulerade skrivelser. Som medborgare måste jag förstå och acceptera att man prioriterat annat än att hjälpa mig.” (person i medicinska kommitténs sjukdomsgrupper)

REFERENSER

Ahlström M, Blomé U, Broqvist M, Göransson I, Nilsson A-K, Pettersson U. 2008. Ett praktiskt försök. Nationell prioriteringsmodell tillämpad i Landstinget i Kalmar län. Rapport 2008:5. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Bennich-Björkman L. 2004. Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala. Rapport 2004:2. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Broqvist M, Garpenby P, Lund K, Bäckman K. 2009. Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008 Del II. Olika tankar om processen. Rapport 2009:2. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Bäckman K, Andersson A, Carlsson P. 2004. Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska beslutsprocessen. Rapport 2004:4. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Bäckman K, Nedlund A-C, Carlsson P och Garpenby P. 2008. Erfarenheter av öppna politiska prioriteringar. Uppföljning av prioriteringar i Östergötland efter fyra år. Rapport 2008:6. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Carlsson P, Kärvinge C, Broqvist M, Eklund K, Hallin B, Jacobsson C, Jacobsson Ekman G, Källgren C, Lindh M, Nordlander B, Rosén P, Sjöblom U, Sohlberg A. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport 2007:1. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Chong D, Druckman J.N. 2007. Framing theory. *Annual Review of Political Science* 10: 103-26.

Daniels S, Sabin JE. 2002. *Setting Limits Fairly. Can We Learn to Share medical Resources?* Oxford: Oxford University Press.

Denzin N.K. 1989. *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. 3rd ed. New York: McGraw Hill.

Engström B. 2009. Tvärprofessionell prioritering inom strokevård med stöd av nationell modell för öppna vertikala prioriteringar. Ett samarbetsprojekt mellan FSA, LSR, SSF och Vårdförbundet. Rapport 2009:3. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Garpenby P. 2004. Prioriteringsprocessen. Del II: det interna förtroendet. Rapport 2004:8. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Hill M. Hupe P. 2009. Implementing Public Policy. An Introduction to the Study of Operational Governance. 2nd ed. London: Sage.

Landstinget Kronobergs hemsida: www.ltkronoberg.se .

Landstinget Kronoberg. 2008a. Landstinget Kronoberg 2009-2015. Informationsblad. 2008-12-01.

Landstinget Kronoberg. 2008b. Landstinget Kronoberg 2009-2015 Strategisk utvecklingsplan för hälso- och sjukvården. PM.

Landstinget Kronoberg. 2008c. Prioriteringsarbetet i Landstinget Kronoberg 2009. PM. 2008-12-01.

Landstinget Kronoberg 2008d. Kraftsamling för framtidens sjukvård. Pressmeddelande 2008-11-03.

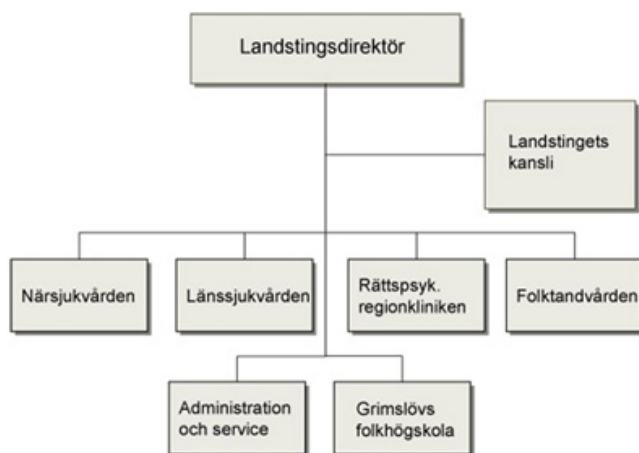
Landstinget Kronoberg 2008e. Kommunikationsplan – strategisk utvecklingsplan 2009-2015. Landstinget Kronoberg 2008-11-29.

Landstinget Kronoberg 2009. Budget, vårdgarantin och entreprenörskap på landstingsstyrelsen. Pressmeddelande 2009-06-01.

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

Nutley S, Davies H. 2000. Making reality of evidence-based practice. I: Davies H, Nutley S, Smith P. What works? Evidence-based policy and practice in public services. Bristol: The Policy Press.

Waldau S. 2009. Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008. Del I. Procedur, genomförande och uppföljning. Rapport 2009:1. Linköping: PrioriteringsCentrum.



Figur I. Landstinget Kronobergs organisation (www.ltkronoberg.se).



Figur II. Landstinget Kronobergs politiska organisation (www.ltkronoberg.se).

JÄMFÖRELSE MELLAN LANDSTINGET KRONOBERG OCH VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING MED AVSEENDE PÅ ÅTTA VIKTIGA ASPEKTER I PROCESSEN.

	Kronoberg	Västerbotten
Förberedelser 1. När beslutades prioriteringsarbetet? 2. Vad karaktäriserar landstingets förberedelser? 3. Vilken omsorg ägnades åt "framing" (genomtänkt budskap för kommunikation)? 4. Fanns politisk enighet och vad bestod den av?	1. Utgick från strategiplan antagen i november 2008. 2. En snabb utveckling av en modell för öppen prioritering hösten 2008, som en del av strategiplanen. 3. Utformade budskap kring innehållet i strategiplanen (där prioriteringar syftade till omfördelning) som förmedlades inåt i organisationen och externt. 4. Uppslutning kring strategiplanen, men inte ex ante kring innehållet i prioriteringsprocessen. Inga utfästelser om enighet kring resultatet.	1. Utgick från "strategiskt vägval" under 2007. 2. Utveckling under lång tid av modell för öppen prioritering. 3. Utformade budskap kring utveckling och omfördelning, som förmedlades inåt i organisationen och externt. 4. I vägvalgruppen skapades politisk uppslutning, som omfattande processen och en ambition att åstadkomma enighet kring resultatet.
Strategi för genomförande 1. Fanns inslag av makroansats – (nya grupper, organisationer, för att påverka relationer)? 2. Fanns inslag av mikroansats (för att påverka kompetens, attityder, beteenden)? 3. Vilka stödinsatser lämnades under genomförandet?	1. Frånvaro av makroansats – använde sig av befintlig organisation. 2. Ja, genom LD:s stormöten, genom utbildningar och intern information. 3. Resurspersoner i befintlig organisation: projektledare, driftsledning, och externt genom PrioriteringsCentrum.	1. Använde sig av makroansats: skapade horisontella grupper och PrioriteringsForum. 2. Ja, genom utbildning och intern information. 3. Resurspersoner i form av metodstödjare, controllers, och projektledning.
Beredning av underlag 1. Hur skedde beredningen av förslag från vertikal rangordning? 2. Vad innehöll beredningen? 3. Hur hanterades inprioriteringar?	1. I följande steg: a) Driftsledning b) Projektgrupp c) Ledningsgrupp d) Medicinsk kommitté / styrgrupper e) Driftsledning f) Ledningsgrupp 2. I huvudsak en stegvis granskning, kvalitetsbedömning, komplettering, uteslutning, och sortering i kategorier. 3. I separat process	1. I följande steg: a) Driftsledning b) Horisontella grupper alt. separat process (vissa verksamheter) c) PrioriteringsForum 2. Granskning, revidering, därefter kollegial granskning och utarbetande av gruppvisa samlade förslag, dragning för politiker med dialog. 3. I separat process.

forts.

<p>Politisk behandling</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vilka politiska grupper var involverade? 2. Vilka informationskällor tillämpades för politikerna? 3. Hur mycket satte sig politikerna in i materialet? 4. Vad gjorde politikerna med materialet? 5. Hur skapades politisk "tillit" i prioriteringsprocessen? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Styrgrupp, LSAU, LS. 2. Information genom LD och projektledaren. 3. De fick information men ingen detaljgranskning. 4. Tog ställning till processen som helhet – inga detaljer. 5. Genom insyn i processen och förtroende för ledningsgruppen/medicinsk kommitté. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vägvalsgrupp, kommunikationsgrupp, partigrupper, LS. 2. Information genom LD och projektledare och direkt från verksamhetschefer. 3. Svårt avgöra – politikerna tog dock ställning i detaljfrågor. 4. Sorterade, avvisade alt. godkände förslag, lade till (inprioritering) 5. Genom verksamhetens deltagande, genom PrioForum och egen beredning av förslag.
<p>Ansvar i processen (vilket ansvar placerades på olika funktioner)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verksamhetschefer 2. Tjänstemannaledning 3. Politiker 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vertikal rangordning, kostnadsberäkning, effektivering av godkända förslag. 2. Tillsyn över processen, bereda förslag i ledningsgrupp, arbeta fram slutligt förslag. 3. Följa och godkänna processen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vertikal rangordning, kostnadsberäkning, horisontell granskning och prioritering, dragnings för politiker, effektivering av godkända förslag. 2. Tillsyn över processen, undanröja hinder, informera politiker. 3. Följa och godkänna processen, insyn i detaljförslag, bereda och godkänna detaljförslag.
<p>Dialog</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mellan verksamheter 2. Mellan verksamhet och tjänstemannaledning 3. Mellan verksamhet och politisk ledning. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ad hoc vid behov. 2. Vid möten/utbildningar och ad hoc vid behov. 3. Vid utbildningar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. I horisontella grupper (dock inte mellan alla verksamheter) 2. Vid möten och ad hoc vid behov. 3. Vid PrioriteringsForum
<p>Öppenhet</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fanns policy för öppenhet och vad bestod den av? 2. Hur utformades intern öppenhet? 3. Hur utformades extern öppenhet? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oskrivna riktlinjer. Öppenhet om processen och färdigt beslut. Framställa prioriteringar som del i strategiplan. Oklart hur detaljer i beslut skulle presenteras. 2. Byggde på bedömningar inom driftsenheter. Insynen i beredningsfasen kunde i praktiken variera. 3. Tydlighet om tidsplan och innehåll i processen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formell policy. Öppenhet om processen och färdigt resultat – att förklara detaljer i beslut. 2. Öppenhet inom horisontella grupper och kring förslagen till PrioriteringsForum. Ingen insyn i den politiska processen. 3. Tydlighet om tidsplan och innehåll i processen. Vissa restriktioner för olika aktörer.
<p>Information</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hur förmedlades information internt? 2. Hur informerades media och allmänhet? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Genom möten/ utbildningar, hemsida, chatt, trycksaker. Oklart i vilken utsträckning alla medarbetare berördes. 2. Tydlig rollfördelning. presskonferenser, hemsida, trycksaker. Avvaktande hållning. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Genom möten via chefer, hemsida, intranät. Oklart i vilken utsträckning alla medarbetare berördes. 2. Tydlig rollfördelning, presskonferenser, hemsida, riktade möten, proaktiv hantering av media, men restriktivitet vid externa kontakter.

TABELLVERK

Not: En tom kolumn med markering "–" i totalt och bortfall, betyder att frågan inte ställdes till den gruppen.

Var enligt din uppfattning det öppna prioriteringsarbete som bedrevs i landstinget på det hela taget motiverat?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning	8	6	6	4	11
I viss utsträckning	1	3	7	6	17
I liten utsträckning	0	0	0	2	5
Inte alls	0	0	1	0	0
Ingen åsikt	0	0	0	2	0
Totalt	9	9	14	14	33
Bortfall	0	0	0	0	1

Var enligt din uppfattning det sätt på vilket det öppna prioriteringsarbetet bedrevs på det hela taget ändamålsenligt?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning	4	6	0	1	1
I viss utsträckning	3	3	11	4	19
I liten utsträckning	1	0	1	6	10
Inte alls	0	0	2	1	3
Ingen åsikt	1	0	0	2	0
Totalt	9	9	14	14	33
Bortfall	0	0	0	0	1

I den information du fått, anser du att motiven till landstingets prioriteringsarbete framgick?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning		4	4	1	14
I viss utsträckning		5	7	5	13
I liten utsträckning		0	2	4	6
Inte alls		0	0	0	0
Ingen åsikt		0	1	2	0
Totalt	-	9	14	12	33
Bortfall	-	0	0	2	1

I den information du fått rörande XXXs¹ uppgift i prioriteringsarbetet, att xxx², anser du att dina anvisningar var tydliga?

Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning		1	4	1	9
I viss utsträckning		5	5	5	16
I liten utsträckning		2	4	5	4
Inte alls		0	1	1	2
Ingen åsikt		1	0	2	2
Totalt	-	9	14	14	33
Bortfall	-	0	0	0	1

Formulering för respektive grupp:

1) ledningsgruppens, 2) ställa samman ett förslag för politisk bedömning

1) medicinska kommitténs, 2) göra en samlad bedömning och ta fram ett underlag till gemensam prioriteringslista

1) de medicinska gruppernas, 2) göra en värdering utifrån principerna för vertikala prioriteringar

1) verksamhetschefernas, 2) identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom ditt verksamhetsområde.

Tycker du att du som politiker fick tillräcklig och ändamålsenlig information under prioriteringsarbetets gång?

Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning	1				
I viss utsträckning	5				
I liten utsträckning	3				
Inte alls	0				
Ingen åsikt	0				
Totalt	9	-	-	-	-
Bortfall	0	-	-	-	-

Anser du att landstinget levtt upp till syftet att skapa en ökad öppenhet internt, inom landstinget om prioriteringar?

Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning	4	1	0	1	3
I viss utsträckning	3	5	9	4	10
I liten utsträckning	2	2	5	5	14
Inte alls	0	0	0	2	4
Ingen åsikt	0	1	0	2	2
Totalt	9	9	14	14	33
Bortfall	0	0	0	0	1

Anser du att landstinget levtt upp till syftet att skapa en ökad öppenhet externt, bland medborgarna om prioriteringar?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning	0	0	0	0	0
I viss utsträckning	3	3	2	2	5
I liten utsträckning	3	4	5	6	14
Inte alls	3	1	5	2	8
Ingen åsikt	0	1	2	4	5
Totalt	9	9	14	14	32
Bortfall	0	0	0	0	2

Anser du att det beslut som landstingsstyrelsen fattade angående prioriteringsarbetet är begripligt för en utomstående?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning	2				
I viss utsträckning	4				
I liten utsträckning	3				
Inte alls	0				
Ingen åsikt	0				
Totalt	9	-	-	-	-
Bortfall	0	-	-	-	-

Var kvalitén (begriplighet, fullständighet etc) på det underlagsmaterial du fick att ta ställning till tillfyllest?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning	1	0	2	1	
I viss utsträckning	7	4	8	4	
I liten utsträckning	0	4	2	6	
Inte alls	0	0	1	1	
Ingen åsikt	1	1	1	2	
Totalt	9	9	14	14	-
Bortfall	0	0	0	0	-

Tidsutrymmet för XXX¹ arbete att xxx² var:					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Alldeles för kort		3	7	4	16
Något för kort		5	4	4	10
Lagom		0	0	2	7
Något för långt		0	0	0	0
Alldeles för långt		1	1	1	0
Ingen åsikt		0	0	3	0
Totalt	-	9	12	14	33
Bortfall	-	0	2	0	1

Formulering för respektive grupp:

1) ledningsgruppens, 2) ställa samman ett förslag för politisk bedömning

1) medicinska kommitténs, 2) göra en samlad bedömning och ta fram ett underlag till gemensam prioriteringslista

1) de medicinska gruppernas, 2) göra en värdering utifrån principerna för vertikala prioriteringar

1) verksamhetschefernas, 2) identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom ditt verksamhetsområde.

Hur många timmar har du personligen lagt ned på ditt eget identifierings- och rangordningsarbete?					
Antal timmar, ca: _____					
Timmar, Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Min					1,0 tim
Medel					15,6 tim
Median					10,0 tim
Max					40,0 tim
Totalt	-	-	-	-	21 ¹
Bortfall	-	-	-	-	13

1) Plus 5 som angett tiden som intervall.

Anser du att xxx¹ sammansättning var lämplig för sin uppgift i prioriteringsarbetet?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning		3	7	4	
I viss utsträckning		4	4	7	
I liten utsträckning		1	1	1	
Inte alls		0	0	1	
Ingen åsikt		1	2	1	
Totalt	-	9	14	14	-
Bortfall	-	0	0	0	-

Formulering för respektive grupp:

1) ledningsgruppens, medicinska kommitténs, sammansättningen på den medicinska grupp som du ingick i.

Vilka engagerades i arbetet med att identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom ditt verksamhetsområde? (flera alternativ får anges)					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Bara jag själv					2
Ledningsgruppen på min enhet					7
En stor del av medarbetarna på min enhet					12
Annat alternativ, nämligen: _____					6
Totalt	-	-	-	-	27 ¹
Bortfall	-	-	-	-	7

1) Plus 5 som angett kombinerade svar.

Anser du att xxx¹ som helhet löste sin uppgift på ett tillfredsställande sätt?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning		0	4	2	
I viss utsträckning		7	6	6	
I liten utsträckning		0	1	4	
Inte alls		0	0	1	
Ingen åsikt		2	3	1	
Totalt	-	9	14	14	-
Bortfall	-	0	0	0	-

Formulering för respektive grupp:

1) ledningsgruppen, den medicinska kommittén, den medicinska grupp som du ingick i.

Kände du sedan tidigare till den modell för vertikala prioriteringar som användes för att identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom olika verksamhetsområden?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Har använt i annat prioriteringsarbete, t ex regionalt eller nationellt					4
Har i huvuddrag tillämpat vid egen verksamhetsplanering					5
Känner till något sedan tidigare					17
Aldrig hört talas om förut					6
Ingen åsikt					1
Totalt	-	-	-	-	33
Bortfall	-	-	-	-	1

Var modellen för vertikala prioriteringar lämplig för att identifiera och rangordna de lägst prioriterade åtgärderna inom ditt verksamhetsområde?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning					2
I viss utsträckning					16
I liten utsträckning					11
Inte alls					1
Ingen åsikt					3
Totalt	-	-	-	-	33
Bortfall	-	-	-	-	1

Till sina huvuddrag var modellen:					
	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Antal					
Mycket lätt att förstå					1
Ganska lätt att förstå					20
Ganska svår att förstå					8
Mycket svår att förstå					0
Ingen åsikt					4
Totalt	-	-	-	-	33
Bortfall	-	-	-	-	1

Har du fått tillräckliga förutsättningar för att sätta dig in i modellen?					
	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Antal					
I mycket stor utsträckning					1
I viss utsträckning					18
I liten utsträckning					9
Inte alls					1
Ingen åsikt					3
Totalt	-	-	-	-	33
Bortfall	-	-	-	-	1

Anser du att du fått det administrativa stöd inklusive metodstöd du behövt för att genomföra din uppgift?					
	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Antal					
I mycket stor utsträckning					2
I viss utsträckning					10
I liten utsträckning					7
Inte alls					11
Ingen åsikt					3
Totalt	-	-	-	-	33
Bortfall	-	-	-	-	1

När xxx¹ förordade att en åtgärd borde respektive inte borde ingå i xxx², vilka faktorer spelade störst roll i xxx³ ställningstagande, rangordna 1-3?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Hälsotillståndets svårighetsgrad (inkluderande lidande, funktionsnedsättning, livskvalitet samt risk för förtida död, invaliditet/fortsatt lidande eller försämrad livskvalitet)					
Patientnyttan och effekten av åtgärden (inkluderande effekten på aktuellt hälsotillstånd, effekten på risk och risken för biverkningar och allvarliga komplikationer av åtgärden)					
Åtgärdens kostnadseffektivitet (inkluderande direkta och indirekta kostnader i förhållande till patientnyttan)					
Graden av evidens för patientnyttan eller kostnadseffektivitet					
Annat, nämligen: _____					
Kan inte peka ut någon enskild komponent, det var en sammanvägning av flera					
ingen åsikt		1	0	4	4
Totalt	-	9 ⁴	14 ⁵	14 ⁶	32 ⁷
Bortfall	-	0	0	0	2

Formulering för respektive grupp:

1) ledningsgruppen, 2) förslaget för politisk beredning, 3) ledningsgruppens

1) den medicinska kommittén, 2) den fortsatta beredningen, 3) gruppens

1) den medicinska grupp som du ingick i, 2) den fortsatta beredningen, 3) gruppens

1) ditt verksamhetsområde, 2) det beslutsunderlag för prioriteringar som ni lämnade ifrån er, 3) gruppens.

4) Varav 4 angett ofullständiga svar.

5) Varav 8 angett ofullständiga svar.

6) Varav 9 angett ofullständiga svar.

7) Varav 17 angett ofullständiga svar.

Inga antal anges för respektive svarsalternativ då svaren är tre rangordnade alternativ.

Anser du att du kunde genomföra det som var din uppgift?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning		0	4	1	7
I viss utsträckning		5	7	6	17
I liten utsträckning		2	2	4	9
Inte alls		1	0	1	0
Ingen åsikt		1	1	2	0
Totalt	-	9	14	14	33
Bortfall	-	0	0	0	1

Anser du att xxx¹ i anslutning till prioriteringsprocessen har gjort någon horisontell prioritering, d v s en vägning mellan åtgärder från olika verksamhetsområden?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning	0	0	1		
I viss utsträckning	3	2	2		
I liten utsträckning	2	2	6		
Inte alls	3	2	4		
Ingen åsikt	1	3	1		
Totalt	9	9	14	-	-
Bortfall	0	0	0	-	-

Formulering för respektive grupp:

1) landstingsstyrelsen, ledningsgruppen, den medicinska kommittén.

Anser du att arbetet med att välja ut s k "inrioriteringar" skett på ett lämpligt sätt?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning	0	1	2	0	0
I viss utsträckning	3	1	5	5	12
I liten utsträckning	0	4	2	1	6
Inte alls	2	1	0	0	2
Ingen åsikt	4	2	4	8	11
Totalt	9	9	13	14	31
Bortfall	0	0	1	0	3

Hur ser du på kvalitén på det beslutsunderlag för prioriteringar som xxx¹ lämnade ifrån sig?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Mycket hög		1	0	0	2
Ganska hög		2	7	4	9
Ganska låg		3	3	5	15
Mycket låg		1	2	1	2
Ingen åsikt		2	1	3	5
Totalt	-	9	13	13	33
Bortfall	-	0	1	1	1

Formulering för respektive grupp:

1) ledningsgruppen, den medicinska kommittén, den sjukdomsgrupp som du ingick i, du.

Kommer du eller den verksamhet du leder att ha någon nytta av det prioriteringsarbete som du genomfört?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning					4
I viss utsträckning					8
I liten utsträckning					14
Inte alls					6
Ingen åsikt					0
Totalt	-	-	-	-	32
Bortfall	-	-	-	-	2

Har prioriteringsarbetet bidragit med nya insikter om din egen verksamhet?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
I mycket stor utsträckning					2
I viss utsträckning					7
I liten utsträckning					17
Inte alls					6
Ingen åsikt					0
Totalt	-	-	-	-	32
Bortfall	-	-	-	-	2

Tycker du att landstinget framgent ska genomföra ett prioriteringsarbete på samma sätt som det gjorts denna gång eller bör arbetssättet förändras?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Ja, upprepas med samma upplägg som nu	3	1	1	2	1
Ja, upprepas men med ett modifierat upplägg	6	7	11	6	23
Nej, jag anser att landstinget inte ska upprepa arbetet med öppna prioriteringar alls	0	0	1	2	4
Ingen åsikt	0	1	1	4	4
Totalt	9	9	14	14	32
Bortfall	0	0	0	0	2

Vilken roll anser du att xxx¹ bör ha i ett prioriteringsarbete framgent?					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Samma roll som denna gång	6	7	10	6	19
Ingen roll alls	0	0	0	1	3
En annan roll, nämligen: _____	3	2	4	3	8
Totalt	9	9	14	10	30
Bortfall	0	0	0	4	4

Formulering för respektive grupp:

1) politiker, leningsgruppen, den medicinska kommittén, de medicinska grupperna, verksamhetschefer.

Jag skulle personligen vilja delta i liknande prioriteringsarbete framöver:					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Gärna		8	5	2	8
Förmodligen		1	5	3	10
Knappast		0	2	4	7
Absolut inte		0	1	0	2
Ingen åsikt		0	1	3	5
Totalt	-	9	14	12	33
Bortfall	-	0	0	2	1

Kön:					
Antal	Politiska styrgruppen (75% svar)	Ledningsgruppen (75% svar)	Medicinska kommittén (67% svar)	Medicinska sjukdomsgrupper (41% svar)	Verksamhetschefer (49% svar)
Man	2	5	7	7	17
Kvinna	6	3	7	7	15
Totalt	8	8	14	14	32
Bortfall	1	1	0	0	2

PRIORITERINGSCENTRUMS RAPPORTSERIE

2001:1 *Medborgaren i prioriteringsprocessen*. Peter Garpenby.

2001:2 *Målformulering och dess betydelse för prioriteringar i kommunal vård och omsorg – en pilotstudie*. Per-Erik Liss.

2002:1 *Perspektiv på prioritering – Rapportering från den första nationella prioriteringskonferensen i Linköping den 1-2 oktober 2001*.

2002:2 *Dokumentation av Medborgardialogen – ett utvecklingsarbete i landstinget i Östergötland. Delrapport 1*. Mari Broqvist.

2002:3 *Samtalsdemokrati och prioritering – utvärdering av ett försök med medborgarråd*. Peter Garpenby.

2002:4 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys*. Per-Erik Liss.

2002:5 *Subventionering av läkemedel i andra länder – beslutsprocesser och användning av hälsoekonomiska utvärderingar*. Anders Anell.

2003:1 *Rättvisa prioriteringar inom hälso- och sjukvården – etiska teorier och jämförelser med prioriteringsutredningens principer*. Anders Melin.

2003:2 *Behov eller kostnadseffektivitet – vad ska avgöra prioriteringar inom hälso- och sjukvården?* Lars Bernfort.

2003:3 *Prioriteringsprocessen. Del I: övergripande strategier*. Peter Garpenby.

2003:4 *Ekonomi och etik. Argumentering vid besparingar inom sjukvården i ljuset av Prioriteringsutredningen*. Gunhild Hammarström.

2003:5 *Öppna prioriteringar i kommunernas vård och omsorg*. Karin Lund.

2003:6 *Politiker möter medborgare i samtal om prioriteringar – ett praktiskt exempel*. Mari Broqvist.

2003:7 *Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal*. Anna T Höglund.

2003:8 *Programarbete – ett steg på vägen mot öppna prioriteringar*. Malin Kernell-Tolf, Karin Bäckman och Per Carlsson.

2004:1 *Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson.

2004:2 *Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala.*
Li Bennich-Björkman.

2004:3 *Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik.*
Mari Broqvist.

2004:4 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska beslutsprocessen.* Karin Bäckman, Anna Andersson, Per Carlsson.

2004:5 *Prioriteringar i vårdflöden för äldre – en förstudie.* Kerstin Blomqvist

2004:6 *Hinder och möjligheter att använda hälsoekonomiska analyser inom omvårdnad - en litteraturstudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson, Lars Lindholm, Birgitta Engström.

2004:7 *Trygghet och omvårdnadsbehov: Förhållningsätt och föreställningar om prioriteringar och kriterier för beslut om särskilt boende.* Gunhild Hammarström.

2004:8 *Prioriteringsprocessen. Del II: det interna förtroendet.* Peter Garpenby.

2004:9 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård — en begreppsanalys. Andra reviderade upplagan.* Per-Erik Liss.

2005:1 *Subventionering av läkemedel – förutsättningar för öppna och legitima beslutsprocesser i Läkemedelsförmånsnämnden.* Anders Anell och Sandra Jansson.

2005:2 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvård - erfarenheter från andra länder.* Per Carlsson (red.), Anders Anell, Sandra Jansson, Peter Garpenby, Per-Erik Liss, Karin Lund.

2005:3 *Befolkningsdialog kring prioriteringar i Region Skåne.* Per Rosén.

2005:4 *Utvärdering av implementeringen av Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård i fyra landsting och regioner. Första delen.* Peter Garpenby, Anna Andersson, Sven-Olof Junker.

2005:5 *Hur påverkas sjukvården i praktiken? Utvärdering av Socialstyrelsens riktlinjer för prioritering av hjärtsjukvård: Utgångsläget 2001 – 2003.* Mikael Rahmqvist, Lars-Åke Levin.

2005:6 *Prioriteringar i vårdens vardag - intervjustudie med vårdpersonal i Lycksele och Halmstad.* Ingrid Karlsson, Ann-Louise Lyrén.

2005:7 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del II. Massmediernas rapportering av beslutsprocessen.* Karin Bäckman, Katrin Lindroth, Per Carlsson.

2005:8 *Prioritering av hälsofrämjande och förebyggande insatser i hälso- och sjukvården.* Sven Larsson.

2005:9 *Öppna politiska prioriteringar av hälso- och sjukvård – rapportering från ett seminarium.* Mari Broqvist, Per Carlsson, Catrine Jacobsson, Erling Karlsson, Karin Lund.

2005:10 *Rättvisa prioriteringar i äldreomsorgen - dokumentation av ett pilotprojekt.* Per Rosén.

2006:1 *Målsättningar och verklighet – vård och omsorg i kommunal regi. Del I. Mål och prioriteringar.* Per-Erik Liss.

2006:2 *Målsättningar och verklighet – vård och omsorg i kommunal regi. Del II. Ålderdom, omsorgsberoende och livsperspektiv samt Mål, prioriteringar och omsorgsarbetets vardag.* Tommy Svensson, med diskussion och slutsatser av Per-Erik Liss.

2006:3 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del III. Uppföljning av de politiska besluten – hur gick det sedan?* Karin Bäckman, Erling Karlsson, Per Carlsson.

2006:4 *Arbeterapeuter och sjukgymnaster prövar metod för prioriteringar - ett samarbetsprojekt med FSA och LSR.* Mari Broqvist.

2006:5 *Öppna prioriteringar inom omvårdnad- ett samarbetsprojekt med SSF och Vårdförbundet.* Catrine Jacobsson.

2007:1 *Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård.* Per Carlsson, Christina Kärvinge, Mari Broqvist, Kristina Eklund, Bo Hallin, Catrine Jacobsson, Gunilla Jacobsson Ekman, Christina Källgren, Marion Lindh, Britt Nordlander, Per Rosén, Urban Sjöblom, Anna Sohlberg.

2007:2 *Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården.* PrioriteringsCentrum.

2007:3 *Etiska riktlinjer och principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård – en internationell översikt.* Anders Melin.

2007:4 *Ansvar för sin hälsa? Problem och möjligheter med att tillämpa en ansvarsprincip inom hälso- och sjukvården.* Elisabeth Furberg.

2007:5 *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård Implementeringen i fyra landsting och regioner - Andra delen av utvärderingen.* Peter Garpenby, Per Johansson.

2007:6 *Rättvisan finns i betraktarens öga - Röster från medborgare om rättvisa i vården.* Mari Broqvist, Peter Garpenby.

2008:1 *Kan rättvisa procedurer stärka förtroendet för prioriteringar?* Ann-Charlotte Nedlund, Peter Garpenby.

2008:2 *Resolving Health Care's Difficult Choices. Survey of Priority Setting in Sweden and an Analysis of Principles and Guidelines on Priorities in Health Care.* PrioriteringsCentrum.

2008:3 *Utvärdering av Socialstyrelsens riktlinjer för prioritering i hjärtsjukvård 2001-2006.* Mikael Rahmqvist, Lars-Åke Levin, Ulf Stenstrand.

2008:4 *Prioritering av multisjuka äldre inom kardiologi – en medicinsk, etisk och hälsoekonomisk utmaning.* Niklas Ekerstad, Per Carlsson och Annika Edberg.

2008:5 *Ett praktiskt försök. Nationell prioriteringsmodell tillämpad i Landstinget i Kalmar Län.* Monica Ahlström, Ulrika Blomé, Mari Broqvist, Ingrid Göransson, Anna-Karin Nilsson, Ulla Pettersson.

2008:6 *Erfarenheter av öppna politiska prioriteringar. Uppföljning av prioriteringar i Östergötland efter fyra år.* Karin Bäckman, Ann-Charlotte Nedlund, Per Carlsson och Peter Garpenby.

2009:1 *Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008. Del I. Procedur, genomförande och uppföljning.* Susanne Waldau.

2009:2 *Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008. Del II. Olika tankar om processen.* Mari Broqvist, Peter Garpenby, Karin Lund, Karin Bäckman.

2009:3 *Tvärprofessionell prioritering inom strokevård med stöd av nationell modell för öppna vertikala prioriteringar. Ett samarbetsprojekt mellan FSA, LSR, SSF och Vårdförbundet.* Birgitta Engström.

2010:1 *Prioriteringar i samverkan mellan kommun och landsting - erfarenheter av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.* Karin Lund.

2010:2 *Landstinget Kronoberg – i linje med prioriteringar.* Peter Garpenby, Karin Bäckman, Mari Broqvist, Ann-Charlotte Nedlund