

Hela teamets kompetens

Sjuksköterskors, sjukgymnasters och arbetsterapeuters
erfarenheter av att delta i prioriteringsarbete



2011:3

Gunilla Hollman Frisman Catrine Jacobsson



Linköpings universitet

PRIORITERINGSCENTRUM

Nationellt kunskapscentrum för
prioritering inom vård och omsorg

www.liu.se/prioriteringscentrum

**Hela teamets kompetens –
sjuksköterskors, sjukgymnasters och arbetsterapeuters
erfarenheter av att delta i prioriteringsarbete**

Gunilla Hollman Frisman Catrine Jacobsson

Prioriteringscentrum 2011:3

ISSN 1650-8475

Omslagsbild: Photos.com

FÖRORD

Vilka är förutsättningarna för att sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietister framgångsrikt ska kunna delta i ett landstingsövergripande prioriteringsarbete? I Landstinget i Östergötland bedrevs från 2003 och framåt arbeten med att ta fram listor för prioritering och ransonering på flera olika områden, och med flera olika yrkesgrupper representerade. Dock var deltagandet i framtagning av prioriteringslistor från andra yrkesroller än läkargruppen mycket lågt. Vad beror det på? Ett svar är att det funnits dåligt intresse i de undersökta kårerna för att delta i arbeten av det här slaget. Orsakerna till det är säkert flera, tidsbrist, dålig insyn och ovana att på ett öppet sätt göra prioriteringar kan ha spelat roll. En annan förklaring kan vara att de helt enkelt erbjudits möjligheten.

Bland de få personer som medverkat i prioriteringsarbetet fanns det sådana upplevde arbetet intressant och meningsfullt medan andra fann det besvärligt på olika sätt. Mest problematiskt var oklarhet kring uppdragets syfte. Dessutom beskrevs en upplevelse av utanförskap i de grupper som arbetat med rangordning - särskilt bland sjuksköterskor. Sjuksköterskorna upplevde svårigheter sina synpunkter och förklara vad de uppfattar är omvårdnad är ur ett helhetsperspektiv. Representanter för samtliga vårdirkesgrupper i undersökningen upplevde det svårt att inkludera den egna professionens yrkesspecifika åtgärder i rangordningsarbetet.

Diskussioner förs idag om vilka uppgifter som framförallt sjuksköterskor arbetar med som faktiskt kan bli föremål för prioritering. Finns det basala omvårdnadsåtgärder som är så svåra att beskriva och mäta effekten av att de inte går att prioritera? Det är troligt att det finns åtgärder som är svåra att beskriva och mäta men någon måste på något sätt ta ställning till om åtgärden är motiverad och ska utföras eller ej. Fortfarande finns mycket kvar att diskutera om formerna för prioriteringar men det faktum att all vårdpersonal på något sätt måste bli delaktig i arbetet med öppna prioriteringar står helt klart. Då krävs det att relevanta yrkesgrupper bjuds in i arbetet, att de erhåller rimliga förutsättningar för medverkan och att de tar ansvar för sin medverkan.

Vi kan konstatera med viss tillfredsställelse att flera intressant tvärprofessionella prioriteringsprojekt kommit igång under senare år som visar betydligt mer lovande resultat än de tidiga erfarenheter som rapporteras i denna studie.

Linköping, augusti 2011

Per Carlsson, föreståndare Prioriteringscentrum

SAMMANFATTNING

När hälso- och sjukvården inte kan tillfredsställa alla behov av vård måste prioriteringar göras. Så har alltid skett; dock sällan på ett systematiskt sätt. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har sjukvårdshuvudmännen ansvar för prioriteringar av hälso- och sjukvård. Detta uppdrag grundas i den etiska plattformen och ska tillämpas i vårdens alla verksamheter.

Landstinget i Östergötland tog 2003 ett första beslut om att specifika begränsningar av vårdutbudet måste göras. Vid uppföljning av de landstingsomfattande prioriteringsarbeten som genomförts framkommer att dessa inte i tillräcklig omfattning nått ned i organisationerna.

Tidigare rapporter från Prioriteringscentrum beskriver hur den första politiska beslutsprocessen gick till, i vilken mån det politiska beslutet genomfördes i vårdverksamheterna samt hur prioriteringsarbetet i landstinget utvecklades mellan åren 2003-2006. Med denna rapport hoppas vi kunna öka kunskapen om hur andra personalgrupper än läkare på chefsnivå var delaktiga i upprättande av vertikala rangordningslistor under denna period och tillämpning av dessa inom Landstinget i Östergötland.

Strukturerade intervjuer som analyserats med innehållsanalys valdes för att nå syftet med studien. Sammanlagt intervjuades 18 personer, 16 kvinnor och två män, 27-60 år, med 2-30 års yrkeserfarenhet som aktivt deltagit i prioriteringsarbete med vertikala rangordningslistor. Sex respondenter var sjuksköterskor, fem arbetsterapeuter, sex sjukgymnaster och en dietist. Dessa representerade 14 arbetsplatser i Landstinget i Östergötland. Målsättningen var att genomföra en totalundersökning av samtliga personer utöver läkare som varit delaktiga i upprättande av vertikala rangordningslistor. Centrumchefer eller av centrumchef utsedd person lämnade tillsammans namn på 20 lämpliga personer vilka samtliga kontaktades. Av dessa hade 18 personer möjlighet att delta i intervjuer.

Resultatet av intervjuerna visade både på underlättande och försvårande faktorer för delaktighet i prioriteringsarbete.

II

Bra förutsättningar för delaktighet som framkom var att det var personal med speciellt intresse för prioriteringar som deltagit och de hade skapat kontakt med andra personer med erfarenhet av prioriteringar för att klargöra syftet med uppdraget. Specifik kompetens och gemensam etisk värdegrund underlättade enligt respondenterna arbetet med rangordningslistan.

Den försvårande faktor som överskuggade övriga svårigheter i arbetet var en känsla av oklarhet kring uppdragets syfte. Dessutom beskrevs en upplevelse av utanförskap i de grupper som arbetat med rangordning - särskilt bland sjuksköterskor. Sjuksköterskorna uttryckte svårigheter dels med att få gehör för sina synpunkter och dels med att precisera vad som enligt deras uppfattning är omvårdnad ur ett helhetsperspektiv. Representanter för samtliga vårdyrkesgrupper i undersökningen upplevde det svårt att inkludera den egna professionens yrkesspecifika åtgärder i rangordningen. Dessutom framförde flera att kunskapsbrist om prioriteringsarbete liksom brist på verksamhetskunskap hos de politiker som man skulle kommunicera med, gav upphov till frustration.

Svårigheter i tillämpning av rangordningslistan beskrevs speciellt bland sjuksköterskor. De framförde att omvårdnadsåtgärder vare sig hade varit föremål för prioriteringsdiskussioner eller senare inkluderats i rangordningslistan. Bland arbetsterapeuter och sjukgymnaster upplevdes den rangordningslista de själva arbetat fram som en trygghet i kliniskt beslutsfattade och stöd för öppenhet i kommunikation med allmänheten.

Flera förslag på hur ett fortsatt prioriteringsarbete skulle kunna organiseras framkom. Det är viktigt att uppdraget är tydligt beskrivet. Ett annat förslag är att prioriteringar bör diskuteras utifrån ett brett behovsperspektiv i väl förberedda multiprofessionella grupper. Dessutom måste de medverkande få tillräckligt med tid avsatt för reflektion. Därutöver behövs det handledare med kunskap om prioriteringar som kan stödja vårdpersonal i deras prioriteringsarbete.

En slutsats är att arbete med öppna prioriteringar och rangordningslistor kräver många olika perspektiv och förutsätter att alla samverkande professioner har likvärdiga förutsättningar. Uppdraget måste tydliggöras, efterfrågas och utvärderas av politisk ledning och produktionsenhetschef samt återföras till samtliga professionella grupper. Riktade utbildningsinsatser inom omvårdnad och rehabilitering behövs för att tillämpning av den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar ska få en vidare användning även inom dessa områden

SUMMARY

When health services cannot meet all care needs we must set priorities. This has always been done, but seldom in a systematic way. In Sweden, the Health Services Act places the responsibility for healthcare priority setting on local governing bodies (mainly the county councils and regions). The task of priority setting is grounded in the ethical platform and must apply across all health services.

In 2003, the Östergötland County Council initially decided that specific limitations must be established regarding the supply of health services. However, follow-up of the county-council-wide effort to set priorities reveals that this work has not reached far enough down into the organisation.

Earlier reports from the National Centre for Priority Setting in Health Care describe the initial political decision-making process, the extent to which the policy decisions have been implemented in health care, and the progress of the county council's prioritisation initiative from 2003 to 2006. With this report we aim to increase knowledge regarding how staff groups other than management-level physicians participated in establishing vertical ranking lists during this period and how these lists were used in Östergötland County Council.

Content analysis of structured interviews was used to pursue the aims of the study. We interviewed 18 individuals (16 women and 2 men) aged 27 to 60 years with 2 to 30 years of professional experience and who participated actively in setting priorities by using vertical ranking lists. The respondents included 6 nurses, 5 occupational therapists, 6 physiotherapists, and 1 dietician. They represented 14 workplaces in Östergötland County Council. The objective was to conduct a comprehensive study including every non-physician who participated in establishing vertical ranking lists. Centre executives, or persons appointed by them, collectively submitted the names of 20 appropriate individuals, all of whom were contacted. Of this group, 18 were able to participate in the interviews.

The results of the interviews revealed factors that both facilitated and hindered participation in prioritisation activities.

Factors that facilitated participation were the involvement of staff members who (a) had a special interest in priority setting and (b) had contact with persons experienced in priority setting who could clarify the purpose and objectives. According to the respondents, specific qualifications and common ethical principles facilitated work on the ranking list.

IV

The overriding factor that hindered participation was a sense of uncertainty about the purpose and objectives. Furthermore, groups involved in the ranking process – nurses in particular – described a sense of exclusion. The nurses described problems in having their views heard and in clarifying their perceptions of nursing care from a holistic standpoint. Representatives from each professional group in the study found it difficult to include a ranking of interventions specific to their own profession. Moreover, several mentioned a sense of frustration stemming from a lack of knowledge about priority setting and the lack of operational knowledge among the politicians with whom they were expected to communicate.

The nurses in particular described problems in applying ranking lists. They mentioned that the nursing interventions had neither been a subject of prioritisation discussions nor were they later included on the ranking list. The occupational therapists and physiotherapists felt that the ranking lists they had developed for themselves offered some security in clinical decision-making and supported transparency in communicating with the public.

Several suggestions emerged for organising the continuing prioritisation process. It is important to clearly describe the purpose and objectives. It was also suggested that priority setting should be discussed from a broader needs perspective in well-informed, multiprofessional groups. Furthermore, the participants must allocate adequate time for reflection. In addition, it is necessary to have a leader who is knowledgeable about prioritisation and can support the care staff in setting priorities.

One conclusion is that working with transparent priority setting and ranking lists requires multiple perspectives and that each of the professions need to be involved on equal terms. The assignment must be clearly specified, requested, and assessed by political leaders and production managers and reported to all professional groups. Specific educational initiatives in nursing and rehabilitation are needed to more widely implement the national model for transparent vertical priority setting in these fields.

INNEHÅLL

1. INLEDNING	1
1.1 BAKGRUND	2
2. SYFTE OCH METOD	5
2.1 URVAL	5
2.2 DATAINSAMLING	6
2.3 INTERVJUFRÅGOR	6
2.4 ANALYS AV DATA	7
3. RESULTAT	8
3.1 SAMMANFATTANDE RESULTAT	8
3.2 UNDERLÄTTANDE FAKTORER FÖR DELAKTIGHET I PRIORITERINGSARBETE	9
3.2.1 <i>Eget intresse</i>	9
3.2.2 <i>Omvärldskontakt</i>	10
3.2.3 <i>Specifik kompetens</i>	10
3.2.4 <i>Gemensam etisk värdegrund</i>	11
3.3 SVÅRIGHETER RELATERADE TILL DELAKTIGHET I PRIORITERINGSARBETE	12
3.3.1 <i>Oklarhet om uppdragets syfte</i>	13
3.3.2 <i>Upplevelse av utanförskap</i>	13
3.3.4 <i>Upplevelse av kunskapsbrist</i>	15
3.4 TILLÄMPNING AV RANGORDNINGSLISTAN.....	16
3.4.1 <i>Svag implementering</i>	16
3.4.2 <i>Bristande passform</i>	17
3.4.3 <i>Trygghet i kliniskt beslutsfattande</i>	17
3.4.4 <i>Öppenhet mot allmänheten</i>	18
3.5 UTVECKLING AV PRIORITERINGSARBETE	19
4. DISKUSSION	20
4.1 KONSEKVENSER AV DIREKTIV FÖR UPPDRAGET	20
4.2 DELAKTIGHET I PRIORITERINGSARBETET	21
4.3 KLINISK TILLÄMPNING AV PRIORITERINGAR	22
4.4 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR UTVECKLING AV PRIORITERINGAR.....	24
5. SLUTSATSER	28

1. INLEDNING

Om hälso- och sjukvården inte kan tillfredsställa alla behov av vård måste prioriteringar göras avseende vilka behov som ska tillfredsställas i första hand. Sjukvårdshuvudmännen har numera enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvar för prioriteringar av hälso- och sjukvård. Enligt lagens bestämmelse ska prioriteringar inom vården baseras på den etiska plattformen och målet är att prioriteringsprinciper ska tillämpas i alla vårdens verksamheter vilket innebär att alla blir delaktiga och får ett ansvar (SOU 2001:8).

Enligt riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvård (1996/97) ska fördelning av resurser mellan olika verksamheter och sjukdomsgrupper grundas i rangordning av bland annat behov. Prioritering och rangordning görs på olika nivåer i vården, där den övergripande nivån innebär prioritering mellan sjukdomsgrupper och/eller verksamhetsområden. Traditionellt har dessa prioriteringar kommit att kallas horisontella prioriteringar och har i mycket betraktats som ett politiskt ansvar. Idag finns flera exempel på att också verksamhetsföreträdare gör horisontella prioriteringar; till exempel som allmänläkare inom primärvården (Waldau 2009; Broqvist m fl 2009) samt inom ramen för Socialstyrelsens riktlinjearbete inom t ex riktlinjearbetet för rörelseorganens sjukdomar (Socialstyrelsen 2009). Rangordning inom en sjukdomsgrupp eller ett verksamhetsområde kallas ofta vertikal prioritering och genomförs dagligen av personal i sjukvården (Liss 2004).

Allmänna riktlinjer utvecklade som stöd för prioriteringar baseras på den etiska plattformen. Plattformen innehåller tre principer för prioriteringar; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen- samt kostnadseffektivitetsprincipen och gäller inom både landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård.

I korthet innebär principerna:

- *Människovärdesprincipen* innebär att alla människor har lika värde och lika rättigheter oberoende av personliga egenskaper och funktion.
- *Behovs- och solidaritetsprincipen* utgår ifrån att den människa eller verksamhet som har störst behov ska ges störst resurser, medan de med mindre behov får stå tillbaka. Behovets storlek bedöms efter sjukdomens eller skadans svårighetsgrad. I behovsbegreppet ingår även nyttan med insatsen. Man kan endast ha behov av vård som medför nytta.
- *Kostnadseffektivitetsprincipen* innebär att en rimlig relation bör eftersträvas mellan kostnad och effekt vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder.

Kostnad och effekt värderas utifrån förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet. Avsikten är att riktlinjerna ska vara vägledande för beslut om prioritering i vården (Socialdepartementet 1996/97).

1.1 Bakgrund

År 2003 fattades ett politiskt beslut i Landstinget i Östergötland om en begränsning av vårdutbudet. Detta beslut hade föregåtts av ett omfattande förberedelsearbete med framtagande av rangordningslistor (Bäckman m fl 2004). Efter att detta första öppna prioriteringsbeslut mötts av en mycket stor uppmärksamhet i media (Bäckman m fl 2005) modifierade landstinget sin prioriteringsprocess (Bäckman m fl 2006). Prioriteringsproceduren utvecklades efterföljande år och 2006 tillämpade landstinget en procedur med behovsstyrning utifrån en styrprocess uppbyggd kring Behov – Uppdrag – Åtagande – Prioriteringsbeslut – Avtal – Uppföljning (Bäckman m fl 2008). Inför 2006 års prioriteringsomgång genomfördes en revisionsgranskning av hur tidigare prioritering genomförts på enskilda kliniker och hur arbetssättet påverkats (Ogensjö m fl 2006). Resultat av revisionsgranskningen visar att kunskapen om och medverkan i tidigare prioriteringsbeslut inte spridits i organisationen i tillräcklig omfattning och att klinisk tillämpning av framtagna rangordningslistor inte sker i någon större omfattning.

Prioriteringsprocessen år 2006 inleddes med att centrumchefer redan i slutet av 2005 fick i uppdrag att uppdatera sina rangordningslistor utifrån aktuell evidens där hela vårdkedjan inom både slut- och öppenvård skulle omfattas (Bäckman m fl 2008). Listan skulle följa samma principer som rangordningslistorna inom Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer. Rangordningslistorna skulle ha en gemensam struktur enligt ett PM som tagits fram av Landstinget i Östergötland. Enligt denna struktur/modell skulle patientgrupper rangordnas från 1-10 i förhållande till varandra och från medicinsk sammanvägning av följande:

- tillståndets svårighetsgrad
- behov av åtgärden
- förväntad effekt av åtgärden
- evidens för åtgärdens effekt
- åtgärdens kostnadseffektivitet och hälsoekonomisk evidens.

Då sjukvårdsverksamheterna senare i processen presenterade sina åtagandebeskrivningar, d v s hur de tänkt uppfylla de politiska uppdragen, gjordes samtidigt en analys inom varje sjukdomsområde utifrån följande:

- behov av förändrat arbetssätt för att uppnå likvärdig vård i länet och tydlig ansvarsfördelning
- behov av ökade resurser
- konsekvenser vid eventuell utbudsbegränsning
- behov av förtydligt egenansvar för åtgärder som är möjliga för den enskilde individen att bedöma nyttan av och att finansiera, där risken med åtgärden är liten och tjänsten finns tillgänglig i samhället (Bäckman m fl 2008).

I vilken mån omvårdnads- och rehabiliteringspersonal varit delaktiga i och vilken roll de har i landstingsomfattande prioriteringsarbeten i Sverige är endast delvis undersökt (Engström 2009). Hittills har det övervägande varit läkare som aktivt deltagit i landstingens prioriteringar (Jacobsson 2006) liksom i Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer. I Prioriteringscentrums tidigare studier har landstingspolitiker, tjänstemän, medicinska rådgivare och centrumchefer i Landstinget i Östergötland intervjuats om sin uppfattning och erfarenhet av landstingets prioriteringsarbete. I dessa studier har ett behov av att arbeta med öppna prioriteringar och brister gällande tillämpning av prioriteringar befasts. Ett exempel är landstingspolitikens uppfattning om att sjukvårdspersonal, förutom cheferna, knappt känner till att en prioriteringsprocess pågår och att kunskap om landstingets resursfördelning bland sjukvårdspersonal är låg (Bäckman m fl 2008).

Tidigare studier av prioriteringsprocesser visar även att kunskap om riksdagens och landstingets riktlinjer för prioriteringar är bristfälligt kända och att tillämpning av riktlinjerna brister (PrioriteringsCentrum 2007). Enligt prioriteringsutredningens slutbetänkande 1995 (SOU 1995:5) ligger prioriteringar till viss del dolda i allt sjukvårdarbete och personal på alla nivåer (omvårdnad, rehabilitering och medicin) påverkar prioriteringar. Intresseorganisationer som Svensk Sjuksköterskeförening, Förbundet för Sveriges Arbetsterapeuter och Legitimerade Sjukgymnasters riksförbund har arbetat effektivt för att öka kunskaper om prioriteringar i vården (PrioriteringsCentrum 2007).

De prioriteringar som görs av sjuksköterskor finns det begränsad kunskap om. Vetskap om vilka underlag som används för prioriteringar i det vardagliga arbetet och hur prioriteringarna går till i praktiken saknas till stor del. Däremot pågår det aktiviteter bland habiliterings- och rehabiliteringspersonal där en allt större del av prioriteringarna är systematiska med stor öppenhet.

En studie om prioriteringar inom primärvården visar att distriktsläkare, distriktssköterskor, sjuksköterskor och sjukgymnaster där är väl medvetna om att prioriteringar görs men att det ofta sker på ett osystematiskt sätt. Inom primärvården finns en uppfattning om att resursbrist bidrar till kvalitetsförsämring som i sin tur styr prioriteringar. Svårigheter eller hinder för prioriteringsarbete beskrivs bestå av bristande erfarenhet, bristande riktlinjer, emotionella skäl och organisatoriska hinder (Mårtensson m fl 2006).

Det finns olika uppfattningar om hur öppna prioriteringar kan göras inom omvårdnad. Enligt studier där sjuksköterskor deltagit kan det t ex gälla prioritering av en enskild patients behov vid hög arbetsbelastning (Jacobsson m fl 2004) eller prioritering av en specifik åtgärd (Jacobsson 2006). Den öppna prioriteringen kan upplevas som ett stöd och användas i diskussion både gentemot patienter och personal. I motsats till prioritering som stöd beskrivs också uppfattningen att öppna prioriteringar kan bli alltför styrande, hota flexibilitet, vara mindre tillämpbara i det enskilda patientfallet och eventuellt bidra till ökad stress hos sjuksköterskor i slutenvården (Jacobsson m fl 2004).

Ett metodförsök under 2005, med patientnära prioriteringar bland sjuksköterskor på tre olika vårdenheter i Gällivare, Umeå och Stockholm, visar att den nationella modellen för vertikala prioriteringar bedöms vara ett användbart stöd som underlättar prioriteringar i patientnära omvårdnad. Tillämpning av den nationella modellen innebär att följande steg följs: 1) identifiering och avgränsning av område för prioritering, 2) identifiering av prioriteringsobjekt, 3) faktainsamling och värdering av fakta, 4) sammanvägning av fakta och rangordning (Carlsson m fl 2007). Behov av ytterligare evidens inom patientnära omvårdnad blev tydligt när modellen senare tillämpades inom strokevård. Modellen anses kunna bidra till mer öppna prioriteringar (Jacobsson 2006; Engström 2009) .

Det finns andra exempel på öppna prioriteringar där habiliterings- och rehabiliteringspersonal varit aktiva och delaktiga redan i uppläggning av projektet. Ett metodförsök har genomförts där rehabiliteringspersonal, arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom Landstinget i Kalmar aktivt deltagit. Metodförsöket har resulterat i en ökad kännedom om riksdagens riktlinjer för prioriteringar och en ökad intern öppenhet för prioriteringar. En stor del av verksamheten har utvecklats till att bli mera faktabaserad och den kliniska erfarenheten har tillvaratagits och dokumenterats systematiskt. Resultatet visar även på en utveckling av den nationella modellen och ett nytt sätt att tänka som innebär att tillståndets svårighetsgrad i högre grad sammankopplas med nytta och blir mera konkret. Den slutliga bedömningen grundas således i ett bredare perspektiv vilket utgör ett mer relevant underlag för prioritering.

Öppenhet i prioriteringar har ökat med större möjlighet att ge likvärdig behandling inom länet, genom att flera arbetsgrupper arbetat länsövergripande i prioriteringsarbetet (Ahlström m fl 2008).

Prioriteringar är i regel komplicerade och bygger i stor utsträckning på värderingar och det är därför angeläget att besluten baseras på en så bred och mångfacetterad bedömning som möjligt. Eftersom ambitionen i Landstinget i Östergötland var att relevanta representanter och yrkesprofessioner från hela vårdkedjan skulle delta i rangordningsarbete är det av intresse att undersöka hur detta genomförts; vilket kan ge lärdom för fortsatt arbete med tillämpning på alla nivåer i hela vårdkedjan. Det är till exempel betydelsefullt att försöka förstå varför det förhåller sig så att nästan bara chefer och läkare varit delaktiga i prioriteringsarbete och att analysera förutsättningar för en utveckling där alla professioner aktivt deltar i prioriteringsarbete med utgångspunkt i patientens behov.

2. SYFTE OCH METOD

Syftet med studien var dels att öka kunskapen om och hur sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter varit delaktiga i upprättande av vertikala rangordningslistor inom Landstinget i Östergötland och om och hur prioriteringsarbetet tillämpas i det kliniska vardagsarbetet.

Semistrukturerade intervjuer genomfördes utifrån en utarbetad intervjuguide med fem frågor. De inspelade och transkriberade intervjuerna analyserades med innehållsanalys för att nå syftet med studien.

2.1 Urval

Eftersom arbete med rangordningslistor genomförts i flera omgångar i Landstinget i Östergötland mellan 2003 och 2008 hade respondenterna erfarenheter av arbete med rangordningslistor från olika omgångar. Genom kontakt med ansvarig samordnare för prioriteringsarbetet vid ledningsstaben för Landstinget i Östergötland förmedlades information om vilka centrumchefer som varit ansvariga för att ta fram rangordningslistor vid de olika tillfällena. Utifrån listor över ansvariga centrumchefer togs kontakt med alla centrumchefer eller av centrumchefer utsedd person som per mejl meddelade namn på personer som aktivt deltagit i arbete med rangordningslistor.

Av 26 centrumchefer hade sju engagerat andra yrkeskategorier utöver läkare i grupper som arbetat med vertikal rangordning. Centrumchefer eller utsedd person som ansvarade för prioriteringsarbete inom respektive centrum lämnade förslag på sammanlagt 20 personer i Landstinget i Östergötland. Av de tillfrågade hade 18 personer möjlighet att delta i intervjuer.

Av deltagande personer var 16 kvinnor och två män, 27-60 år, med 2-30 års yrkeserfarenhet och representerade 14 arbetsplatser i Landstinget i Östergötland. Utbildningsbakgrund varierade från grundutbildning (n=6), kandidatnivå (n=7), magisternivå (n=3) till någon form av yrkesspecifik specialistutbildning (n=2). Sex personer var sjuksköterskor, fem personer arbetsterapeuter, sex personer sjukgymnaster och en person var dietist.

2.2 Datainsamling

Namn på personer som deltagit i arbete med rangordningslistor lämnades av ansvariga för rangordningsarbetet per mejl. Därefter togs mejlkontakt där personerna skriftligt informerades om studien och tillfrågades om deltagande i studien genom en intervju som bandinspelades. Konfidentiell hantering av data utlovades vid datainsamling, analys och presentation av resultat. Information gavs också om frihet att avbryta deltagande närhelst respondenten ville. Via mejl eller telefonsamtal gjordes överenskommelse om tid och plats för intervjun. En provintervju genomfördes för att undersöka om frågorna var adekvata; därefter gjordes en mindre justering av frågorna varefter intervjuerna fortsatte. Provintervjun är inkluderad i resultatet. Tre intervjuer genomfördes i ett arbetsrum på Hälsouniversitetet i Linköping och övriga intervjuer i ett ostört rum på respektive arbetsplats i Östergötland. Intervjuerna tog 25-45 minuter. Samtliga intervjuer genomfördes av författaren (GH-F) på respondentens arbetstid.

2.3 Intervjufrågor

Intervjun inleddes med frågor angående antal år i yrket, utbildningsnivå och ålder.

Vid intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide med fem övergripande frågor. Följande frågor ställdes:

1) På vilket sätt har du deltagit i öppet prioriteringsarbete med rangordningslistor?

- 2) Vilka förutsättningar fanns för ditt deltagande?
 - 3) Hur tycker du att arbetet med rangordning fungerade?
 - 4) Fanns det svårigheter i arbetet?
 - 5) Hur skulle ett framtida arbete med öppna prioriteringar kunna underlättas?
- Följdfrågor som ställdes var: Vill du beskriva ytterligare? Vill du utveckla hur du tänker? Vilken var din roll i gruppen? Intervjun avslutades med en fråga om det var något ytterligare som informanten ville tillägga.

2.4 Analys av data

Samtliga inspelade intervjuer transkriberades ordagrant. Innehållsanalys¹, valdes som metod för analys. Genom denna metod kan ny insikt och ökad förståelse för ett specifikt fenomen fås, i detta fall deltagande i prioriteringsarbete av hälso- och sjukvård vid den egna arbetsplatsen. Transkriberad text är avsedd att läsas, förstås och tolkas även av andra än den person som analyserat texten. Då frågeguide med strukturerade öppna frågor användes analyserades data enligt manifest innehållsanalys (Graneheim & Lundman 2004, Hsieh & Shannon 2005) enligt följande:

- 1) Varje intervju lästes ett flertal gånger för att skapa en övergripande helhet av innehållet.
 - 2) Meningsbärande enheter som överensstämde med syfte och frågeguide för studien markerades.
 - 3) Meningsbärande enheterna kondenserades till koder.
 - 4) Koderna kategoriserades utifrån likheter och skillnader i subkategorier som gavs rubriker utifrån innehåll.
 - 5) Slutligen sammanfördes subkategorierna till mera övergripande s k huvudkategorier vilka gavs rubriker (genomfördes av GHF).
- För att säkerställa trovärdighet i analysen fanns en medbedömare, tillika medförfattare (CJ), som läste några intervjuer från varje yrkesgrupp och kritiskt granskade subkategorisering och kategorisering i relation till transkriberade intervjuer. Där olika uppfattningar fanns om benämningar av kategorisering diskuterades dessa tills konsensus uppnåddes.

¹ En vetenskaplig metod lämplig för att kunna göra replikerande och valida slutsatser från data till den kontext där data samlats.

3. RESULTAT

Analysen av intervjuerna resulterade i följande huvudkategorier och subkategorier:

Tabell 1. Översikt över huvudkategorier och subkategorier

Huvudkategori	Subkategori
Underlättande faktorer för delaktighet i prioriteringsarbete	Eget intresse God omvärldskontakt Specifik kompetens Gemensam etisk värdegrund
Svårigheter relaterade till delaktighet i prioriteringsarbete	Oklarhet om uppdragets syfte Upplevelse av utanförskap Upplevelse av kunskapsbrist

3.1 Sammanfattande resultat

Av samtliga anställda sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster i Landstinget i Östergötland hade 20 personer ansetts vara delaktiga i prioriteringsarbete under åren 2004-2008, varav 18 personer intervjuats i denna studie. Ett sammanfattande resultat av intervjuerna är att goda förutsättningar för stor delaktighet i prioriteringsarbete grundades i eget intresse, god omvärldskontakt, hög kompetens och gemensam etisk värdegrund.

Försvårande faktorer som motverkar delaktighet i prioriteringsarbete beskrevs som oklarhet med uppdragets syfte, upplevelse av utanförskap och kunskapsbrist i prioriteringsfrågor. Svårigheter i tillämpning av rangordningslistan men också otrygghet i kliniskt beslutsfattande framkom som problem liksom förslag angående utveckling av framtida prioriteringsarbete.

Bland deltagande respondenter fanns dels personer som deltagit i en grupp där endast den egna yrkesgruppen fanns med och dels personer som deltagit i multiprofessionella grupper. Respondenter som enbart arbetat tillsammans med personer från den egna yrkesgruppen var nöjda med gruppkonstellationen och menade att grupp sammansättningen hade underlättat arbetet. Även i de fall där prioriteringsgruppen var multiprofessionellt sammansatt var man nöjd med sammansättningen även om flera sjuksköterskor önskade att ytterligare en kollega hade varit med i gruppen som stöd. Tidsåtgång för arbetet varierade mycket; allt från att träffas vid två tillfällen till att ha haft ett möte en gång per månad under ett år.

På grund av att de olika yrkeskategorier som deltagit har haft mycket olika förutsättningar för arbete med rangordningslistor redovisas resultaten separerade utifrån underlättande faktorer och svårigheter relaterade till delaktighet, se Tabell 1.

3.2 Underlättande faktorer för delaktighet i prioriteringsarbete

En huvudkategori som framträdde i intervjuerna var underlättande faktorer för delaktighet i prioriteringsarbete. Underliggande subkategorier var eget intresse; omvärldskontakt; specifik kompetens och gemensam etisk värdegrund.

3.2.1 Eget intresse

Deltagande i arbetet med rangordningslistor var i några fall självvalt av personer som tyckte att det var både angeläget och roligt att delta. Detta var särskilt framträdande bland arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Alla arbetsterapeuter och sjukgymnaster som själva tog initiativ till medverkan deltog aktivt i arbetet och samtliga gavs utrymme att bidra med sin unika kompetens i sina respektive prioriteringsgrupper. ”... *Vi är vana liksom att ta alla besluten jämt själva*”.

3.2.2 Omvärldskontakt

Flera respondenter uppgav att de kände ett behov av att klargöra syfte med uppdraget och arbetsterapeuter och sjukgymnaster tog därför kontakt med andra personer som de kände till eller hade arbetat med öppna prioriteringar. Kontakt togs även med Prioriteringscentrum för att få ökad insikt i vad prioriteringar kan innebära. Kollegor medverkade med råd kring uppläggningsen av arbetet och sjukgymnastgruppen tog gemensamt beslut om hur arbetet skulle genomföras.

3.2.3 Specifik kompetens

Efterfrågan på deltagarnas specifika yrkeskompetens i prioriteringsarbetet upplevdes som en förutsättning för upplevelsen av att kunna delta aktivt. Respondenterna ansåg att de kunde bidra vid upprättande av rangordningslistor när diskussionen handlade om den specifika vård de själva arbetade med. En sjuksköterska menade att det är väsentligt för patienten att möta en person i organisationen med specifik kompetens. Problemet ifråga kan då bedömas adekvat, och en åtgärd prioriteras tillräckligt snabbt - vilket medför relevant patientnytta och i förlängningen kan försämrat sjukdomstillstånd och därmed ökade samhällskostnader förebyggas. Diskussioner om rangordningsarbetet med kollegor utanför den formella prioriteringsgruppen mellan mötestillfällena syftade till att få stöd och argument för sina egna åsikter.

En känsla av bristande engagemang och meningsfullhet beskrevs med hänvisning till att diskussionen mest handlade om medicinska bedömningar och att omvårdnadsperspektivet inte lyftes som likvärdigt betydelsefullt. Dock uttrycktes ett det är man själv som har ansvar för att lyfta dessa frågor. En sjuksköterska menade att hon själv inte tagit sitt ansvar att lyfta fram omvårdnadsaspekter i tillräcklig omfattning. Hon såg i efterhand att omvårdnadsperspektivet inte var specifikt utvecklat i de framtagna dokumenten vilket upplevdes otillfredsställande. Hade möjlighet funnits för bättre förberedelse och insikt i syftet hade möjligen andra typer av åtgärder blivit föremål för prioriteringar och därmed framkommit i dokumenten. Det unika för sjuksköterskor i deras yrkesroll, att alltid arbeta patientnära utifrån individuellt perspektiv i t ex patientutbildning, att stödja egenvård och egenansvar inom både primär- och sekundärprevention prioriterades inte så högt.

Detta antogs möjligen kunna förklaras av att effekter av omvårdnadsåtgärder inte framträder lika snabbt eller tydligt som effekter av medicinska åtgärder, t ex insättande av ett läkemedel (nytt insulin/lipidsänkare). ”... *beakta sedvanliga omvårdnadsperspektiv*” ”... *omvårdnad är ju minst 50 procent - för man följer patienten hela, hela vägen så det är ju en jättestor del*”.

Prioriteringsgrupper sammansatta av endast en yrkesgrupp uppfattades som en fördel, framförallt av arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Sådana grupper upplevdes fungera bättre då det fanns en gemensam kunskapsgrund för prioriteringar bland deltagarna. Det gällde t ex vid revision en tidigare rangordningslista som arbetats fram i liknande grupp.

En sjukgymnast som var verksam inom slutenvård hade haft möjlighet att påverka rangordningslistan genom att visa på god evidens och beprövad erfarenhet gällande sjukgymnastiska icke-farmakologiska åtgärder inom ett specifikt område.”... *nästan alla de åtgärder som handlande om icke-farmakologisk sekundärprevention blev upp-prioriterade*”

I arbetsgrupper med enbart sjukgymnaster söktes vetenskapliga underlag för effekt av aktuella åtgärder där det saknades evidens och föreslagna rangordningar diskuterades med kollegor mellan arbetsgruppens möten. En gemensam uppfattning fanns angående vikten av att tydliggöra den egna professionens betydelse där evidens fanns att grunda beslut i. Inom ett annat område där gruppen inte kunde finna adekvat evidens (primärvård - psykiatri) var man inom prioriteringsgruppen överens om att bedömningen istället kunde göras utifrån beprövad erfarenhet.

3.2.4 Gemensam etisk värdegrund

Att det fanns en gemensam etisk värdegrund hos dem som medverkade i prioriteringsarbetet uppfattades som en styrka som underlättade delaktighet i rangordningsarbetet, tyckte medarbetarna på en enhet. Exempelvis kunde man då relatera arbetet med prioriteringar till andra etiska frågeställningar som kulturell bakgrund, andlighet, svåra sjukdomstillstånd eller livsöden. Farhågor uttrycktes kring risken att patientens hälsotillstånd inte bedömdes och prioriterades av person med rätt kompetens – då upplevdes det finnas en risk att godtycklighet kunde bli grund för bedömning och att patienten kunde komma i kläm. En distriktssköterska menade att även ekonomin kunde påverka etiska ställningstaganden på ett negativt sätt.

”... *det är så ekonomiskt styrt allting idag... den etiska biten försvinner lätt bort i ekonomihögen, och det här med lika vård på lika villkor, det är jättesvårt att genomföra*”

I en multiprofessionell grupp pågick arbetet med prioriteringar under cirka ett år innan alla kunde enas om rangordningen. Aspekter från olika yrkesgrupper grundade i den etiska plattformen, bedömning av tillståndets svårighetsgrad åtgärder, evidens för effekt och avsaknad av evidens var områden som diskuterades livligt. Det fanns en känsla hos vissa respondenter av att alltför många hälsotillstånd skulle inkluderas i rangordningen i relation till den tid som avsatts för prioriteringsarbetet. Prioriteringsprocessen kärvade när var och en värnade sitt område och det blev svårt för gruppen att komma framåt i arbetet så till slut togs ett beslut utan att det fanns konsensus i gruppen.

Inom en primärvårdsenhet arbetade arbetsterapeuter respektive sjukgymnaster relativt lika med vardagsprioriteringar redan innan arbetet med en gemensam rangordningslista påbörjades. Diskussioner fördes om de olikheter som fanns angående bedömning av patientproblem/diagnoser, behov, tillgänglighet och väntetid. Målet med diskussionerna var att nå enighet om hur olika hälsotillstånd skulle rangordnas. Utgångspunkten för diskussionen var den egna professionens etisk grundsyn, t ex hur gruppen tänkte om människan som individ utifrån den etiska grundsynen, självständighet, aktivitet och meningsfull livskvalitet.

En ambition fanns hos arbetsterapeuter och sjukgymnaster att grunda beslut om åtgärder i vetenskaplig evidens och/eller från SBU-rapporter och beprövad erfarenhet med utgångspunkt i den etiska plattformen. Patientnyttan graderades i nivå 1 till 4 (nivå 4 innebar att åtgärder prioriterades bort) och den etiska plattformen sågs som ett "ramverk" till arbetet. Bedömning av patientens behov och gränsdragning utifrån den etiska plattformen i relation till aktuell tillgänglighet till vård upplevdes vara svårt. Det diskuterades mycket tills konsensus slutligen nåddes. Prioritering av patienter med låg följsamhet till råd och behandling blev föremål för diskussion i vissa grupper, i relation till egenansvar för hälsan. Man diskuterade om det var etiskt försvarbart att patienter med låg grad av följsamhet prioriterades till nivå 4, d v s prioriterades bort alternativt ransonerades med hänsyn till låg patientnytta på grund av patienten saknar förmåga att ta ansvar för sin egen hälsa.

3.3 Svårigheter relaterade till delaktighet i prioriteringsarbete

Ytterligare en huvudkategori som framträdde var faktorer som försvårade delaktighet i prioriteringsarbete. Underliggande subkategorier var oklarhet om uppdragets syfte, upplevelse av utanförskap och upplevelse av kunskapsbrist.

3.3.1 Oklarhet om uppdragets syfte

Samtliga respondenter beskrev att utgångspunkt och syfte med uppdraget var oklart och att tydliga direktiv saknades. Det var särskilt respondenter med erfarenhet av tidigare rangordningsarbete inom landstinget som var frustrerade över att ett tydligt mål och syfte med arbetet saknades. Några informanter sökte efter syfte och direktiv för uppgiften på egen hand medan andra inte aktivt letade efter direktiv utan kom till gruppen med otydligt motiv angående uppdragets innebörd.

Sjuksköterskorna uppfattade att deras uppdrag hade varit att bevaka omvårdnadsaspekten i prioriteringsarbetet och de hade därför blivit förvånade över att diskussionen nästan helt hade ett medicinskt perspektiv; där de inte ansåg sig ha relevant kunskap och därför inte kunde bidra på adekvat sätt. I flera prioriteringsgrupper framkom att det var en "läkarangelägenhet" att prioritera mellan olika hälsotillstånd och åtgärder. Möjlighet att förbereda sig inför möten var begränsad eftersom direktiv och syfte inte var kända. *"... hade jag varit mer förberedd så är det klart att kompetensen hade kunnat tas tillvara på ett annat sätt"*. Å andra sidan var uppfattningen i vissa yrkesspecifika grupper som gjorde en rangordningslista begränsad till rehabilitering att gruppen fick alltför fria händer att arbeta med rangordning.

Någon arbetsmodell att utgå ifrån uppfattades inte existera - den fick gruppen själva utveckla. Respondenterna upplevde ett tvång, påtvingat av arbetsgivaren, att på något sätt utforma en struktur för rangordning vilket var relaterat till begränsade resurser.

Utarbetandet av rangordningslistan hade egentligen inte inneburit någon förändring gällande rangordning av de patienter sjukgymnasterna behandlade enligt respondenterna. Många saknade stöd och återkoppling från ledningen angående hur utveckling av rangordningsarbetet utvecklades.

3.3.2 Upplevelse av utanförskap

Den roll respondenterna hade i de multiprofessionella grupperna uppfattades som oklar; några menade att de var inbjudna att delta enbart för att alla yrkesgrupper skulle vara representerade och det var oklart vilka förväntningarna på dem var. Sjuksköterskor som deltog upplevde det ändå meningsfullt trots att de inte ansåg att de kunde bidra med värdefulla synpunkter. *"... det undrar jag än idag, faktiskt. Jag vet inte riktigt vad jag hade där att göra"*.

Arbetet uppfattades av några diffust organiserat. Respondenterna upplevde att de förväntades delta i en revidering av en tidigare rangordningslista vars ursprung de inte kände till.

Utifrån denna tidigare lista värderades åtgärder ur patientnyttoperspektiv. Angående patientnytta och hälsoekonomiska konsekvenser fördes ständigt etiska diskussioner på någon arbetsplats. Vinster av åtgärder diskuterades men där var sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder inte inkluderade. Beslut om rangordning togs ytterst av läkargruppen.

Några respondenter som kom med sent i processen i sina respektive arbetsgrupper upplevde att det förekom möten som de inte var kallade till och mejlkontakt där de inte var inbjudna att lämna synpunkter. Detta bidrog till känslor av utanförskap, bristande delaktighet, engagemang och antagande av en passiv roll vilket blev ett hinder i det fortsatta arbetet. Mera systematiska diskussioner förekom förmodligen vid läkarmöten där annan personal inte deltog, uttrycker en sjuksköterska. Dessutom uttrycktes misstankar om att kommunikation mellan politiker och vissa arbetsgrupper kan ha förekommit och påverkat resultatet så att en värtalig företrädare för en grupp kunnat få bättre ekonomi för sin egen patientgrupp.

Ett område som var i fokus under arbetet var primär- kontra slutenvårdens ansvar kopplat till patientnyttan, d v s att åtgärden dels skulle genomföras på adekvat vårdnivå och dels ge högsta patientnytta. Det förekom situationer där patienter inte blev korrekt bedömda och vård inte gavs på optimal vårdnivå med resultatet att patientnyttan således inte blev optimal. Även resurser, kompetens och etiska frågor lyftes, där dietisten ansåg att den helhetssyn som hon och sjuksköterskor kunnat bidra med saknades.

Många rangordningsbeslut togs utan att hela teamet hade deltagit och då upplevdes det som att helhetssynen på patientens situation inte tagits i beaktande. *”... jag tycker det är konstigt att inte vi i teamet får vara med mer i själva prioriteringarna, eftersom vi träffar de här patienterna”*

Uppfattningen att besluten förmodligen togs på en högre nivå, så att inte heller klinikchefen hade möjlighet att påverka, framfördes av sjuksköterskor. Detta skulle i så fall innebära att de som tog besluten var personer som själva saknade direkta vårdkontakter med den aktuella patientgruppen som var föremål för prioriteringen. Grupperna varierade från att vara multiprofessionella grupper till att i något fall, efter spänningar och bevakning av *”egna”* områden i gruppen, övergå till en *”enmansutredning”* bestående av en chef. Beskrivning finns även av utveckling av en informell beredande grupp inom gruppen, vilket skapade en känsla av utanförskap hos övriga gruppmedlemmar.

”... De liksom jobbade ju som en liten grupp inom gruppen och sedan eventuellt med hjälp av andra läkarkollegor framför allt, och redovisade det här för oss”

Detta arbetssätt resulterade i bristande möjlighet att påverka för dem som inte var delaktiga i den förberedande gruppen.

I en prioriteringsgrupp var arbetsmaterialet under arbetets gång ”*hemligt*”. Rangordningslistor fick enligt gruppens ledare inte visas för någon under pågående arbete, när arbetet avslutats skulle dokumenten kastas, vilket några respondenter upplevde som märkligt och som ett beslut de inte kunde påverka. Hemlighållande av innehåll i dokumentet motiverades med att det ”... *var hett och skulle kunna bli fel, om listorna kom ut för tidigt*”. Det var dock tillåtet att diskutera rangordning med kollegor.

3.3.4 Upplevelse av kunskapsbrist

Kunskapsbrist upplevdes utgöra en svårighet för delaktighet i rangordningsarbetet på två sätt. Dels kunde det handla om upplevd kunskapsbrist hos omvårdnads- eller rehabiliteringspersonal själva och dels uppfattades kunskapsbrist finnas hos beslutsfattarna/politikerna vad gällde prioriteringsbeslut inom omvårdnads- eller rehabiliteringsområdet.

Det ansågs vara ett avancerat uppdrag att aktivt delta i rangordningsarbetet. Utifrån den position som t ex sjuksköterskor har i avdelnings- eller mottagningsarbete kände respondenterna att det saknades förutsättningar att överblicka patientbehov, patientnytta och hälsoekonomiska aspekter av olika åtgärder. Alla sjuksköterskor upplevde det svårt att argumentera när diskussionen utgick från vetenskaplig evidens. Några sjuksköterskor menade att de fick utrymme när de ville föra fram synpunkter men att det på grund av bristande vetenskaplig kompetens var svårt att diskutera och få genomslag för sina synpunkter. Det framkom att det finns sjuksköterskor som har åsikten om att bedömning av det vetenskapliga faktaunderlaget endast hör till läkarens ansvar.

Kunskapsbrist uppfattades finnas även hos politiker. En frustration uttrycktes hos alla arbetsterapeuter över att politikerbeslut kan få konsekvenser som innebär att patienter inte kan få tillgång till insatser som de har nytta av. Arbetsterapeuterna ansåg att en del politikerbeslut som direkt påverkar vården kunde resultera i ökad risk för att patienten försämrades med ytterligare vårdbehov som konsekvens. Det exempel som togs upp var patienters möjlighet att låna rullator, vilket påverkar grad av aktivitet, fysisk styrka och i förlängningen prevention av fallrisk. Även brist på andra hjälpmedel kunde få liknande konsekvenser med inskränkt självständighet och försämrad livskvalitet som följd. Patienter med svag ekonomi ansågs drabbas särskilt svårt. Arbetsterapeuter ansåg att de inte kunde nå sina medicinska mål utan möjligheten att kunna få lämna ut hjälpmedel kostnadsfritt.

Liknande situationer beskrevs bland sjukgymnaster, när politikernas prioriteringar inte stämde överens med den evidens som fanns tillgänglig för sjukgymnastiska åtgärder.

”... Det politikerna vill att vi ska prioritera går lite grand stick i stäv med vad vi medicinskt kan göra grundat på forskning ”

På grund av detta dilemma, med politikerbeslut som medförde begränsning av utbud och inte stämde överens med evidens för god effekt av olika sjukgymnastiska behandlingar, beslutade en grupp sjukgymnaster att gå emot det politiska beslutet. Gruppen valde istället därför enbart att följa det vetenskapliga underlaget för åtgärden ifråga vid upprättande av rangordningslistan. Gruppen ansåg t ex att tidig sekundärprevention gav bäst patientnytta och måste prioriteras.

3.4 Tillämpning av rangordningslistan

3.4.1 Svag implementering

Respondenterna beskrev varierande svårigheter vid tillämpning av rangordningslistor i den kliniska vardagen. Något egentligt implementeringsarbete kände respondenterna inte till. Det framkom åsikter om att prioriteringsarbetet i sig inte medförde någon förändring i praktiken, utan det kliniska arbetet genomfördes på samma sätt som före arbetet med rangordningslistor, trots att mycket tid och resurser lagts ner.

En sjuksköterska menade att hon själv inte tillämpar resultatet men hoppas att *”de gör det”*, med hänvisning till läkargruppen på kliniken. Rangordningslistan upplevdes *”leva sitt eget liv”* vid sidan av det dagliga kliniska arbetet. En sjuksköterska menade att när det inte längre finns resurser uppstod en negativ spiral med risk för *”tillbakaveckling”* istället för att utveckling, dvs en tillbakagång till tidigare arbetssätt.

I det fall där sjukgymnastiska åtgärder uppgraderats i en rangordningslista inom slutenvård har det trots detta inte inneburit något förändrat arbetssätt, läkargruppen hade störst *”makt”* vid val av åtgärd, även om åtgärd av icke-farmakologiskt slag var aktuellt.

3.4.2 Bristande passform

I en annan verksamhet (arbetsterapeutens) gjordes prioriteringar utifrån individuell riskanalys, d v s analys av patientens risk att försämrans i relation till andra patienters risk för försämring, då bedömningsinstrument för riskanalys användes.

Öppenhet gällande rangordning fanns inom sjukgymnastgruppen men det var osäkert om läkargruppen som skrev remisser kände till rangordningen. Rangordningslistan var inte offentliggjord och ledningen hade inte tydligt tagit ställning till vad som skulle rangordnas lågt. Dagligen tvingas personalen välja bort patienter. Ett alternativ som borde finnas är att i sådana situationer kunna rekommendera patienten att söka privat sjukgymnast. Ett etiskt dilemma var enligt en sjukgymnast när patienter hör av sig och efterfrågar en åtgärd som rangordnats till nivå fyra innebärande att vård inte erbjuds.

”... Man kände att det skapade ganska mycket andra frågor, som man skulle vilja fortsätta med”

Känslan var att patienter gavs dubbla budskap, dels om rättighet till vård inom en bestämd tidsperiod och dels om det faktum att resurserna inte räckte till för att nå målet. Tydliga riktlinjer från chefsnivå efterfrågades för att underlätta kommunikation om vilka riktlinjer som gäller.

Omprövningar av prioriteringsbeslut kommer att bli nödvändigt när privata vårdalternativ och privata försäkringar finns, menade en sjukgymnast. Patienter som behöver eftervård efter t ex en operation inom privat vård blir allt vanligare. En ovisshet kring nya upphandlingar och vad det kunde innebära för prioriteringar av olika patientgrupper. Risk för obalans mellan slutenvård och primärvård beskrevs och om inte alla tilldelas resurser var upplevelsen att uppföljning av patienter inom primärvård skulle komma att försämrans. Vissa synpunkter på den egna yrkesgruppens arbetssätt framfördes, t ex tog en sjukgymnast upp att sjukgymnaster kanske skulle kunna arbeta mer med patienter i grupp, vilket skulle spara resurser.

3.4.3 Trygghet i kliniskt beslutsfattande

De dokument för rangordning som tagits fram av arbetsterapeuter och sjukgymnaster uppfattades inom denna grupp som helt öppna både för kollegor och allmänheten, möjliga att tillämpa på ett systematiskt sätt och upplevdes som en trygghet i kliniska beslut.

”... det är inget jag går och tittar i jämt, utan jag har det med mig ändå”

Listan hade dock störst betydelse i tveksamma kliniska situationer och för nyanställda, då det kan kännas tryggt att ha en prioriteringsordning som stöd för sina beslut. Tveksamma fall diskuterades ofta med kollegor vilket också uppfattades som en styrka.

Tillämpning av rangordningslistan innebar ökad tydlighet avseende prioriteringar. Det upplevdes också innebära ökad tydlighet kring att kliniska beslut ska grundas på evidens och beprövad erfarenhet.

Inom primärvården gjordes bedömning av varje remiss liksom tidigare systematiskt utifrån tidigare rangordningslista. Inom slutenvården fanns en något annorlunda uppfattning angående tillämpning; den tillämpning man upplevt var av ekonomisk karaktär, som till exempel att patienten själv står för kostnaden för vissa hjälpmedel.

3.4.4 Öppenhet mot allmänheten

Arbetssterapeuter och sjukgymnaster ansåg att det bör finnas en viss öppenhet mot allmänheten om prioriteringar men att man inte bör offentliggöra exakt hur rangordning sker då det upplevdes kunna skapa kritik. Å andra sidan menade någon att det dokument som fanns skulle kunna lämnas ut om någon efterfrågar det: ”... *inte så att det går att läsa på någon hemsida, men är det någon patient som specifikt frågar så är det inget hemligt*”

Tydlighet gentemot allmänheten, om att de med svårast sjukdom ges vård i första hand, upplevdes kunna leda till en känsla av trygghet hos patienter och medborgare.

”... *ja, alltså när patienter ringer och man kanske då inte kan ge en tid till en prio 1, ber man den patienten att ringa imorgon, och förhoppningsvis har det kommit en ny akuttid*”

Några sjuksköterskor menade att det är väsentligt att engagera patientföreningar i processen.

”... *jag tror ändå att man måste ha ett förberedelsearbete på klinikerna först, sedan naturligtvis ta med olika patientgrupper, det är väl det viktigaste, det måste man göra*”

3.5 Utveckling av prioriteringsarbete

Flera förslag framkom på hur ett fortsatt prioriteringsarbete skulle kunna organiseras. Respondenterna var överens om att ansvar för prioriteringar ytterst ligger hos politiker men även att chefer på olika nivåer och den egna yrkesgruppen har ansvar i dagligen förekommande patientnära prioriteringar.

Väl förberedda multiprofessionella grupper med uppdrag att utgå ifrån helhetssyn och patientfokuserad vård och med tid avsatt för reflektion ansågs vara ett bra arbetssätt. Det ansågs också betydelsefullt att all personal i verksamheten ska ges möjlighet att vara delaktig vilket torde medföra ökat engagemang och underlätta implementeringen av resultatet. Vidare ansågs att stödet från den egna yrkesgruppen kunde förbättras genom att flera personer från samma yrkesgrupp finns med i prioriteringsdiskussionerna. På så sätt kan den egna yrkesgruppens specifika arbetsinsats komma att värderas högre.

För att nå målet ”... *lika vård på lika villkor*” kommer det i framtiden bli allt viktigare med samverkan i hela landstinget, dvs en samverkan mellan centrala, östra och västra delarna, menade flera respondenter. Flera sjuksköterskor uttryckte att dialog om prioriteringar, etiska dilemman, rättvisa och helhetssyn i vård och omsorg skulle underlättas och dubbelarbete skulle minska om landsting och kommun fanns inom samma organisation.

Tydlighet i uppdraget ses som en förutsättning för fortsatt arbete med prioriteringar. Därutöver skulle medverkan av en handledare med god kunskap om prioriteringsmetodik underlätta prioriteringsgruppernas arbete. Prioriteringscentrum har enligt respondenterna inte varit särskilt synligt för dem. Det borde tydligt framgå att Prioriteringscentrum kan bidra med stöd och kunskap.

”... *man får nya tankar och nya idéer ... att tänka ett steg till*”

En arbetsterapeut menade att hälso- och sjukvårdspersonal är mera mogna att diskutera prioriteringar idag. Denne menade att det skulle vara lättare att utgå från existerande vårdprogram än att arbeta med hela sjukdomsgrupper som var fallet tidigare. Den ekonomiska situationen i landstinget och ständig publicering av ny vetenskaplig evidens utgör en anledning till återkommande översyn av förekommande rangordningslistor. Vidare framfördes det att i samband med nästa prioriteringsomgång borde också allmänheten få vara med alternativt informeras om vilka prioriteringar som är aktuella. Detta kunde förebygga felaktiga föreställningar om sjukvårdens resurser och minska eventuellt orimliga förväntningar.

4. DISKUSSION

4.1 Konsekvenser av direktiv för uppdraget

När kontakt togs med de centrumchefer/utsedda personer som ansvarade för rangordningslistorna visade det sig att det på de flesta enheter endast varit läkargruppen som deltagit i arbete med prioriteringar och upprättande av rangordningslistor. Eftersom uppdraget var att representanter för hela vårdkedjan skulle delta (Landstinget i Östergötland 2008) kan det tyckas märkligt att inte fler personer förutom läkare deltagit än som varit fallet. En trolig förklaring är att traditioner och strukturer motverkar tvärprofessionellt arbete. Bland annat finns det skillnader i vetenskaplig tradition, där den medicinska vetenskapen är betydligt äldre och har företräde i jämförelse med nyare kunskapsområden.

Samtliga respondenter var överens om att syfte och direktiv för uppdraget var diffust. Att de i så liten utsträckning kände till att det fanns en modell/direktiv att arbeta efter är anmärkningsvärt. På grund av bristfälliga direktiv gick det åt mycket tid för att förstå uppdraget vilket skapade frustration bland respondenterna; vars ambition var att förstå och genomföra uppdraget på ett tydligt och tillämpligt sätt. Några uttryckte också att de saknade återkoppling från ledningen. Erfarenheter som dessa kan ligga till grund för att ett framtida uppdrag blir tydligare och att den använda arbetsmodellen presenteras med tydliga exempel från kliniska situationer.

Antalet sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietister som varit delaktiga var i relation till antal anställda i vården mycket få. Konsekvenserna blev att dessa gruppers bidrag med sin professions syn på rangordning inte blev synliggjorda i de multiprofessionella grupperna. Frågan är om en helhetssyn vid rangordning verkligen kan åberopas när många yrkesgrupper inte alls var representerade.

Enligt Socialstyrelsen ska hälso- och sjukvården präglas av ett långsiktigt patientorienterat arbetssätt där samtliga medarbetare ska vara delaktiga (Socialstyrelsen 2006). En multiprofessionell grupp borde kunna förmedla ett bredare behovsperspektiv än en enda yrkesgrupp kan förväntas göra. Den multiprofessionella gruppkonstellationen borde vara speciellt viktig vid rangordning av åtgärder där olika professioner nära samarbetar team.

En rangordning utifrån flera professioners perspektiv hade antagligen möjliggjort en bredare behovsanalys utgående från både rehabiliterings- och medicinska åtgärder. Med respekt för alla professioners kompetens kan det finnas bättre förutsättningar att behov ur ett bredare perspektiv beaktas.

4.2 Delaktighet i prioriteringsarbetet

Flera av de sjuksköterskor som medverkade upplevde utanförskap i sina respektive prioriteringsgrupper. Några misstänkte att det förekom möten där de inte varit inbjudna och det föranledde kritiska tankar om den egna betydelsen i processen. Omvårdnadspersonal har i tidigare studier framfört åsikten att ledaren är den person som förväntas ta ansvar för att specifika diskussioner om prioriteringar förs och i linje med detta även ansvara för resursutnyttjande på arbetsplatsen (Karlsson m fl 2005) så att alla har möjlighet att aktivt delta.

En sjuksköterska uppfattade att dagliga prioriteringar gjordes med stöd av vetenskaplig kunskap, patientens hälsotillstånd och provtagningsresultat, medan rangordningslistan uppfattades ”... *leva ett eget liv*”. Om så är fallet i praktiken är svårt att bedöma, det kan vara så att en rangordningslista används som stöd vid medicinska beslut utan att sjuksköterskor har kunskap om detta.

Bland arbetsterapeuter och sjukgymnaster i primärvården fanns en betydligt högre grad av delaktighet, grupperna bestod av deltagare från liknande arbetsplatser, det var endast en yrkesgrupp representerad i respektive grupp och alla medlemmar var delaktiga i besluten. Troligen påverkades grupperna positivt av att arbetsterapeuter och sjukgymnaster i primärvården arbetar lika och att patientgrupperna är homogena. Å andra sidan kan rangordningsarbete i icke multiprofessionella grupper medföra bristande helhetssyn.

Ett sätt att öka delaktighet och motverka känsla av utanförskap kan vara att arbeta systematiskt med öppna prioriteringar efter den nationella prioriteringsmodellen som visat sig vara användbar även inom icke-medicinska områden. En möjlighet att stimulera till rangordning av omvårdnadsåtgärder kan vara att dra nytta av resultat i de projekt där den nationella modellen för vertikala prioriteringar prövats i Gällivare, Umeå, Stockholm och Kalmar (Jacobsson 2006; Ahlström m fl 2008). Ytterligare en studie inom omvårdnad och rehabilitering bekräftar att den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar är användbar för att få kunskap om och förstå bakomliggande resonemang om prioriteringar och hur modellen kan tillämpas i den egna verksamheten.

Dessutom framkom att processen medförde en större förståelse för olika professioners kompetens och detta underlättade fokusering på patientens behov (Engström 2009).

För att stödja sjuksköterskors delaktighet och möjliggöra rangordning av omvårdnadsinsatser behövs riktad utbildning för sjuksköterskor. Denna bör syfta till att dels skapa en större förståelse för den nationella modellen för vertikala prioriteringar och dels förmedla kunskap om hur den rangordning som arbetats fram kan tillämpas inom omvårdnad (Engström 2009). En central fråga är hur sådana utbildningar ska kunna organiseras.

4.3 Klinisk tillämpning av prioriteringar

I de fall där en tydlig tillämpning av prioriteringar efter konsensus i gruppen fanns, fanns en trygghet i beslut som togs. Rangordningslistan tycktes i viss utsträckning tillämpas som grund för att på ett systematiskt sätt vägleda beslut i vården - speciellt bland arbetsterapeuter och sjukgymnaster i primärvård. Dessa grupper menade att de själva har ett ansvar för att arbeta fram en rangordningslista som är tillämpbar i de dagliga kliniska besluten. Några arbetsterapeuter och sjukgymnaster var oroliga över att politikerbeslut ibland inte är grundade i helhetssyn. Konsekvenser av sådana beslut sågs kunna resultera i hälsorisk för befolkningen och i att professionerna inte kunde nå sina mål.

Liknande resultat där oro uttrycktes över att politiker kunde misstolka prioriteringslistor och styra alltför detaljerat framkom vid ett metodförsök med tillämpning av en prioriteringsmodell i Kalmar län bland rehabiliteringspersonal (Ahlström m fl 2008). Enligt en kartläggning av prioriteringsarbete 2007 framkom att sjukvårdspersonal tog stort ansvar för prioriteringar och att politikerns deltagande då var begränsat (Carlsson m fl 2007) vilket kan stödja förklaringen av den oro som sjukvårdspersonal upplevt. Frågan är hur den här typen av olikheter i uppfattningar mellan verksamheten och politiker ska hanteras? En slutsats är att för vissa prioriteringsdiskussioner, kanske för alla, räcker det inte med att diskutera i multiprofessionella grupper utan det krävs en förtroendefull och öppen dialog mellan verksamheten och politiker.

Det finns också exempel på arbetsplatser där prioriteringslistorna inte kommit till användning; vilket kan föranleda en fråga om vem som bär ansvar för detta. Vem har ansvar för att ett utvecklingsarbete som tagit resurser i anspråk inte kommer till nytta i vården?

Varför har inte resultaten formulerats så att tillämpning är möjlig och hur kan det komma sig att personer som deltagit i rangordningsarbete inte vet något om dess tillämpning? Möjligen kan bristande tillämpning vara relaterat till otydligt beskrivet syfte med uppdraget.

Det kan också bero på att det medicinska perspektivet varit så dominerande att omvårdnadsperspektivet inte synliggjorts. Möjligen kan samband finnas med återkoppling från och om resultat överhuvudtaget har efterfrågats av den politiska ledningen, produktionsenhetschef, klinikledning eller kollegor. Kontinuerlig uppföljning av verksamhet med mätbara mål är enligt Socialstyrelsen en betydelsefull grund också för patienters förtroende för vården (Socialstyrelsen 2006).

Det kan även finnas strukturella hinder som motverkar både genomförande och tillämpning av systematiska prioriteringar. Ett exempel kan vara att, som några sjuksköterskor uttrycker, dubbelarbete skulle minska om ”... *alla fanns inom samma organisation*”, och då särskilt om en gemensam systematiserad metod används. Delat ansvar mellan två huvudmän innebär att många patienter finns kvar inom specialistvården i väntan på annan vårdform. Dessa patienters behov kan då inte ransoneras av sjuksköterskor trots att de inte är i behov av specialistvård, ett problem som troligen resulterar i att resurser inte används optimalt – något som även framkom i en intervjustudie med vårdpersonal i Lycksele och Halmstad (Karlsson m fl 2005). Sjuksköterskor saknar idag stöd för prioriteringar i relation till denna problematiska situation som anses vara vanligt förekommande.

I intervjuerna framkom tydligt att yrkesgrupper som ansåg sig arbeta självständigt, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, både tog ansvar för rangordning, formulering av en rangordningslista så att den blev tillämpbar och tillämpning av resultatet i det dagliga arbetet. Frågan återstår då varför sjuksköterskor, särskilt inom slutenvård, inte har kännedom om i vilken utsträckning resultatet används. Den komplexitet som omvårdnadsarbetet karaktäriseras av kan vara en förklaring till att omvårdnadsåtgärder inte inkluderades i rangordningslistor. En annan reflektion är huruvida omvårdnadens fundamentala delar; patientens grundläggande behov, är möjliga att rangordna? Frågan är om det går att systematisera den rangordning och prioritering som sker dagligen i den kliniska vården?

Ytterligare en reflektion är om basala omvårdnadsbehov är möjliga att beforska, kan evidens någonsin finnas i så stor utsträckning som krävs som vägledning för vilka behov som kan väljas bort/ransoneras? Andra tänkbara förklaringar är att omfånget för rangordningen blev för omfattande eller att brister i återkoppling och uppföljning av resultaten fick negativa konsekvenser.

Att det finns ett eget ansvar inom yrkesgruppen för att göra öppna prioriteringar uttrycktes inte särskilt tydligt bland sjuksköterskor. Detta kan vara ett resultat av att varken klinikledning eller vårdchef inbjudit, avsatt resurser till eller ställt krav på sjuksköterskor att aktivt delta i prioriteringsarbete.

Konsekvensen av att sjuksköterskorna inte mer aktivt trädde fram för att bevaka omvårdnadsområdet i prioriteringsarbetet är att dessa åtgärder inte syns i de rangordningslistor som tagits fram; vilket resulterat i att konkret tillämpning inte möjliggjorts. Hur ser sjuksköterskor på sin egen professionella identitet och hur kan tradition ha påverkat utveckling till autonoma sjuksköterskor? Om det finns brister i tolkningen av dokument som beskriver sjuksköterskans ansvarsområde där ansvar att driva utvecklingsarbete framgår (Socialstyrelsen 2005), finns det en risk att den egna professionens kunskap undervärderas.

Det framkom tydligt att arbetsterapeuter och sjukgymnaster i högre grad än sjuksköterskor uppfattar att man har ett eget ansvar för att arbeta på evidensbaserad grund. Möjligen kan skillnaden förklaras av att arbetsterapeuter och sjukgymnaster har ett mera avgränsat åtgärdsinriktat uppdrag jämfört med sjuksköterskor som nästan alltid arbetar utifrån helheten och i team där ansvaret är delat med andra yrkesgrupper och inte lika tydligt avgränsat.

Upplevelsen av att det är svårt att överblicka den vetenskapliga litteraturen om patientnytta och kostnadsnytta beskrivs av sjuksköterskor, vilket bekräftas i en tidigare studie där sjuksköterskor menar att det både är en börda och en utmaning att prioritera (Jacobsson m fl 2004). Det framkom i en studie av sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar att prioriteringar ständigt görs under en arbetsdag och att som grund för prioriteringar beskrivs svår sjukdom, behov, patientens ålder, evidens, erfarenhet och grundade i intuition (Jacobsson m fl 2004). Sjuksköterskor med högre akademisk nivå/specialistutbildning och/eller eget ansvarsområde är i högre grad medvetna om sitt egenansvar för att arbeta evidensbaserat som en naturlig del av arbetet.

4.4 Förutsättningar för utveckling av prioriteringar

En rad kreativa förslag till framtida utveckling av prioriteringsarbete lämnas i resultatet av denna studie. Förslag om öppenhet gentemot befolkningen lyftes fram som en framkomlig väg där politiker och professionella företrädare från olika yrkesgrupper tillsammans med företrädare för befolkningen skulle utgöra en mera trovärdig grupp i rangordningsarbetet än grupper bestående av enbart professionella företrädare.

Dessa tankar stöds dels av en tidigare studie bland personal i primärvården (Mårtensson m fl 2006) och dels av Socialdepartementet som menar att prioritering och rangordning ska ske med stor öppenhet så att diskussion och kritiskt ifrågasättande kan ske. Öppenheten ska gälla både huvudmännen, den egna organisationen och gentemot allmänheten (Socialdepartementet 1996/97). Vid en intervjustudie med politiker, tjänstemän och vårdchefer på olika högre nivåer framkom dock kluvenhet angående allmänhetens efterfrågan gällande öppenhet vid svåra beslut i vården (PrioriteringsCentrum 2007). Således finns motstridiga uppfattningar om öppenhet; men en ökad delaktighet från medborgarnas sida i prioriteringsarbete kan möjligen öka förståelsen för sjukvårdens bristande resurser.

Enligt riktlinjer för evidensbaserad vård ska vårdbeslut vila på evidens och beprövad erfarenhet tillsammans med patientens egna önskemål (Willman m fl 2006). Det innebär att flera olika underlag måste användas i kliniska vårdbeslut. Sjukvårdspersonalens kliniska erfarenhet och den enskilda patientens unika situation och upplevelse är kunskapskällor som tillsammans med evidens ska utgöra grund för beslut (Bahtesvani m fl 2006; Levi m fl 2008; Willman 2009). Genom dessa hänsynstaganden kommer patientens delaktighet att öka

I en studie av delaktighet i medicinska beslut har det visats att patienter hade höga förväntningar på delaktighet men de var inte tillfreds med verklig upplevd delaktighet (Golin m fl 2002). Delaktighet i vårdbeslut kan kanske förstärkas genom kommunikation med patienten så att patientens önskan om delaktighet i beslut efterfrågas i högre grad. Sjukgymnaster i primärvård beskrev hur de ofta måste "försvara" sin prioritering i diskussion med patienter. Kunskap om patientens egen önskan i ett vårdbeslut skulle möjligen kunna underlätta prioriteringar i vården, det är inte alltid säkert att patienten förväntar sig att bli högt prioriterad. Även en enskild medborgare kan inse att någon annan har större behov eller nytta av vård.

Tillvaratagande av patientens egenvårdsförmåga lyfts fram av politiker, tjänstemän och vårdchefer i en tidigare studie (PrioriteringsCentrum 2007). Ett beslut taget tillsammans med patienten borde stödja motivation till följsamhet och egenvård, ett område som några respondenter ibland upplevde som bristande bland patienter och som föranledde diskussion om hur en patient med låg grad av följsamhet skulle prioriteras utifrån eget ansvar för hälsan.

För att lyckas med framtida prioriteringsarbete och systematisk tillämpning av rangordningslistor måste framför allt sjuksköterskors värdering av den egna professionen diskuteras; hur de uppfattar sin roll och sitt ansvar för omvårdnad, i relation till andra yrkesgruppers yrkesansvar (Jaarsma m fl 2009).

Om den blir för begränsad till den enskilda patientens vård finns risk att sjuksköterskan kommer att ha en marginell roll vid framtagning av riktlinjer. Samverkan i team med andra yrkesgrupper är en av de sex kärnkompetenser som identifierats som nödvändiga hos personer som ska arbeta i framtida hälso- och sjukvård, där vården fokuserar på vårddagarens situation i team över disciplinränderna (Svensk sjuksköterskeförening 2008).

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster klargör tydligt att de har behov av riktlinjer i form av en prioriteringslista i sitt dagliga arbete, och därmed blir ansvaret för aktiv delaktighet i att utveckla en prioriteringslista självklart. Frågan är varför evidens och vetenskap ses som en läkaruppgift bland sjuksköterskor idag när sjuksköterskan precis som arbetsterapeuten, sjukgymnasten och dietisten har en akademisk utbildning med stor autonomi. Sjuksköterskor arbetar ofta i team och troligen behöver hela teamet stöd i att utveckla ett evidensbaserat och systematiskt arbetssätt och praktiska redskap för att rangordna de dagliga prioriteringar som görs för att därefter kunna tillämpa dem systematiskt.

Förutsättningen för att prioriteringar på systematisk grund ska tillämpas i den dagliga vården är troligen att sjuksköterskor själva tar initiativ och begär stöd. I en studie om patientnära prioriteringar framkommer att sjuksköterskor ibland gjorde olika bedömningar av en situation med olika prioriteringar som följd och ibland var underordnade ett beslut utan att ha varit delaktig i beslutet (Jacobsson m fl 2004). Preferenser inkluderande etiska koder, den nationella etiska plattformen, evidens och beprövad erfarenhet var bland arbetsterapeuter grunden för rangordning vid olika bedömning av en situation, vilket borde tas tillvara av andra grupper och ses som en styrka för att komma till konsensus vid en diskussion.

Möjligheter att utifrån sin yrkesroll arbeta systematiskt med prioriteringar kan också vara relaterade till det ”klimat” som finns på arbetsplatsen. Vilka förväntningar som finns från ledning eller kollegor, vad som är accepterat eller inte accepterat. I intervjuerna framkommer att rangordningslistor i vissa fall inte efterfrågats av chefer och följaktligen inte tillämpas. I studien av patientnära prioriteringar framkom vidare ett behov av gemensam diskussion när svåra beslut skulle fattas (Jacobsson m fl 2004) vilket kan tyda på ett behov av att hela teamet samlas för diskussion och reflektion. En diskussion som ofta tangerar etiska dilemman där den etiska plattformen borde utgöra en grund för diskussionen. Här skulle, som en sjuksköterska för fram, också en för arbetsplatsen gemensam etisk värdegrund komma till nytta.

Studien visar på behov av professionell handledning med reflektion utifrån en helhetssyn och ett evidensbaserat och systematiskt arbetssätt.

Liknande behov av stöd vid rangordning i form av en projektledare med kunskap om vertikal prioritering och högt förtroende i den egna gruppen efterfrågas av en tvärprofessionell grupp (sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) som deltagit i rangordning av insatser inom strokevård (Engström 2009).

Vidare anges tidsbrist som ett hinder, då prioriteringsarbete tar tid från patientarbetet. Utifrån detta perspektiv och personalreduceringar kan en reflektion göras om huruvida systematiskt arbete blir än mera väsentligt för att nå Socialstyrelsens (Socialstyrelsen 2006) och landstingets mål; hög vårdkvalitet och patientsäkerhet. Ett systematiskt arbete borde kunna frigöra tid.

En respondent menade att tiden nu är mogen för mera öppna prioriteringar av flera orsaker. Utöver ekonomisk ransonering p g a ekonomiska begränsningar ser denne ständigt växande evidens som ett viktigt skäl. Befolkningens kunskap och relativt nära tillgänglighet till evidensbaserad kunskap medför också ett krav på regelbunden uppföljning av rangordning av ohälsotillstånd och åtgärder inom samtliga områden inom vård och omsorg (Socialstyrelsen 2006). Dessutom måste processer för att få tillgång till evidensbaserad kunskap utvecklas, till exempel genom anställning av personal med vetenskaplig kompetens inom alla yrkesgrupper, som kan handleda andra i utveckling av evidensbaserade åtgärder.

5. SLUTSATSER

Nedan följer författarnas korta slutsatser från denna intervjustudie. De består i dels vad studien visar genom intervjuerna samt dels några framtida rekommendationer som framförts av respondenterna.

Delaktighet

- Endast 20 sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietister hade deltagit i upprättade av rangordningslistor.

Underlättande faktorer

- Att resultat av rangordningsarbetet efterfrågas av politisk ledning och verksamhetschefer för att prioriteringsarbetet ska komma till användning.
- Aktiv delaktighet och tillvaratagande av olika professioners specifika kompetens i rangordning av åtgärder måste värderas om ett brett behovsperspektiv ska tillgodoses.

Försvårande faktorer

- Oklart uppdrag som syftade till framtagning av öppna prioriteringar.
- Obefintlig eller ogenomtänkt uppföljning. En plan för utvärdering av rangordningsarbetet saknades.

Förslag till åtgärder som framkommit

- Rangordning av varje professions specifika åtgärder måste utvecklas i samverkan med övriga professioner i teamet för att tillämpning ska vara möjlig.
- Vårdbeslut måste grundas i evidens, beprövad erfarenhet och patientens egna önskemål.
- Professioner med specialistutbildning eller specialistuppdrag har tydligare fokus på att arbeta evidensbaserat vilket är en förutsättning för rangordningsarbete.
- Riktade utbildningsinsatser inom omvårdnad och rehabilitering behövs för att tillämpning av öppna prioriteringar utgående från den nationella modellen ska bli möjligt.

REFERENSER

- Ahlström M, Blome´ 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.
- Bahtesvani C, Willman A, Rohlin M, Levi R. 2006. Evidensbaserad vård - att använda vetenskaplig kunskap i det dagliga arbetet. Omvårdnadsmagasinet, 5, 18-22.
- 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, Lindroth K, Carlsson P. Öppna prioriteringar i Östergötland. Del II. Massmediernas rapportering av beslutsprocessen. Rapport 2005:7. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Bäckman K, Karlsson E, Carlsson P. Öppna prioriteringar i Östergötland. Del III. Uppföljning av de politiska besluten – hur gick det sedan? Rapport 2006:3. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Bäckman K, Carlsson P, Nedlund A-C, Garpenby P. 2008. Erfarenheter av öppna politiska prioriteringar. Uppföljning av prioriteringar i Östergötland efter fyra år. Rapport 2008:6. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Carlsson P, Kärvinge K, Broquist M, Eklund K, Halldin B, Jacobsson C, Jacobsson Ekman G, Källgren C, Lindh M, Nordlander B, Rosén P, Sjöblom U, Sohlberg A, S. 2007. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport 2007:1. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Engström B. 2009. Tvärprofessionell prioritering inom strokevård med stöd av nationell modell för öppna vertikala prioriteringar. Ett samarbete mellan FSA, LSR, SSF och Vårdförbundet. Rapport 2009:3. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Golin C, DiMatteo R, Duan N, Leake B, Gelberg L. 2002. Improverished diabetic patients whose doctors facilitate their participation in medical decision making are more satisfied with their care. J Gen Intern Med, 17, 866-875.

Graneheim UH, Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Education Today*, 24, 105-112.

Hsieh H-F, Shannon SE. 2005. Three approaches to content analysis. *Qual Health Res*, 15 (9), 1277-1288.

1982. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:/63).

Jaarsma T, Strömberg A. 2009. Cardiovasculär nursing: More than being nice. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 8, 315.

Jacobsson C. 2006. Öppna prioriteringar inom omvårdnad - ett samarbetsprojekt med SSF och Vårdförbundet. Rapport 2006:5. Linköping, PrioriteringsCentrum.

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

Karlsson I, Lyren A-L. 2005. Prioriteringar i vårdens vardag - intervjustudie med vårdpersonal i Lycksele och Halmstad. Rapport 2005:6. Linköping, PrioriteringsCentrum.

Landstinget i Östergötland. 2006. Granskning av Hälso- och sjukvårdsnämndens prioriteringsarbete - effekter i verksamheten. Ledningsstabens kommentarer till revisionsrapporten. 2006-04-05. LiÖ 2006-234. Ledningsstaben. Linköping.

Landstinget i Östergötland. 2006. Granskning av Hälso- och sjukvårdsnämndens prioriteringsarbete - effekter i verksamheten. Landstinget i Östergötland. Revisionskrivelse. 2006-03-02. Landstingets revisorer. Linköping.

Landstinget i Östergötland. 2008. Riktlinjer för utformning av rangordningslista inom Landstinget i Östergötland 2008-2009. Ledningsstaben. Linköping.

Levi R, Rehnqvist N, Rosén M, Willman A. 2008. Evidens är ett verktyg för vården - inte ett slutmål! *Läkartidningen*, 105 (12-13), 918-919.

Liss P-E. 2004. Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvården begreppsanalys. Rapport 2004:9. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Mårtensson J, Carlsson P, Arvidsson E, Frank L, Lindström K, Borgqvist L. 2006. Erfarenheter, kunskap och inställning till prioriteringar - En intervjustudie med personal i primärvården. Rapport 2006:3. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Ogensjö E, Larsson A, Svensson K, Andlert E. 2006. Revisionsrapport. Granskning av Hälso- och sjukvårdsnämndens prioriteringsarbete - effekter i verksamheten. Landstinget i Östergötland 2006-03-02.. Linköping: Öhrlings Pricewaterhouse Coopers

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

Socialdepartementet. 1996/97. Regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prop 1996/97:60.

Socialstyrelsen. 2005. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm.

Socialstyrelsen. 2006. God vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm.

Socialstyrelsen. 2009. www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer, 2009. Nationella riktlinjer. Stockholm.

SOU. 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av prioritetsutredningen. Stockholm.

SOU. 2001:8. Prioriteringar i vården. Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen.

Svensk sjuksköterskeförening. 2008. Strategi för att utveckla vården. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

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

Willman A. 2009. Dags att tillämpa den lilla evidens vi har. Omvårdnadsmagasinet, 3, 39.

Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. 2006. Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet: Lund Studentlitteratur.

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: Förhållningssätt 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 *Arbetsterapeuter 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 och Per Johansson.

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

2008:1 *Kan rättvisa procedurer stärka förtroendet för prioriteringar?* Ann-Charlotte Nedlund och 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 och 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 och 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 och 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 och Ann-Charlotte Nedlund

2010:3 *Vilken betydelse har hälsoekonomi vid prioriteringar? – Ett experiment bland beslutsfattare och en analys av faktiska prioriteringar.* Sandra Erntoft, Christian Asseburg, Reed Johnson, Anders Anell och Ulf Persson

2011:1 *Öppna prioriteringar inom nya områden. Logopedi, nutritionsbedömning, habilitering och arbetsterapi.* Eva Andrén, Mats Andrén, Stefan Bragsjö, Karin Björkryd, Åsa Johansson, Anna-Karin Nilsson, Annette Tjernberg Nordlund, Birgitta Rosberg, Monica Ahlström, Ulla Pettersson, Mari Broqvist och Per Carlsson.

2011:2 *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Arbetet med att ta fram ett beslutsunderlag för prioritering och reflektioner kring hälsoekonomins roll.* Nathalie Eckard.

2011:3 *Hela teamets kompetens - Sjuksköterskors, sjukgymnasters och arbetsterapeuters erfarenheter av att delta i prioriteringsarbete .* Gunilla Hollman Frisman och Catrine Jacobsson.