

**Rättvisan finns i betraktarens öga  
- Röster från medborgare om rättvisa i vården**

*Mari Broqvist, Peter Garpenby*

**PrioriteringsCentrum**

**2007:6**

ISSN 1650-8475



## FÖRORD

Rättvisa har intresserat människor i alla tider. Ändå har det inte varit självklart att föreställningar om ”det goda samhället” kräver empiriska studier som visar hur allmänheten uppfattar olika aspekter av rättvisa. Rättvisa kan naturligtvis behandlas enbart teoretiskt (”vilken slags rättvisa kräver det goda samhället?”).

Vid fördelning av resurser i gemensamt finansierad hälso- och sjukvård förutsätts behovsprincipen spela en stor roll. Avvägning av resurser i denna sektor är dock komplicerad. Det finns goda skäl att tro att det är svårt att bli fullständigt överens i en demokrati om tolkningen av olika principer. Inom hälso- och sjukvårdens område, och då särskilt i anslutning till prioriteringar, har under senare år strategier som bygger på procedurrättvisa fått stor uppmärksamhet. Ursprunget till denna studie var tankar om att försöka ta reda på vilket stöd procedurrättvisa har i befolkningen i samband med prioritering av vård. Vi fann dock ganska snart att i en intervjustudie måste man närma sig dessa frågor genom att ta ett mer samlat grepp på uppfattningar om allmänhetens syn på rättvisa i vården.

När undersökningen påbörjades utgjorde den delstudie 3 i projektet ”Svåra beslut vid prioriteringar i hälso- och sjukvård – kan ’rättvisa processer’ stärka legitimiteten?” Ett projekt som bedrevs vid dåvarande Institutionen för hälsa och samhälle (IHS) på Linköpings universitet med stöd av *Det nationella forskningsprogrammet om sjukvårdens förändringar, Tema 2: Prioriteringar i praktiken (bakom forskningsprogrammet stod Landstingsförbundet och ett antal landsting och regioner)*.

Undersökningen har kunnat breddas till att omfatta rättvisa i stort i anslutning till vård genom stöd från PrioriteringsCentrum.

Vi vill först och främst tacka de representanter för allmänheten som deltagit i studiens olika faser, särskilt de personers som låtit sig intervjuas. Ni har givit oss stor insikt i hur man kan se på dessa svåra frågor.

Ett tack också till projektets olika finansiärer.

*Linköping oktober 2007*

*Peter Garpenby  
Mari Broqvist*



## SAMMANFATTNING

I så gott som alla relationer i samhället intar rättvisa en central plats. Att befolkningen kan uppfatta hälso- och sjukvårdens fördelningar och prioriteringar som ”rättvisa” framstår som avgörande för den solidariskt finansierade sjukvårdens fortlevnad. Problemområdet är därför av stor betydelse för vårdens huvudmän. Vi behöver dock mer kunskaper om hur allmänheten uppfattar detta. Hur ser rättviseuppfattningen ut hos allmänheten och varierar den från situation till situation?

Som ett första steg att närma sig dessa frågor har vi genomfört en intervjuundersökning bland den svenska allmänheten. Urvalet har skett enligt strategin maximal variation för att försöka fånga så många olika uppfattningar som möjligt. Det innebär att hänsyn tagits till standardvariabler som yrke, ålder, kön och etnicitet men att vi också har försökt att välja ut intervjupersoner med olika uppfattningar om rättvisa och beslutsfattande i vården. Det har skett genom en enkätundersökning om rättvisa och utifrån resultatet av denna har 14 personer valts ut och intervjuats. De uppfattningar om rättvisa och vård som framkommit i intervjuerna kan sammanfattas på följande sätt;

- Fenomenet rättvisa förstås som att något delas upp och fördelas mellan några på så sätt att ett resultat som uppfattas som positivt uppstår.
- Fördelning av vård, som denna undersökning i huvudsak handlar om, uppfattas som ett måste (utifrån resursbrist och oändliga behov). Intervjupersonerna menar också att det är möjligt och önskvärt med en omfördelning av resurser; mellan samhällssektorer, inom vården och från offentlig till egenfinansierad vård.
- I intervjuerna finns flera olika upplevelser (vilka intervjupersonerna menar kan vara formade av personlighet, personliga erfarenheter och samhällsnormer) av vad som är rättvisa vid fördelning av vård. Rättvisa kan innebära att alla får lika, t ex bemötande eller skyldigheter. Rättvisa kan också vara att lika får lika vård medan olika får olika vård. Det handlar då om att var och en ska få det den behöver eller vad han eller hon förtjänar (t ex den som försöker hålla sig frisk jämfört med den som riskerar sin hälsa). Att flertalet är nöjda kan också ses som en indikation på rättvisa.

## II

- I intervjuerna beskrivs också reaktioner på en orättvis fördelning av vård. Att stå tillbaka till förmån för andra kan accepteras av solidariska skäl medan egennytta, att vara sig själv närmast, uppfattas vara en motkraft till acceptans. Även känslor av tvingande resignation och självklar tillit till vården beskrivs liksom avsaknad av reaktion på en bristande insyn.
- Resonemangen om rättvisa principer för fördelning av vård handlar om personliga egenskaper, hälsotillstånd, behov, antal drabbade, behandlingsnytta, samhällsnytta, självförvållande och valmöjlighet.
- Rättvisa beslutsfattare vid fördelning av vård uppfattas vara personer med kompetens, personer som ser till helheten samt personer med rätt sinnelag som har en vilja att göra så rätt som möjligt, är pålitliga, oberoende och modiga.
- Rättvisa procedurer vid fördelning av vård uppfattas gå till på så sätt att det finns möjlighet att få insyn och förklaringar, att bli lyssnad till, att kunna välja mellan olika alternativ samt att beslut fattas gemensamt av vad som uppfattas som rimliga beslutsfattare.

Denna studie visar att det finns många olika sätt att se på rättvisa i vården. Vissa uppfattningar är situationsberoende medan andra är mer stabila i så måtto att inga motargument förs fram. Rättvisa i vården upplevs som något mycket viktigt och centralt. Medvetenheten om hur vårdens fördelning ser ut (resultat) och hur fördelningen går till (procedur) är däremot påfallande låg och försvårar de intervjuades möjlighet att bedöma svensk hälso- och sjukvård utifrån ett rättviseperspektiv. Vi har också märkt att uppfattningar ändras under intervjuernas gång på så sätt att de intervjuade uttrycker en ökad förståelse för komplexiteten i det som kan menas med rättvis vård och hur sådan kan uppnås. Bland annat tycks det som om förtroendet för politiker som beslutsfattare ökar efterhand som intervjun pågår. Det tycks med andra ord finnas förutsättningar för att med förhållandevis små insatser uppnå en större medvetenhet om och möjligen också acceptans för en politiskt styrd offentlig vårdsektor. Ett viktigt steg i den riktningen förefaller vara att beskriva vårdens avvägningsproblem för allmänheten mer utförligt än vad som hittills gjorts.

# INNEHÅLL

<b>1. INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 GEMENSAM FINANSIERING STÄLLER KRAV PÅ RÄTTVISA .....	1
1.2 OLIKA TEORIER OM RÄTTVISA .....	2
1.3 ATT STUDERA RÄTTVISA.....	4
1.4 VÅRA UTGÅNGSPUNKTER FÖR STUDIEN.....	5
1.5 SYFTE.....	5
<b>2. METOD</b> .....	<b>6</b>
2.1 URVAL AV INTERVJUPERSONER .....	6
2.1.1 Urval till enkätundersökning.....	7
2.1.2 Genomförande av enkätundersökning .....	7
2.1.3 Urval till intervjuerna .....	8
2.2 INTERVJUER.....	10
2.3 ANALYS AV INTERVJUERNA .....	11
2.4 PRÖVNING AV TROVÄRDIGHET .....	11
<b>3. UPPFATTNINGAR OM RÄTTVISA I SAMBAND MED FÖRDELNING AV VÅRD</b> .....	<b>13</b>
3.1 FENOMENET RÄTTVISA .....	14
3.2 FENOMENET FÖRDELNING AV VÅRD .....	15
3.2.1 Fördelning av vård som ett måste.....	16
3.2.2 Fördelning av vård som möjlig omfördelning .....	17
3.3 UPPFATTNINGAR OM RÄTTVISA RESULTAT VID FÖRDELNING AV VÅRD.....	20
3.3.1 Rättvis fördelning som en individuell upplevelse.....	20
3.3.2 Rättvis fördelning som en kollektiv upplevelse .....	21
3.3.3 Rättvis fördelning som att flest är nöjda.....	22
3.3.4 Rättvis fördelning som att alla får lika vård.....	23
3.3.5 Rättvis fördelning som att lika får lika vård medan olika får olika vård.....	24
3.4 REAKTIONER INFÖR OLIK FÖRDELNING AV VÅRD.....	25
3.4.1. Egennyttans icke-acceptans .....	26
3.4.2. Solidarisk acceptans.....	28
3.4.3 Resignation.....	29
3.4.4 Avsaknad av reaktion .....	30
3.4.5 Tillit .....	30
3.5 UPPFATTNINGAR OM RÄTTVISA PRINCIPER FÖR FÖRDELNING AV VÅRD .....	31
3.5.1. Personliga egenskaper .....	31
3.5.2. Hälsotillstånd .....	33
3.5.3 Behov .....	34
3.5.4 Antal drabbade.....	35
3.5.5 Behandlingsnytta .....	36

3.5.6	<i>Samhällsnytta</i> .....	36
3.5.7	<i>Självförvållande</i> .....	38
3.5.8	<i>Valmöjlighet</i> .....	39
3.6	UPPFATTNINGAR OM RÄTTVISA BESLUTFATTARE VID FÖRDELNING AV VÅRD .....	41
3.6.1	<i>Personer med kompetens</i> .....	41
3.6.2	<i>Personer med överblick som ser till helheten</i> .....	43
3.6.3	<i>Personer med rätta sinnelaget</i> .....	44
3.7	UPPFATTNINGAR OM RÄTTVISA PROCEDURER VID FÖRDELNING AV VÅRD ..	45
3.7.1	<i>Att få insyn och förklaringar</i> .....	46
3.7.2	<i>Att bli lyssnad till</i> .....	50
3.7.3	<i>Att kunna välja mellan olika alternativ</i> .....	52
3.7.4	<i>Att fatta gemensamma beslut</i> .....	53
<b>4.</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>55</b>
4.1	RÄTTVIS FÖRDELNING AV VÅRD – ETT INTRESSANT MEN OKÄNT FÄLT .....	55
4.2	RÄTTVISA RESULTAT BÅDE EXISTERAR OCH ÄR OMÖJLIGA .....	57
4.3	ATT REAGERA OLIKA .....	58
4.4	RÄTTVISA PRINCIPER AV SKILDA SLAG I SKILDA SITUATIONER .....	59
4.5	BESLUTFATTARE DRIVNA AV MINSTA MÖJLIGA EGENNYTTA.....	61
4.6	RÄTTVISA PROCEDURER – ETT INTRESSANT MEN OKÄNT FÄLT .....	63
4.7	AVSLUTANDE DISKUSSION.....	65
<b>REFERENSER</b> .....		<b>67</b>



## 1. INLEDNING

I alla relationer och transaktioner mellan enskilda människor och mellan medborgare och institutioner (företag och myndigheter) intar rättvisa en central plats. En gång i tiden dominerade föreställningen att rättvisa var en tingens ordning som skapades av en gudomlig kraft och endast kunde upplevas (i bästa fall som ett harmoniskt tillstånd). Närmare nutiden kom rättvisa att uppfattas som något människan var kapabel att själv skapa och upprätthålla, inledningsvis genom handlingar av rättrådiga härskare och senare av folket eller dess valda representanter.

I vår tid används begreppet rättvisa i främst två sammanhang:

1. Rättvisa vid *bestraffning* av illgärningar i samhället och när tvister av olika slag ska biläggas och någon part ska kompenseras för den orättvisa han/ hon utsatts för (juridisk rättvisa).

2. Rättvisa vid *fördelning* av varor, tjänster, rättigheter, möjligheter och risker mellan individer och i en befolkning (distributiv rättvisa).

Det är rättvisa vid fördelning, närmare bestämt rättvisa vid fördelning av offentligt finansierad hälso- och sjukvård, som står i fokus i denna rapport.

### **1.1 Gemensam finansiering ställer krav på rättvisa**

I länder med huvudsakligen gemensam finansiering av hälso- och sjukvård har människor kommit att betrakta god tillgänglighet till vård som en rättighet. Att inte få tillgång till vård kan väcka känslor av orättvisa. Det förekommer vanligtvis en mängd olika praktiska lösningar på hur nyttigheter ska fördelas i ett samhälle när resursbrist föreligger och dessa lösningar godtas vanligtvis av medborgarna (Elster 1992). Hur lösningarna praktiskt utformas (t ex köer, lottdragning eller hänvisning till olika principer som t ex fördelning efter behov) kan variera från tid till annan och från samhällssektor till samhällssektor. Även om det går att få acceptans för sådana lösningar i ett samhälle är det dock inte givet att alla medborgare sluter upp kring samma fördelningsprinciper.

Resursfördelning inom hälso- och sjukvård utgör ett särskilt problematiskt område där frågor om resursbrist och prioritering (rangordning av behov) kan väcka starka känslor.

Det beror bl a på att hälsa och återställandet av ohälsa är vitala och i vissa fall livsavgörande frågor för många människor, att sjukvården genom sina professioner har starka företrädare som kan argumentera och agera för en viss fördelning, att hälso- och sjukvård är ett synnerligen dynamiskt område där nya behandlingsmöjligheter ständigt tillkommer (ofta påverkade av starka kommersiella krafter) och att resursbrist i någon mening alltid råder.

Hur ska vi då hantera resursbrist inom hälso- och sjukvården? Lösningar som ibland framförs går ut på att tillföra resurser eller att hantera befintliga resurser bättre (effektivisering). Även om detta kan genomföras kommer en gemensamt finansierad hälso- och sjukvård inte undan frågan om prioriteringar på olika nivåer – mellan sjukdomsområden, metoder och individer. Det anses allmänt att det finns ett samband mellan förtroendet för demokratiska institutioner (legitimitet) och uppfattningar om rättvisa – om inte besluten uppfattas som rättvisa faller grunden för legitimiteten samman (Daniels och Sabin 2002). Att fördelning av vård uppfattas som rättvis av en majoritet av allmänheten framstår ur det perspektivet som viktigt.

## 1.2 Olika teorier om rättvisa

Rättvisa kopplad till fördelning av hälso- och sjukvård och prioriteringar har tilldragit sig ett stort intresse under senare år. Möjliga strategier vid prioritering som förts fram är t ex att underbygga beslut med bättre kunskap (t ex om kostnader och nytta med vårdens insatser eller om befolkningens värderingar) eller att utgå från teorier om distributiv rättvisa. Dessa teorier fokuserar på rättvisa som resultat (t ex av en fördelning).<sup>1</sup> Resultatet kan t ex bedömas efter kriterier som härrör från *principer om rättvisa*. De flesta gemensamt finansierade hälso- och sjukvårdssystem fördelar i varierande grad vård efter en behovsprincip. Människor med svår ohälsa får större uppmärksamhet och större resursinsatser än människor med små hälsoproblem. Exakt hur denna avvägning ska se ut och vilka konsekvenser denna princip ska få på resursfördelningen inom vården har emellertid sällan klargjorts.

En alternativ strategi som alltmer kommit att uppmärksammas internationellt under de senaste tio åren är att luta sig mindre mot teorier om rättvisa och mer arbeta för att förbättra de *procedurer* som används vid resursfördelning, för att dessa ska kunna uppfattas som rättvisa.

---

<sup>1</sup> Att knyta rättvisa till ett resultat innebär samtidigt ett jämförande av utfallet ("hur befinner jag mig i förhållande till andra?" eller "hur befinner sig gruppen x i förhållande till gruppen y?"). Det finns också möjlighet att betrakta rättvisa ur ett icke-jämförande perspektiv ("vad behöver jag i min situation för att jag ska uppfatta tillståndet som rättvist?"). Det blir endast i ett jämförande perspektiv som principer och procedurer vid fördelning blir meningsfulla.

Det finns en omfattande forskning inom främst socialpsykologi som tyder på att procedurer är viktiga för människor vid bedömning av rättvisa (Blader och Tyler 2003). Det är framför allt den amerikanske filosofen Norman Daniels och läkaren James Sabin som förespråkar uppfattningen, att eftersom det är svårt att skapa samsyn (konsensus) om vad som är den bästa fördelningen av resurser i hälso- och sjukvård, måste procedurer användas för att skapa legitimitet (Daniels och Sabin 1997, 2002).

*"Unfortunately, no democratic society we are aware of has achieved consensus on such distributive principles for health care. Even people who want to cooperate in steering a society's health system will hold diverse moral and religious views."*

Daniels och Sabin 2002

I avsaknad av principer som alla kan enas kring menar de att det är bättre att utveckla beslutsfattandet och se till så att detta vilar på procedurer (eller handlingsmönster) som kan uppfattas som rättvisa av flertalet medborgare. Daniels och Sabin lanserar ett antal villkor som de anser ska känneteckna en rättvis prioriteringsprocess. De har blivit kända under samlingsnamnet "ansvar för rimlighet" ("accountability for reasonableness") och kan kortfattat beskrivas enligt följande:

- a) grunderna för prioriteringsbeslut måste vara offentliga;
- b) dessa grunder måste anses vara relevanta för den givna situationen av människor som eftersträvar "rättfärdiga" villkor för samarbete;
- c) det måste finnas en möjlighet att ifrågasätta beslut och revidera dessa i ljuset av ytterligare bevis och argument;
- d) det måste finnas antingen en frivillig eller offentlig reglering av beslutsprocessen så att villkor a-c kan uppfyllas.

"Ansvar för rimlighet" har fått stor uppmärksamhet internationellt och flera studier har gjorts för att se om olika beslutsprocesser, bl a inom hälso- och sjukvård, lever upp till villkoren (Ham och Picard 1998; Martin, Giacomini och Singer 2002).

Att procedurrättvisa har uppmärksammas i allt högre grad innebär dock inte att rättvisepinciper kan anses vara ointressanta vid bedömningen av resultat vid fördelning och prioritering av hälso- och sjukvård.

### 1.3 Att studera rättvisa

I denna rapport presenteras en intervjustudie om individers uppfattning av rättvisa, särskilt attityder i anslutning till en hälso- och sjukvård som präglas av resursbrist. Vad är detta för slags studie?

Studier av rättvisa kan vara av tre olika slag: beskrivande, förklarande och normativa. Rent normativa studier som diskuterar vad som skulle kunna vara den mest rimliga formen av fördelning, eller studier med både beskrivande och normativa ambitioner, kommer inte att behandlas här. Vi lämnar istället en översiktlig bakgrund till främst beskrivande studier eftersom vår undersökning faller inom den kategorin.

Studier med beskrivande ambitioner kan avse antingen människors *beteenden* eller *attityder* vilka fångas i *verkliga* situationer eller i *konstgjorda* situationer med hypotetiska fall eller genom rena experiment. I Tabell 1 visas exempel på olika studier av rättvisa med beskrivande ambitioner (efter Elster 1995).

Tabell 1. Beskrivande studier om rättvisa. Vad studeras och hur?

---

	<b>Attityder</b>	<b>Beteenden</b>
<b>Verkliga situationer</b>	(A) Diskursanalys <sup>2</sup>	(C) Fallstudie av beslutsfattande i organisation
<b>Konstgjorda situationer</b>	(B) Intervjustudie Enkätstudie	(D) Experiment

---

Studier som behandlar verkliga situationer kan beskriva hur beslutsfattare diskuterar och argumenterar (A) eller hur beslutsprocessen utvecklas vad det gäller deltagare, underlag och förhandlingar (C). Individer kan ställas inför en tänkt beslutssituation och sedan studeras hur de betar sig - t ex hur de väljer att fördela nyttigheter sinsemellan (D). Slutligen kan man fråga individer om deras uppfattning om rättvisa och be dem förklara hur de tror att de skulle handla och tänka i olika situationer (B).

---

<sup>2</sup> Analys av hur samtal eller texter är uppbyggda vad det gäller sociala värderingar

Vår studie faller inom kategori B och har en kvalitativ ansats, framför allt inspirerad av fenomenografi, som handlar om att identifiera och beskriva variationer av uppfattningar av en särskild företeelse så som den uppfattas av personen själv (Marton 1997). I denna studie är den företeelse som studeras rättvisa vid fördelning av vård så som den uppfattas av de intervjuade.

De beskrivande studierna däremot säger inget om varför individer har en viss uppfattning om rättvisa. Detta behandlas istället i studier med en *förklarande* ambition. I sådana studier gäller frågeställningen vad det är som påverkar individens uppfattning. Att hitta förklaringar till människors olika uppfattningar om rättvisa ligger dock utanför ramen för denna rapport.

#### **1.4 Våra utgångspunkter för studien**

Vi menar att det finns goda skäl att anta att allmänheten (medborgarna) intresserar sig för rättvisa i olika sammanhang. Mycket tyder på att både principer för att bedöma distributiv rättvisa och de procedurer som kommer till användning har betydelse för hur resultatet av en fördelning uppfattas. Vår utgångspunkt är att det finns en mängd uppfattningar bland allmänheten om rättvisa när det gäller resursfördelning inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård som inte är till fullo kända idag. Dessa uppfattningar kan tänkas påverka viljan att bidra till en gemensam finansiering och bör därför vara av intresse för de som har ansvar för vårt sjukvårdssystem.

Det räcker därför inte med att säga att frågor om rättvisa i olika former är viktiga. Vi måste ställa oss frågan om det bara finns en rättviseuppfattning hos allmänheten eller möjligen flera - och om dessa i så fall kan variera från situation till situation. Vi måste också fundera på om det finns fog för påståenden om att procedurer är viktiga för uppfattningen om distributiv rättvisa, och i så fall i vilka situationer.

#### **1.5 Syfte**

Syftet med denna studie är att beskriva och analysera olika uppfattningar i svenska befolkningen om ”rättvisa”, gällande såväl principer som procedurer, i anslutning till fördelning av resurser inom den offentligt finansierade svenska hälso- och sjukvården.

## 2. METOD

Vi har haft ett medborgarperspektiv med avseende på inställningen till rättvisa i vården i samband med fördelning som sker i form av prioritering och ransonering. Hur tar man reda på befolkningens uppfattning i dessa frågor? En möjlighet är att använda sig av ett slumpmässigt och statistiskt representativt urval vilket kan vara lämpligt om avsikten är att generalisera resultatet till befolkningen som helhet. I det fallet skulle vi med all säkerhet använda någon form av frågeformulär. Eftersom vi dock utgår från antagandet att det förekommer en mängd olika uppfattningar i det svenska samhället om rättvisa och vård som ännu inte är till fullo kända har vi istället använt oss av en kvalitativ metod, i form av individuella intervjuer analyserade med en fenomenografisk ansats.

### 2.1 Urval av intervjupersoner

En begränsad grupp människor kan av praktiska skäl intervjuas. Vi sökte inte hitta den mest representativa, eller den mest avvikande, utan så många olika uppfattningar som möjligt. Vilka uppfattningar som finns i den svenska befolkningen kring rättvisa och rättvisa i samband med resursfördelning i vården vet vi väldigt lite om idag, liksom hur dessa är fördelade med avseende på ålder, kön, utbildning, yrke eller etniskt ursprung, alltså sådana variabler som vanligtvis uppmärksammas vid slumpmässig fördelning. Det kan till och med vara så att uppfattningarna i dessa frågor är högst individuella och ojämnt fördelade vad det gäller nämnda variabler (Tyler 1994). Det är därför troligen inte tillräckligt att variera urvalet enbart med avseende på dessa standardvariabler utan vi har dessutom valt att använda oss av strategin ”maximal variation” (Patton 1990). Utgångspunkten är då att sätta samman en grupp med så stor variation som möjligt med avseende på de uppfattningar vi önskar studera. Urvalet har med andra ord skett med en kombination av två ambitioner;

- a) att försöka uppnå maximal variation vad det gäller uppfattningar om rättvisa vid fördelning av vård.
- b) att försöka variera materialet utifrån standardvariabler som ålder, kön, utbildning och/eller yrke samt etniskt ursprung.

### 2.1.1 Urval till enkätundersökning

Till enkätundersökningen valdes sex urvalsgrupper ut som förutsattes kunna spegla det svenska samhället. Av dessa representerar två grupper den yrkesverksamma befolkningen och tar sin utgångspunkt i SCB:s standard för svensk yrkesklassificering.<sup>3</sup> Således representerar en grupp sådana yrken som normalt kräver högskoleutbildning och den andra yrken som normalt kräver gymnasiekompetens. Eftersom det svenska samhället inte bara består av aktivt yrkesverksamma har vi lagt till ytterligare urvalsgrupper: ålderspensionärer, unga arbetslösa och unga högskolestuderande. För att säkerställa variation i etnicitet ingår dessutom en grupp med personer som har invandrarbakgrund. Ambitionen var också att genomföra enkätundersökningen med så jämn fördelning som möjligt vad det gäller kön, vilket påverkade vilka arbetsplatser som valdes ut.

### 2.1.2 Genomförande av enkätundersökning

För att komma i kontakt med personer från våra urvalsgrupper valdes följande verksamheter ut; en arbetsplats inom handels, en verkstadsindustri, en arbetsplats inom jordbrukssektorn<sup>4</sup>, ett högteknologiskt företag, en arbetsplats inom kultursektorn<sup>5</sup>, en invandrarorganisation, en högskola, en ungdomsverksamhet inom arbetsförmedlingen samt en studieverksamhet inom Pensionärernas Riksorganisation (PRO). Kontakt togs med ledningen/person med kännedom om respektive verksamhet. Dessa personer fick en muntlig presentation av studien samt informationsblad (bilaga 1 och 2) med en förfrågan om de ville distribuera en enkät bland arbetstagarna/deltagarna i verksamheten.

Enkäten (bilaga 3) bestod av fyra frågor om inställningen till beslutsfattande och rättvisa inom hälso- och sjukvården:

- vem som ska fatta beslut om resursfördelning i sjukvården;
- om dessa beslut ska vara kända för allmänheten;
- om fördelningen i svensk hälso- och sjukvård idag kan uppfattas som rättvis;
- om vård idag sker på lika villkor.

Enkäten innehöll dessutom information om studiens syfte och upplägg samt att deltagarna när som helst kunde avbryta sin medverkan.

<sup>3</sup> SCB:s standard för svensk yrkesklassificering (SSYK) omfattar nio yrkesområden varav ett avser ”ledningsarbete”, två grupper avser arbete som normalt kräver kortare respektive längre högskoleutbildning, fem grupper som normalt kräver gymnasiekompetens – här finns t.ex. kontors- service- omsorgs- hantverks- tillverknings och transportarbete – samt en grupp utan krav på särskild yrkesutbildning. Vi har av de nio grupperna skapat en som representerar högskoleutbildning och en som representerar gymnasieutbildning. Det är dessa yrkesgrupper som helt dominerar den svenska arbetsmarknaden. Se SCB 1998.

<sup>4</sup> Dessa tre arbetsplatser representerar den gymnasiala gruppen.

<sup>5</sup> Dessa två arbetsplatser representerar högskolegruppen. Vi vill dock påpeka att vi inte kontrollerat utbildningsnivån. Det kan m a o vara så att på den arbetsplats som normalt kräver gymnasiekompetens kan en person ändå ha högskolekompetens och viceversa.

Totalt delades 125 enkäter ut och av dessa besvarades 72 stycken. Fördelningen vad det gäller yrkes- eller studieförhållanden, kön och ålder i de besvarade enkäterna redovisas i tabell 2. Etnicitet är dock ej möjlig att redovisa fullständigt (förutom invandrargruppen) eftersom denna uppgift inte efterfrågades i enkäten.

Tabell 2. Fördelning av yrkes/studieförhållande, kön och ålder i enkätsvaren.

Urvalsvariabler	Besvarade enkäter <sup>6</sup>	Antal män	Antal kvinnor	18-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år -
Pensionärer	13 (20)	9	4					4	7	2
Verksamma på arbetsplats som kräver gymnasieutb.	15 (31)	4	11	5	3	6		1		
Verksamma på arbetsplats som kräver högskoleutb.	12(31)	8	4	2	4	4		2		
Unga arbetslösa	7 (10)	3	4	7						
Invandrare	21(25)		21	3	1	8	7		1	1
Unga högskolestuderande	4 (8)		4	4						
Totalt	72 (125)	24	49	21	8	18	7	7	8	3

### 2.1.3 Urval till intervjuerna

Frågorna i enkäten möjliggör 24 olika sätt att besvara denna. Bland dem som besvarat enkäten fanns tio olika svars kombinationer representerade (tabell 3).

<sup>6</sup> Antal utskickade enkäter redovisas inom parantes.



Tabell 3. Svarkombinationer i enkäten.

	<b>Störst inflytande över fördelning av vårdens resurser</b>	<b>Viktigt att allmänheten känner till vilka som har företräde</b>	<b>Möjligt med fördelning av vård accepterad av de flesta</b>	<b>Vård på lika villkor idag</b>	<b>Repr. i enkät-svar</b>
Typ 1	Politiker	Ja	Ja	Ja	Ja
Typ 2	Politiker	Ja	Ja	Nej	Ja
Typ 3	Politiker	Ja	Nej	Ja	Nej
Typ 4	Politiker	Ja	Nej	Nej	Ja
Typ 5	Politiker	Nej	Ja	Ja	Nej
Typ 6	Politiker	Nej	Ja	Nej	Nej
Typ 7	Politiker	Nej	Nej	Ja	Nej
Typ 8	Politiker	Nej	Nej	Nej	Nej
Typ 9	Läkare/vårdpersonal	Ja	Ja	Ja	Ja
Typ 10	Läkare/vårdpersonal	Ja	Ja	Nej	Ja
Typ 11	Läkare/vårdpersonal	Ja	Nej	Ja	Ja
Typ 12	Läkare/vårdpersonal	Ja	Nej	Nej	Ja
Typ 13	Läkare/vårdpersonal	Nej	Ja	Ja	Nej
Typ 14	Läkare /vårdpersonal	Nej	Nej	Ja	Ja
Typ 15	Läkare/vårdpersonal	Nej	Ja	Nej	Nej
Typ 16	Läkare/vårdpersonal	Nej	Nej	Nej	Nej
Typ 17	Allmänhet	Ja	Ja	Ja	Ja
Typ 18	Allmänhet	Ja	Ja	Nej	Ja
Typ 19	Allmänhet	Ja	Nej	Ja	Nej
Typ 20	Allmänhet	Ja	Nej	Nej	Nej
Typ 21	Allmänhet	Nej	Ja	Ja	Nej
Typ 22	Allmänhet	Nej	Ja	Nej	Nej
Typ 23	Allmänhet	Nej	Nej	Ja	Nej
Typ 24	Allmänhet	Nej	Nej	Nej	Nej

En svarkombination föll bort i och med att den enda som besvarat enkäten på detta sätt blev förhindrad att genomföra intervjun. Urvalet till intervjuerna grundar sig därför på nio olika svarkombinationer. För att nå maximal variation av uppfattningar finns samtliga dessa svarkombinationer representerade bland dem som valdes ut för intervjuer. Vi har dessutom eftersträvat en jämn fördelning bland de intervjuade vad det gäller standardvariablerna kön, ålder, yrkes- eller studieförhållande samt etnicitet. Sammanlagt kom därmed 14 personer att väljas ut och intervjuas (tabell 4).

Tabell 4 Intervjupersonernas fördelning avseende yrkes- eller studieförhållande, kön, ålder.

Yrkes/ Studieför- hållande	Antal intervjuade	Antal män	Antal kvinnor	18- 29 år	30- 39 år	40- 49 år	50- 59 år	60- 69 år	70- 79 år	80 år -
Pensionärer	3	2	1					2	1	
Verksamma på arbetsplats som kräver gymnasieutb.	3	1	2			3				
Verksamma på arbetsplats som kräver högskoleutb.	4	2	2		2	1		1		
Unga arbetslösa	1		1	1						
Invandrare	2		2	1			1			
Unga högskolestuderande	1		1	1						
<b>Totalt</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	

## 2.2 Intervjuer

Datainsamlingen skedde som brukligt inom fenomenografi genom kvalitativa intervjuer med de utvalda medborgarna. Att de intervjuade själva inledningsvis får definiera det fenomen (i detta fall rättvisa) som studeras är en viktig del i en sådan metod.

Intervjuguiden (bilaga 4) innehöll i övrigt ett antal ingångsfrågor som täckte olika aspekter av rättvisa vid fördelning av vård, som t ex ransonering av vård, beslutsfattande i stort och medborgarens roll i synnerhet. Dessa ingångsfrågor kompletterades med följdfrågor utifrån hur intervjuerna utvecklade sig.

Följdfrågorna handlade i stor omfattning om de intervjuades tankar om sitt eget agerande men också s k projektiva frågor användes, som t ex *"Vad tror du folk i allmänheten tycker är viktigt för att acceptera väntetider?"* Syftet med sådana frågor är både att vidga perspektivet på uppfattningar om det man vill studera men också att indirekt försöka fånga den intervjuades egna uppfattningar som inte visas direkt (Kvale 1997).

Tre provintervjuer genomfördes för att undersöka om frågorna i intervjuguiden lyckades fånga olika uppfattningar om rättvisa vid fördelning av vård. Dessa tre personer valdes ut genom personlig kännedom efter kriterier ålder, yrkes- eller studieförhållande och kön. En av de intervjuade valdes dessutom ut för att hon hade erfarenhet av att arbeta med kvalitativa intervjuer och för att kunna ge respons på intervjuguidens utformning.

Provintervjuerna gav dock inte anledning till någon avgörande justering av intervjuguiden varpå huvudstudien påbörjades.<sup>7</sup> Intervjuerna varierade mellan en halv till en timme. Samtliga intervjuer genomfördes under 2006 på den plats som den intervjuade valt. Intervjuerna spelades in digitalt och transkriberades ordagrant innan ljudfilerna raderades.

### **2.3 Analys av intervjuerna**

Dataanalysen skedde utifrån en fenomenografisk ansats där målet är att beskriva intervjumaterialet i olika kategorier. Dessa kategorier kan beskrivas alltifrån mycket nära det sagda i intervjuerna till att vara ganska abstrakta och övergripande. Analysen av intervjuer sker därför ofta i flera steg (Alexandersson 1994). Den första fasen i denna studie innebar att författarna bekantade sig med de ordagrant utskrivna intervjuerna genom upprepade genomläsningar för att få en förståelse för helheten. Samtliga uttalanden som rörde uppfattningar om rättvisa vid fördelning av vård markerades i texten. I andra analysfasen jämfördes de markerade uttalandena med varandra vad det gäller likheter och skillnader. De uttalanden som inte berörde rättvisa sorterades bort medan övriga sorterades i kategorier (i fortsättningen kallade underkategorier) och namngavs. Dessa underkategorier kunde ibland vara uppbyggda av flera olika aspekter. Kategorierna utsattes därefter för ytterligare omprövning vad det gäller likheter och skillnader vilket ledde till att de slutligen grupperades under ett antal, mer övergripande huvudkategorier (bilaga 5).

### **2.4 Prövning av trovärdighet**

I kvalitativa studier som denna är det brukligt att pröva resultatets trovärdighet och rimlighet (Starrin & Svensson 1994). Det handlar om att försäkra sig om att en rimlig tolkning gjorts av det sagda och att bedöma hur bra beskrivningskategorierna lyckas förmedla de intervjuades uppfattningar. Tolkaren i sig och de uppfattningar han/hon bär med sig om det studerade fenomenet kan göra att vissa saker ses som självklara för att de överensstämmer med den egna uppfattningen. För att minimera effekterna av detta har flera metoder använts. Som brukligt i fenomenografiska studier har citat redovisats för att styrka de beskrivningskategorier som valts. Vi har dessutom valt att försöka säkerställa trovärdigheten i studien genom att vara flera som tolkar materialet (s k forskartrianglering).

---

<sup>7</sup> Två av provintervjuerna kom att ingå i huvudstudien då de båda besvarat enkäten på ett var för sig unikt sätt.

Författarna har därför först analyserat intervjuerna var för sig och utarbetat beskrivningskategorier och därefter jämfört och diskuterat dessa med varandra tills konsensus uppnåts om hur uppfattningarna skulle benämnas.

Författarna har slutligen prövat kommunikerbarheten i sina beskrivningar<sup>8</sup>. Det har skett genom att de intervjuade själva fått bedöma huruvida de kan känna igen sina uppfattningar i de beskrivningskategorier som valts, s k deltagarbedömning (Svensson & Starrin 1996). Analysen av intervjumaterialet har därför skickats till samtliga intervjuade med följande fråga: ”Tycker du att dina uppfattningar om rättvisa vid fördelning av vård finns med i den bifogade beskrivningen? (Ja / Nej - Beskriv mycket kortfattat vad du tycker saknas/ Har ej möjlighet att läsa materialet.)”, (bilaga 6). Av 14 utsända förfrågningar erhöles sju svar. Samtliga sju hade svarat att deras uppfattningar fanns belysta i materialet. Två kommentarer fanns, den ena angående sättet att redovisa citat, den andra gällande ett tillägg kring rimliga fördelningsprinciper. Detta tillägg finns inarbetat i resultatredovisningen.

---

<sup>8</sup> S k kommunikativ validitet (Kvale 1989, Uljens 1989).

### 3. UPPFATTNINGAR OM RÄTTVISA I SAMBAND MED FÖRDELNING AV VÅRD

Vår intervjustudie visar att begreppet rättvisa kan uppfattas på en mängd olika sätt när det gäller fördelning av hälso- och sjukvård. De intervjuade för ofta ett resonemang där utgångspunkterna växlar. De talar dels utifrån egna erfarenheter av faktiska händelser som de själva eller andra har varit med om, och dels utifrån tänkta situationer som de målar upp för sig själva för att sätta in frågan i ett sammanhang: *"om detta skulle gälla mig så skulle jag..."*. De för också ett resonemang av mer principiell karaktär om hur de anser att vården borde vara samt hur de tror att medborgare i allmänhet uppfattar rättvisa. Intervjupersonerna växlar således mellan det empiriska (vad de själva upplevt) och det normativa (hur de önskar att det borde vara både för dem själva och för samhället i stort).

Följande bild av rättvisa och vård framträder i intervjuerna och kommer här att beskrivas i form av huvud- respektive underkategorier;

- Fenomenet rättvisa
- Fenomenet fördelning av vård
  - *Fördelning av vård som ett måste*
  - *Fördelning av vård som möjlig omfördelning*
- Rättvisa resultat vid fördelning av vård
  - *En individuell upplevelse*
  - *En kollektiv upplevelse*
  - *Flest är nöjda*
  - *Alla får lika vård*
  - *Lika får lika vård medan olika får olika vård*
- Reaktionen på olik fördelning av vård
  - *Egennyttans icke-acceptans*
  - *Solidarisk acceptans*
  - *Resignation*
  - *Avsaknad av reaktion*
  - *Tillit*
- Rättvisa principer för fördelning av vård
  - *Personliga egenskaper*
  - *Hälsotillstånd*
  - *Behov*
  - *Antal drabbade*
  - *Behandlingsnytta*
  - *Samhällsnytta*
  - *Självförvållande*
  - *Valmöjlighet*

- Rättvisa beslutsfattare vid fördelning av vård
  - Personer med kompetens
  - Personer med överblick
  - Personer med rätta sannelaget
- Rättvisa procedurer vid fördelning av vård
  - Att få insyn och förklaringar
  - Att bli lyssnad till
  - Att kunna välja mellan olika alternativ
  - Att fatta gemensamma beslut

Underkategorierna kan vara mer eller mindre komplexa och ibland innehålla flera olika aspekter vilka i så fall markeras med kursiverad fet stil i texten.

Det är lätt att förledas att tro att då vi skriver att något uppfattas på det ena eller andra sättet så gäller det för hela gruppen intervjuade. Vi vill understryka att så inte är fallet utan en uppfattning kan finnas hos en enskild person och endast nämnas vid ett tillfälle under intervjun, eller omfatta alla intervjuade och vara ständigt återkommande. I redovisningen framgår med andra ord inte hur vanlig respektive ovanlig en uppfattning är bland de intervjuade. Av redovisningen framgår inte heller om de olika uppfattningarna uttrycks av olika personer eller om de står för en och samma individ. En sådan redovisning skulle kunna ge sken av möjligheten att generalisera till en bredare allmänhet vilket vi vill undvika. Det viktiga med denna studie är istället att lyfta fram just de olikheter i uppfattningar om rättvisa vid fördelning av vård som kan förekomma bland medborgare i Sverige.

### **3.1 Fenomenet rättvisa**

Fenomenet rättvisa är centralt för denna undersökning. Inledningsvis fick de intervjuade därför beskriva sin uppfattning om innebörden av begreppet rättvisa i allmänhet och inte med särskild betoning på vård. Ur de resonemang som intervjupersonerna utvecklar framkommer följande bild;

- Rättvisa associeras till att något ska *delas upp* och *fördelas*.
- Detta något som ska fördelas beskrivs i termer av resurser som t ex mat- och vattentillgång eller andra naturtillgångar, olika förmåner i form av skolgång, sjukvård eller föräldraledighet men också som skyldigheter i form av t ex skatteplikt eller lagar (olika straffskalor).

Det kan också handla om att fördela tjänster vid en tjänstetillsättning, olika avgifter (t ex differentierad taxa på bussar) eller fördelning av godis och läggtider till barn i en syskonskara. Det är olika saker som uppfattas stå i fokus för rättvisa i olika länder bl a beroende på ländernas välstånd (t ex rättvis fördelning av mat jämfört med rättvis fördelning av föräldraledighet mellan könen). När de intervjuade kommer in på sjukvård handlar det om att fördela olika sorters insatser (t ex läkemedel eller operationer), fördela tillgänglighet till vården (d v s hur snabbt man får vård) samt fördela kvaliteten t ex med vilket bemötande som vården ges.

- Rättvisa beskrivs också i relation till vilka som får del av en fördelning av sjukvård. Det handlar både om ett globalt perspektiv, framför allt fördelningen mellan rika och fattiga i världen, men också om fördelning inom Sverige. Här är det fördelning mellan könen, mellan olika samhällsklasser, mellan svenskar och invandrare, mellan olika sjukhus, mellan olika funktioner i samhället (t ex idrottsmän) och mellan människor med olika sorts sjukdomar eller andra tillstånd som framstår som intressant.
- Uppfattningar om rättvisa handlar också om att resultatet av fördelningen som görs upplevs som positivt och något som bör eftersträvas *"hoppas...vill så gärna tro på rättvis fördelning"*. Ett rättvist resultat uppfattas som motsatsen till något negativt, nämligen orättvisa *"den ena kan inte leva utan den andre"* och *"orättvisan är rättvisans moder"*. Orättvisa beskrivs som en fördelning där den ena får mer (eller t o m allt) på bekostnad av att en annan får, inte bara en mindre del, utan en för liten del (eller t o m inget alls) för att täcka sina behov; *"vi skor oss på dem"*. Då de intervjuade beskriver rättvisa så gör de detta utifrån vad som upplevs som rättvist men också utifrån vad som upplevs som orättvist i svensk sjukvård eller i jämförelse med andra länders sjukvård *"det finns inte samma rättvisa där jag kommer från."*

### **3.2 Fenomenet fördelning av vård**

Jämte begreppet rättvisa intar också synen på fördelning av vård en central plats i det vi önskar studera. Innan vi kommer in på uppfattningar om vad som uppfattas som en rättvis fördelning, kan det vara intressant att uppehålla sig vid vilka olika innebörder de intervjuade lägger i själva fenomenet fördelning av vård. Två bilder finns i intervjuerna;

- Fördelning av vård som ett måste
- Fördelning av vård som möjlig omfördelning

### 3.2.1 Fördelning av vård som ett måste

Det finns inte tillräckliga resurser för vården att disponera så att alla kan få allt. Inställningen att resurserna räcker till allt uppfattas snarast som en "utopi". En anledning till att fördelning behövs anses vara *resursbrist*. Vården är hänvisad till att konkurrera med andra viktiga samhällssektorer, som t ex kultur och fritid, som också behöver resurser.

*"Rättvisan... jag vet inte riktigt var den ligger men samtidigt kan man inte göra så att alla ska få allting för det blir staten som betalar."*

*"Allt ska väl inte i kommunen eller landstinget gå till vård, skola, omsorg. Det måste finnas andra saker som gör livet meningsfullt och mycket då med kultur."*

Med resurser avses inte bara pengar utan också tillgång till personal och det beskrivs också som en resursbrist då vården saknar tillräckligt med personal för att täcka de behov som finns.

*"Personalen är ju också styrda av resurser och sådant där. Om det kommer 100 personer som vill operera ett ben innebär det ju att person nummer 101 hamnar sist i kön. De kan ju inget göra om dom inte kan anställa tio ortopedläkare till."*

Att de resurser som finns tillgängliga för vård inte är oändliga utan att det saknas pengar och personal uppfattas som ett acceptabelt skäl till att ransoneringar görs i vården. Resursbristen beskrivs då som ett förhållande som inte går att påverka.

*"Jag tycker att man fick ett ganska bra svar (till ett ransoneringsbeslut). Spara pengar helt enkelt. Det kostar för mycket."*

*"Ja det skulle väl vara rena sakskalet att resurser finns inte så det räcker. Det får man liksom acceptera. Man kan ju inte trolla utan har de bara ett visst antal läkare eller specialister så får man ställa sig i kön."*

Den andra anledningen till att vården måste fördelas uppges vara att människor egentligen har *oändliga behov* av vård vilka är omöjliga att fullt ut tillgodose. Svenskarna uppfattas behöva allt mer vård. Orsaken till detta upplevs dock som oklar; handlar det om ökad ohälsa, att vi blir allt sjukare och därmed får ökade behov av vård? Eller har det mer att göra med förändrade krav på vården? Kommande äldregeneration, de sk 40-talisterna, uppfattas ställa ökade krav på bibehållen hälsa, längre liv och hög livskvalitet högt upp i åldrarna vilket kan komma att ställa orimliga krav bl a på politiker att skaffa fram resurser. En oro uttrycks för hur växande krav ska kunna finansieras i framtiden, både med tanke på behovens omfattning men också samhällets ekonomiska förmåga.



*"Jag menar, på sätt och vis är det tråkigt att man ska hela tiden öka vårdens resurser liksom att allt hela tiden blir större, större och större. Blir vi sjukare och sjukare eller ökar behovet eller vad är det som är?"*

*"De som är äldre... är ju väldigt mycket för att buga för doktorn och buga för kyrkoherde och banker och dom är ju väldigt tysta och försynta och säger ingenting och det kommer att bli något helt annat när alla 40-talister kommer och ställer krav och börjar titta och fundera."*

*"Politiker måste ju också tillskapa medel men jag är inte säker att det hjälper. Finns det så mycket pengar eller är behovet oändligt?"*

*"Då när jag blir gammal...hur ska alla andra som är efter finansiera vår vård?"*

Det är inte bara befolkningen och de presumtiva patienterna som uppfattas ha oändliga behov av vård utan också vårdpersonal anses agera som om behoven vore oändliga genom att hela tiden kräva ytterligare resurser till sina verksamheter där *"alla vill ha mycket mera."*

### **3.2.2 Fördelning av vård som möjlig omfördelning**

*"Förmodligen finns det en massa pengar som borde gå att omfördela, den tron lever jag i."*

*"Sedan säger dom att det inte finns några pengar men läser man nyheterna så finns det rätt mycket pengar men inte till vård, inte till skolor och sådant. Det är lite snedfördelat känns det som."*

Bland intervjupersonerna finns uppfattningen att vården skulle kunna ha mer resurser eller använda sina resurser bättre om omfördelningar gjordes. Samtidigt finns det tvivel om omfördelningar låter sig göras. Ett hinder anses vara politisk tröghet, med vilket menas att vissa politiska ställningstaganden är statiska eller rent av omöjliga att förändra, därför att detta skulle skapa en så stark opposition. I intervjuerna beskrivs också en tröghet i att förändra själva utförandet av eller organisationen av vård som skulle vara nödvändig för att möjliggöra omfördelningar av resurser.

*"Den politiker som säger att vi ska vända det här är ju helt politiskt död. Det heter ju hela tiden vård, skola och omsorg... man måste vända hela skutan egentligen. Det tar jättelång tid...."*

*"Det går nog att göra (mer rättvist) men frågan är, är man villig att göra det? Finns folk som kan ta itu med det för jag tycker väldigt mycket går som det alltid har varit. Det ändras ingenting... vården är konservativ."*

De omfördelningar som nämns i intervjuerna anses kunna ske;

- mellan olika samhällssektorer
- inom vården
- från offentlig till egenfinansierad vård

När det gäller omfördelning av resurser från andra samhällssektorer till vården uppfattas resurser slösas bort och läggas på ”fel” saker i förhållande till behovet av vård, vilket bl a gör att köer bildas. Exempel på sådana saker kan vara satsningar på vad som uppfattas som rena onyttigheter, som t ex bilism. Även sådant som inte direkt anses onyttigt, t ex stora satsningar på sportevenemang, kan upplevas som feldimensionerade i förhållande till hur resurserna skulle kunna användas. Fel saker kan också handla om att allmänna medel som behövs i vården går till moraliskt rent tvivelaktiga saker som förskingringar av offentliga medel.

*”Så pass mycket resurser som vi kan avvara till vården om vi inte lade dom på motorvägar eller OS-ansökningar och liknande.”*

*”Inte slösa bort dom på stora middagar för idrottsmän eller vad det nu kan vara. Eller andra konstigheter som man läser om titt och tätt. Allt är väl inte sant det som står i tidningarna men många saker verkar väldigt konstiga i vårt samhälle. Om det skulle bli mindre sådana saker som dök upp hela tiden. EU-politiker som fuskar med sina traktamenten och reseersättningar... om det inte fanns något sådant.”*

Ett exempel på vad som upplevs som en rimlig överföring mellan samhällssektorer är att flytta medel från det allmänna försäkringssystemet (i form av sjukersättning) till hälso- och sjukvården. Överföringar kan också handla om resurser i form av personal och mänskliga insatser. Så kan t ex människor som är arbetslösa upplevas som en outnyttjad resurs och arbetslöshetsersättningar anses kunna förenas med krav på en arbetsinsats inom vården.

*”I stället får folk gå jättelänge och vara sjukskrivna och vad kostar det? Kan man använda dom pengarna i sjukvården i stället?”*

*”Är man sjuksköterska så kanske man kan sitta på något ställe och kunna ta emot och hjälpa sådana här och lägga om förband några timmar för att du ska få A-kassa. Det finns mycket sådant att göra.”*

I intervjuerna finns också uppfattningen att resurser kan omfördelas *inom vårdsektorn*. Vissa områden inom vården upplevs som bättre tillgodosedda medan andra, t ex prevention, uppfattas som underfinansierade. Genom omfördelning kan de resurser som vården förfogar över användas på vad som anses vara ett ”bättre” sätt.

Det kan t ex handla om att omfördela mellan olika patientgrupper, så att de med stora behov får en större del av resurserna än vad som upplevs vara fallet i dagens vård. Det kan också handla om att omfördela så att resurserna kommer fler till del eller med bättre kvalitet. Resurser skulle kunna frigöras genom att rationalisera administrationen så att mer tid kunde ägnas till patienter. En minskad omsättning av personer i ledande ställning i sjukvården anses också kunna minska administrativa kostnader, resurser som istället kan användas i patientarbete. En annan uppfattning är att resurser i form av kompetens ska användas där den gör bäst nytta. Det kan t ex handla om att läkartid omfördelas så att vissa arbetsuppgifter överförs till andra kompetenta personalkategorier. Andra uppfattningar om omfördelning inom vården avser att patienter ska komma till rätt vårdnivå så att de inte upptar resurser från någon annan patient som behöver dem bättre.

*”Egentligen borde vi vända på det där så att den förebyggande vården blev 40 procent eller 30 procent och då skulle all eftervård bli lite mindre.”*

*”Otroligt duktiga kirurger håller på med plastikoperationer bara för att göra tjejerna då snyggare eller killarna ska väl ta bort magen eller någonting. Då slösar man bort mycket kompetent personal tycker jag.”*

*”Nu har ju landstinget här haft ständiga byten av landstingsdirektörer och allt vad det har kostat om man jämför med alla jättemånga årsundersköterskor det skulle kunna bytas mot... ja det är väl omfördelning igen där då.”*

*”Läkarna säger själva att om jag slapp det här skulle jag kunna ha så och så många patienter... Är det nödvändigt att dom som kan sjukvård springer omkring och svabbar golv och kallas vårdbiträde? Städfirmor som gör det där och vårdbiträden som är utbildade i vården jobbar med vård.”*

Det finns också en uppfattning om betydelsen av att överföra insatser som idag görs i *offentlig vård till privatfinansierad vård*, för att därigenom frigöra resurser inom den skattefinansierade vården. Det handlar alltså inte om att omfördela pengar utan att i någon mening omfördela behov av vård så att vissa behov tillgodoses av den offentliga vården medan människor med andra behov hänvisas till den privata marknaden. När det gäller denna omfördelning så görs skillnad på vilka insatser som kan tas bort för att den offentliga vården fortfarande ska upplevas som rättvis. Vi återkommer till detta då vi redovisar vad som uppfattas som rimliga grunder för fördelning av vård (kap 3.5).

*”Det är ju rent kosmetiska saker då men det vet jag ju att det har man plockat bort här på det här sjukhuset också. Om det nu kan frigöra några resurser.”*

### 3.3 Uppfattningar om rättvisa resultat vid fördelning av vård

När de intervjuade uppmanades att reflektera över vad som utmärker ett rättvist resultat vid fördelning av vård diskuterade de både kring vad de ansåg vara ett rättvist resultat men också i någon mening vad det är som gör att man uppfattar rättvisa på detta sätt. Vi har funnit fem olika uppfattningar om rättvisa resultat i intervjuerna;

- Rättvis fördelning som en individuell upplevelse
- Rättvis fördelning som en kollektiv upplevelse
- Rättvis fördelning som att flest är nöjda
- Rättvis fördelning som att alla får lika vård
- Rättvis fördelning som att lika får lika vård medan olika får olika vård

#### 3.3.1 Rättvis fördelning som en individuell upplevelse

Begreppet rättvis fördelning av vård uppfattas som mycket svårt att definiera på ett enhetligt sätt. Anledningen uppges främst vara att det inte finns några exakta kriterier för vad som är ett rättvist resultat som alla människor kan enas kring. Rättvis fördelning av vård uppfattas som en värderingsfråga och därmed något högst individuellt, som bl a beror på vad man tycker är viktigt för att uppleva god livskvalitet. Att alla skulle kunna uppfatta samma fördelning som rättvis uppfattas som en omöjlighet. Ju fler som berörs av en fördelning av vård desto mindre är chansen att alla kan vara överens om att resultatet är rättvist.

*”Rättvisan finns i betraktarens öga.”*

*”Det som är rättvist för den ena upplevs väldigt orättvist av den andra. Så det finns nog ingen absolut linje det är nog en personlig uppfattning vad som är rättvist och inte tror jag.”*

Att människor har skilda bilder av vad rättvis fördelning står för upplevs ha sin bakgrund i två faktorer: personlig erfarenhet och personlighet. Vad det gäller den *personliga erfarenheten* uppges den spela en viktig roll. Kanske har en person varit sjuk och då uppfattat att det han eller hon fått av vården varit bristfälligt i jämförelse med det man upplever att andra sjuka får. Å andra sidan kan den sjuka få en mycket mer positiv bild av rättvisa vid fördelning av vård än den som själv aldrig behövt vårdens resurser, utan grundar sin uppfattning på andras erfarenheter eller på den bild massmedia förmedlar.

*”När jag opererades för ljumskbräck så jämförde jag den operationen med en kollega som gjordes bara för ett år sedan och han fick ligga kvar. Han fick ligga kvar där i flera timmar och det fick inte jag. Jag skulle gå på en gång. Det tyckte jag var konstigt...”*

Inställningen till rättvisa i vården beskrivs också som föränderlig, det som först upplevdes som en orättvis fördelning kan senare av samma person upplevas som rättvist. Det kan handla om nya erfarenheter gjorda på det individuella planet men också att inställningen i samhället förändras då en förändring av hälso- och sjukvården visade sig bli mer positiv eller acceptabel än vad allmänheten först föreställde sig.

*”Jag vet inte... (varifrån bilden kommer av att äldre får stå tillbaka vid fördelning av vård). På något vis handlar det inte ändå om någon sorts fördomar? Nästan så det är lite åt det. Jag har faktiskt inte... i och med den här erfarenheten (egen erfarenhet av vård) så slår det ju undan benen på allt sådant där.”*

*”Om man provar en tid och sedan ser man ju efteråt att, ja det (ett politiskt beslut om hälso- och sjukvård) var bra fast man inte trodde det från början.”*

Bland intervjupersonerna finns också uppfattningen att den individuella upplevelsen av rättvisa har att göra med vilket perspektiv de berörda har av en fördelning. Den som från början har erfarenheter av att ha fått lite vård (eller ingen vård alls) kanske nöjer sig med det näst bästa och ändå upplever resultatet som rättvist.

*”För dom kanske det är bra att få det näst bästa eller nånting som inte är det bästa för dom kanske inte fått någon vård alls innan. För dom kan det vara guld värt.”*

En annan anledning till att upplevelsen av rättvisa blir helt individuell uppfattas vara på individens olika *personligheter*. Vissa människor anses ha svårare än andra att uppfatta en fördelning som rättvis och tenderar att alltid känna sig i någon mening förfördelade. Att ha som mål att alla skulle vara nöjda med fördelningen av vård upplevs därmed som mycket svårt, om inte rent av omöjligt.

*”Det beror på hur man är. En del är ju sådana, dom är aldrig nöjda.”*

*”Jag tror att man måste få in i vården att det finns alltid patienter som alltid kommer att känna sig orättvist behandlade.”*

### **3.3.2 Rättvis fördelning som en kollektiv upplevelse**

Bilden av rättvisa anses inte bara vara en individuell upplevelse utan skapas också på samhälls nivå och visar sig som en kollektiv upplevelse. Det *rådande politiska systemet* anses spela en viktig roll för att forma våra gemensamma uppfattningar, t ex huruvida vi lever i en diktatur eller demokrati.

Synen på rättvisa associeras också till den aktuella tidsepok vi människor lever i och de *samhälleliga värdenormer* som råder under olika tider. Detta avspeglar sig både i det de intervjuade ger uttryck för genom att blicka bakåt men också i deras resonemang kring framtiden t ex i form av kommande generationers förändrade krav på världen, som tidigare nämnts.

*”Det (rättvisa) känns som en underavdelning till ordet demokrati på något sätt. Någonstans, jag menar vi lever ju alla i ett samhälle där vi har godkänt att det ska vara demokrati. Vi har accepterat den samhällsordningen. Hade jag varit diktator då hade jag tyckt att vissa saker var rättvisa men många i befolkningen inte hade tyckt det. Så vi lever i ett samhällssystem där rättvisa känns som ett barn till demokrati. I Sverige då naturligtvis så har en lång tid av socialdemokrati format människors syn på rättvisa med tanke på offentliga medel... men jag tror synen på rättvisa avspeglar sig mycket i det samhälle man lever i.”*

*”... man hjälps åt i samhället på något sätt att forma dom tankar och värderingar som finns och jag tror att vi upplever saker som rättvisa nu som för hundra år sedan ansågs som orättvisa.”*

### 3.3.3 Rättvis fördelning som att flest är nöjda

En inställning till rättvisa som framkommer i intervjuerna är att det är rättvist om alla parter i en fördelning är nöjda, oavsett resultatet. Om inte alla är nöjda (vilket egentligen anses som omöjligt) så kan upplevelsen av rättvisa istället bygga på att en majoritet ser resultatet av fördelningen som rättvist;

*”Nej men typ om det inte bara är typ några enskilda individer utan en stor del av Sveriges befolkning tycker samma då kan man prioritera mängden. Det går ju inte om det är några som är missnöjda och flera miljoner som är nöjda då får man faktiskt lägga sig.”*

Även om det anses svårt att uppnå en enhetlig bild av vad rättvisa är så förefaller detta med att en majoritet ska uppleva fördelning av vård som rättvis som ett viktigt mål att sträva efter, *”en ambition”*. Ett sådant mål uppges t ex kunna vara att alla stora orter bör ha ett sjukhus så att chansen ska öka att relativt sett fler blir nöjda med hur sjukvårdens resurser fördelas.

*”En vision att de flesta kan tycka fördelningen är rimlig.”*

*”Det är ju en på lika villkor fråga. Jag tycker att man ska ha ett sjukhus i en stad med denna storlek... har byggts stora sjukhus som kan fånga upp stora regioner då. Så att flera människor får tillgång till det.”*

### 3.3.4 Rättvis fördelning som att alla får lika vård

Bland de intervjuade uttrycks också uppfattningen att det inte är rimligt att alla ska få allt när det gäller vårdens resurser men att rättvis fördelning innebär att alla får lika vård. Situationer där personer inte uppfattas behandlas lika eller har lika tillgång till vård upplevs som mycket orättvisa.

Uppfattningen om lika vård handlar om flera olika saker. Det avser lika möjlighet till vård, lika delar eller lika mycket vård, lika rättigheter och lika skyldigheter. När det gäller *lika möjlighet* till vård åsyftas inte att slutresultatet (d v s den vård olika personer faktiskt får) ska bli precis lika utan att alla ska ges lika stor möjlighet att få vård. Genom att upplysa alla sökande om vilka alternativ som finns tillgängliga skapas en sådan likhet. Att stå och vänta i en kö och inte få information om att det finns alternativ som gör att man snabbare kan få vård anses inte rättvist.

*”Då (rättvis) tänker jag på, som jag tycker att vi har, vi kommer åt sjukvård allihopa.”*

*”Där jag står i en kö och har väntat där och blir upplyst om att i den här kön ska du stå och så får jag veta senare att det är någon som har köpt en plats utan att upplysa om att det finns en möjlighet att köpa sig plats..... det ska vara rättvist att man blir upplyst om att de här grejerna finns, man får välja, alla ska få samma chans.”*

Med lika avses också att få *lika delar* vård, att *”alla ska ha samma vård”*. Denna uppfattning bygger på att det som ska fördelas är möjligt att dela i just lika stora delar. Det handlar t ex om att vid resursbrist göra lika stora neddragningar för all typ av vård för alla. Det handlar också om att alla ska få lika bemötande.

*”Då kan det bli någon slags rättviseproblem och kan man kapa lite grann av alla.”*

*”Alla ska bemötas likadant så att den ena inte får fördel framför den andra. Det är väl i huvudsak det jag tänker på när jag hör rättvisa”.*

Det finns också inslag i resonemanget att detta med att alla får lika t o m är en rättighet som vi människor har. Rättvisa beskrivs dock inte bara i termer av allas *lika rättigheter* utan också som att alla har *lika skyldigheter*; att det är rättvist att samma regler gäller för alla (där jämförelser görs med att samma trafikregler gäller för alla vilket anses rättvist). När det gäller vården uppfattas det finnas en skyldighet för alla att ansvara för sin hälsa (diskuteras mer då vi kommer in på solidaritet i samband med vård i kap 3.4).

Uppfattningen att vården är möjlig att dela i lika delar har också sin motsats; att mycket faktiskt inte är delbart. Rättvisa i bemärkelsen absolut lika fördelning kan enligt det här sättet att se inte existera. En anledning till detta är att det på vissa områden är för många faktorer (ibland okontrollerbara) som påverkar utfallet.

Också vården måste fördelas med hänsyn tagen till olika förutsättningar. Så finns det t ex inte samma möjligheter till bot vid alla sjukdomar. Människor bor också olika långt från sjukhus och därmed finns alltid en i någon mening orättvis geografisk fördelning av vård.

*”Jag menar allt går ju faktiskt inte att bota (om att få lika vård).”*

*”Jag känner väl själv att det är tryggare att bo så här nära ett mer välrustat sjukhus. Men det kan inte alla människor få det så. De bor ju inte så.”*

### **3.3.5 Rättvis fördelning som att lika får lika vård medan olika får olika vård**

Det finns också en uppfattning bland intervjupersonerna att även om något skulle vara möjligt att dela på så är det inte rättvist att alla får lika i alla lägen. Istället handlar rättvis fördelning om att alla bör få *det som var och en behöver*. Olika behov bör leda till att man också får olika av det man behöver. Någon behöver t ex mer pengar än någon annan för att den personens utgifter är större, vissa länder har behov (t ex utbildningsbehov) som inte andra länder har. De förutsättningar som råder blir med andra ord viktiga att ta hänsyn till.

*”Nej det har inte med lika att göra. Man kan ju ha olika, eftersom man ju lägger olika saker i rättvisa, alla tycker ju inte som jag. Det är ju olika kulturer också. Det behöver inte vara 9-årig grundskola i världens alla länder. Det kanske inte är lösningen.”*

*”Det är inte rättvist att få göra samma saker i samma utsträckning utan det beror på vad individen vill.”*

*”Det kan bli olika men man ska på något sätt ha samma möjligheter att tillfredsställa också olikheter.”*



Samma förhållanden anses gälla för vård. Det uppfattas inte som rättvist om alla alltid får exakt lika vård, dvs att millimeterrättvisa eftersträvas. Människor med samma behov ska ha samma vård medan människor med olika behov behöver olika vårdinsatser eller olika mycket insatser för att det ska uppfattas som rättvist. Synen på rättvisa sätts i relation till målet med resursfördelningen. Om möjligt bör man eftersträva att människor ska må lika bra men för att uppnå det kan man behöva olika mycket. Om man är sjukare behöver man mer för att bli frisk jämfört med en person med en lindrigare åkomma som behöver betydligt mindre resurser för att må lika bra.

*”Det är inte så att om alla får exakt lika (vård) så blir det rättvist.”*

*”Utan det kanske är så att någon behöver lite mer för att klara sig än vad någon annan behöver och då så är det rättvist för då ligger man på samma sedan.”*

Uppfattningen att lika behov ska behandlas lika beskrivs också utifrån det som upplevs som orättvist. Det kan t ex handla om orättvisor med avseende på kostnaden för att åtgärda behov som uppfattas som likvärdiga, t ex ögonoperationer för synskärpa jämfört med egenfinansiering av glasögon eller kostnader för operation jämfört med kostnader för läkemedel när effekten anses bli densamma.

*”Min man är steriliserad och han fick gå och sterilisera sig gratis men skulle jag käka preventivmedel skulle jag få betala.”*

*”Jag skulle också vilja slippa mina glasögon men jag får ingen operation för att jag skulle slippa dom. Det är liksom sådana grejer tycker jag väl kanske är (orättvisa). Nu är jag inte insatt i det så jag vet hur allvarliga dom har men... jag får betala varje år 3000 till 4000 kronor.”*

Att med rättvisa mena att lika får lika och olika får olika kan också handla om att *samma prestation ska ge samma resultat*, som t ex *”lika lön för lika arbete”* medan löneskillnader mellan olika prestationer kan vara befogat. Exempel från vården handlar om att personer som själva presterat något genom att försöka undvika ohälsa eller skada ska behandlas lika till skillnad från personer som själva vållat sin ohälsa. Detta återkommer vi till då när det gäller uppfattningar om rimliga principer för en olik fördelning av vård (kap 3.5).

### **3.4 Reaktionen inför olik fördelning av vård**

Det finns uppenbarligen många olika bilder av hur fördelningen av vård ska se ut för att upplevas som rättvis. I intervjuerna finns också flera bilder av hur reaktionerna på en olik fördelning av vård - där någon eller några får en större del av vårdens resurser - kan vara.

Reaktionerna kan beskrivas i termer av;

- Egennyttans icke-acceptans
- Solidarisk acceptans
- Resignation
- Avsaknad av reaktion
- Tillit

### 3.4.1. Egennyttans icke-acceptans

En reaktion som beskrivs i intervjuerna är att människan i olika situationer är *sig själv närmast*. Förhållningssättet att vara sig själv närmast anses påverka den enskildes upplevelse av fördelning av vård på så sätt att det blir svårt att acceptera en fördelning av vård som går en själv emot. Denna reaktion uppfattas som ett mycket vanligt förhållningssätt bland människor; var och en önskar få den bästa möjliga vården både för egen del och för sina närstående. Att vilja ha den bästa vården kan t ex innebära att få tillgång till vård snabbt.

*”Personer tycker alltid att dom själva ska få den bästa vården. Det vill ju liksom alla och så. Vad man än har, de flesta, man är självvisk på det sättet det tror jag ju.”*

*”Eller om man är anhörig och har någon... när det gäller en själv vill man ju att det ska kicka igång direkt.”*

En förutsättning för att kunna ha denna uppfattning - att man själv vill ha bästa möjliga vård – verkar i våra intervjuer vara att man har något att jämföra med, antingen beträffande vårdens kvalitet eller vårdens tillgänglighet. Om man vid en jämförelse upplever att andra patienter får en i någon mening bättre vård kan det leda till att man blir upprörd och arg. Då man själv har möjlighet att välja, som t ex vid köp av läkemedel, kan valet anses självklart; man väljer det bättre av två möjliga alternativ.

*”Jag blir arg ..... ja om andra får bättre och varför dom inte hjälpa mig?”*

*”Nej det skulle jag inte acceptera... varför ska jag ha lite ont i njurarna av medicinen när inte Kalle Karlsson här borta ska ha det?”*

Egennyttan präglar också hur man uppfattar olika begränsningar av vård, t ex sådana neddragningar som berör eller skulle kunna beröra mig och som är svåra att acceptera. Hur stark egennyttan är uppfattas bl a bero på hur allvarligt tillståndet är som individen drabbas av och hur mycket oro detta skapar och vilka allvarliga praktiska konsekvenser ohälsan uppfattas få för den berörda (t ex i form av inkomstbortfall).

*”Jag skulle inte kunna svara på vad som är bäst att ta bort... vad jag tycker ska vara kvar är vad jag har mest nytta av. Man är egoistisk. Man är ju så.”*

*”Jag skulle nog bli väldigt otålig tror jag. Och det har ju bland annat att göra med att jag inte lika lätt som många andra kan vara sjukskriven. Sedan beror det ju på vilken åkomma det är. Är det något man är jätteorolig för så vill man ju komma vidare fort för den skull. Men också att min arbetssituation är sådan att det blir jättekrångligt om man ju blir sjuk... och den sjukpenning jag har förslår ju ingenting för det jag måste leja in.”*

*”Så vill man att det ska bli avklarat snabbt. Jag tror det för om det är så att man väntar på operation som dels är jobbig och man har besvär.”*

Även vårdpersonal uppfattas kunna drivas av någon form av egennyttan och ha svårt att acceptera en fördelning av resurser till vård som inte gynnar deras eget verksamhetsområde. Personal inom alla verksamhetsområden beskrivs vilja ha maximalt i en fördelning, både vid tillskott av resurser och i tider av nedskärningar, och då på bekostnad av andra områden.

*”Varje område inom vården tycker förstås att sitt område är viktigaste... man tar ju inte bort sitt eget”.*

*”Sedan att läkare och vårdpersonal, det är samma sak där. Det går inte... det är för vinklat på något sätt för läkare och vårdpersonal vill naturligtvis att alla resurser ska hamna på deras bord. Om man nu jobbar på akuten så vill man; vi ska ha mest pengar eller i varje fall vårt sjukhus ska ha.”*

Uppfattningen om egennyttan kan också förknippas med någon sorts skam över att egennyttan påverkar i den omfattning som den faktiskt gör. Ord som ”själviskhet” och ”egoism” används i detta sammanhang och en önskan uttrycks att egennyttan skulle vara mindre drivande för oss människor. Samtidigt framhålls att i den stund man själv är i behov av vård funderar man inte längre över om man upptar resurser för någon annan som i och för sig skulle kunna behöva vården bättre. I dessa tankar finns också inslag av att man har *gjort sig förtjänt av vården* genom att bidra till den gemensamma skattefinansieringen och att det därför inte finns någon anledning att stå tillbaka för andra (som i och för sig också troligen betalat sin skatt).

*"Vet man att det är bra... att det är bäst då är det klart att man vill ha det. Man strävar ju alltid mot det även om man inte... även om man inte vill vara sådan."*

*"Jag tror inte man tänker på att det inte räcker till någon annan för givetvis vill man ju alltid ha det bästa själv. Jag skulle ju inte, typ om någon säger... om du blir av med smärtan så får inte Kalle hjälp. Det vill jag ju inte höra liksom... har man själv ont så struntar man rent ut sagt i vad dom andra får."*

*"Återigen man är med och betalar skatt och det här och då vill man ha det bästa... det tror jag."*

### 3.4.2. Solidarisk acceptans

I motsats till bilden att egen nytta leder till att man inte kan acceptera en fördelning som går en själv emot, finns också uppfattningen att det är fullt acceptabelt att *själv stå tillbaka till förmån för andra* "att vara solidarisk även med beslut som går mig emot". Det kan t ex gälla tillgänglighet till vård, d v s att acceptera att själv vänta på vård för att någon annan ska kunna gå före. Denna uppfattning - att dela med sig, att låta andra få mer eller t o m att låta andra få medan jag själv inte får - bottnar i en insikt om att det är naturligt att det i en fördelning finns minst två parter och att det inte är rimligt att själv alltid vara den gynnade parten. Solidarisk acceptans, som vi har valt att kalla denna inställning, förväntas emellertid också gå åt andra hållet, d v s att *andra står tillbaka till förmån för mig*. På vilka grunder det är rimligt att stå tillbaka för andra kommer vi att presentera längre fram i kapitlet om rättvisa fördelningsprinciper (kap 3.5). Att kunna acceptera att människor har olika behov som måste tillgodoses verkar vara en viktig grund för en solidarisk hållning.

*"Jag menar för mig som person så betyder kanske andra saker mera i och med att jag inte hamnat i vården men hon som går på andra sidan med kryckor där borta i röd jacka så är ju vården av mycket, mycket större betydelse. Och det förstår jag. Jag accepterar det. Det är på samma sätt med kultur. Jag tycker att det ska finnas genom att vi lever i samma gryta höll jag på att säga, då ska det finnas saker för alla människor. Jag har inget emot vare sig fotboll eller basket eller vad man vill. Då vill jag också att kulturen ska vara med på samma bord så att säga. För mig är det en rättvisefråga som att vi alla, att vi måste acceptera att vi lever tillsammans och att man inte utesluter vissa grupper på något sätt. Jag menar även om jag inte delar vissa andra preferenser och saker och ting som ska finnas i en kommun så har jag accepterat det."*

*"Så räddar jag tio barn istället om jag hoppar över min operation och väntar i fem år. Javisst om jag kan rädda dom här barnen då kan jag ha ont i fem år."*

*"Någon måste ju vänta och nu är det jag som får vänta. En annan gång kanske det är en annan person."*

Motivet för att stå tillbaka vid fördelning av vård kan dock uppfattas som oklart. Kanske är det mer ett uttryck för en mindre krävande personlighet, en ”snällhet”, än för en medveten solidarisk handling. Solidaritet beskrivs ibland mer som ett ideal än som en reell verklighet, något man önskar skulle prägla allmänhetens inställning till fördelning av vård, där ord som ”medmänsklighet” och ”ödmjukhet” används.

*”Jag tänker kanske mera på att tänka lite medmänskligt... kan försöka få varandra att förstå.”*

*”Om de som har makt på ett eller annat sätt skulle tänka mer altruistiskt istället för egoistiskt då tror jag man skulle kunna få rättvisa.”*

*”En större ödmjukhet, mera kärleksfullhet och acceptans. Det är nog kärnan i det här med rättvisa.”*

Solidaritet kan också handla om att människor bör agera så att man inte ska behöva vända sig till vården utan *aktivt undvika onödig konkurrens* om tillgängliga resurser. Det kan både handla om att hålla sig så frisk som möjligt och om att inte söka vård i onödan för sådant som går över av sig självt.

*”Dom kanske på något sätt utnyttjar sjukvården och så kanske egentligen inte behöver uppsöka sjukvården utan om man avvaktar ett par dagar till hemma så tror jag man... jag har en känsla av att det har varit så i alla fall att mycket tid har gått till akutfall som om man väntat hemma någon dag, eller något, eller ett tag så hade det löst sig... jag har en känsla av att det gått en del pengar.”*

*”Men man har ju ansvar för sin kropp. Att man kanske måste sköta sin kropp för att klara sig undan en del sjukvård... man har ett eget ansvar hur man lever... så att man inte missköter sig... så den vård som det kräver tar allt i anspråk för den som blivit sjuk på annat sätt.”*

### 3.4.3 Resignation

Inställningen att stå tillbaka som ett uttryck för solidaritet, bygger på att man ser en fördelning som möjlig att påverka (t ex genom att strida för att komma före i en kö eller för att få tillgång till en viss operation) men att man av olika skäl väljer att avstå för att någon annan ska få företräde. Att stå tillbaka vid fördelning av vård kan också uppfattas som en *tvingande situation* som man upplever som opåverkbar. Reaktionen på en olik vård lutar då mer åt uppgivenhet och maktlöshet än acceptans. Att resignera inför en given fördelning av vård man själv upplever sig missgynnad av kan också beskrivas som en tvingande strategi för att inte fastna i en negativ upplevelse.

*”Vad har man för val då man får det beskedet (att man får stå tillbaka)? Antingen blir man sur eller accepterar man det.”*

*”Jag kanske är så att jag blir arg och försöker strida en stund och sedan accepterar man nog som det är.... För någonstans måste man nog till slut acceptera, som en ren självbevarelsedrift... för att inte allt ska kretsa kring det måste jag kanske acceptera att ta den (en rullstol) som är lite sämre och försöka leva vidare.”*

#### **3.4.4 Avsaknad av reaktion**

Det är inte alltid intervjupersonerna uttrycker någon reaktion på en olik fördelning av vård. Eller rättare sagt, det finns en uppfattning att det inte går att reagera på något särskilt sätt p g a det enkla faktum att kunskap saknas om hur fördelningen av vård faktiskt ser ut och att det därmed inte går att bedöma om den är rättvis eller ej eller om de själva är gynnade eller missgynnade av en fördelning.

*”Jag är inte kapabel att bedöma vad som är bästa vården för jag är lekman. Det är ju som när man lämnar in något på lagning och dom mekar med den och dom har gjort så och så, nu är den jättebra. Det vet ju inte jag och det är likadant med vården.”*

*”Det är jag inte säker på att man alltid vet. Jag har inga referensramar att gå till. Jag vet inte om det finns ytterligare resurser att gå till... jag vet inte om jag har några marginaler att dela med mig av.”*

#### **3.4.5 Tillit**

Slutligen finns den eller de intervjupersoner som beskriver att de helt enkelt inte funderar över hur fördelningen av vården är, utan ser *rättvisan som en självklarhet*. Rättvisan behöver inte prövas ytterligare. Av resonemanget i intervjuerna framgår inte i vilka situationer som denna tillit finns; är det endast om fördelningen är till min fördel (att jag är nöjd) eller kan man också ha tillit till ett resultat som går en emot? Att ha tillit beskrivs också som en defaitistisk inställning, att man antagligen mår bäst av att försöka ha tillit till en olik fördelning i vården och se denna som rättvis. Reaktionen tillit uttrycks också som en *önskan om att kunna lita på* att personalens agerande leder till en rättvis fördelning.

*”Jag tänker inte... litar på att vården är bra.”*

*”Jag behöver inte fråga om rättvisa... jag är nöjd.”*

*”Om jag visste att jag hade hjärtfel så tror jag att jag skulle ha förtroende för dom människor som har satt upp dom här riskfallen först. Jag tror det men det är inte lätt att veta.”*

### 3.5 Uppfattningar om rättvisa principer för fördelning av vård

*”Vi måste tillsätta så mycket resurser så att det går att täcka det vårdbehov som finns men jag antar att det är underskott. Att vi inte kan vårda alla som behöver vård och då måste något slags system upprättas.”*

I en situation där inte alla kan få allt i vården uppstår frågan om vad som är en rimlig grund för att någon –eller några – ska ha mer eller mindre av vårdens resurser (t ex i form av kortare eller längre väntetider). Frågan kan också gälla på vilka grunder det är rimligt att vissa får del av gemensamt (offentligt) finansierad vård medan andra inte får tillgång till sådan vård. De olika uppfattningarna om rimliga grunder för fördelning av vård som kommer fram i intervjuerna grundar sig dels på vad som betraktas som rättvisa och dels på vad som uppfattas som orättvisa grunder i dagens fördelning av vård (här beskrivs för övrigt en osäkerhet kring vilka fördelningsprinciper som faktiskt gäller i dagens vård).

De uppfattningar om fördelningsprinciper som finns representerade bland de intervjuade handlar om:

- Personliga egenskaper
- Hälsotillstånd
- Behov
- Antal drabbade
- Behandlingsnytta
- Samhällsnytta
- Självförvällande
- Valmöjligheter

#### 3.5.1. Personliga egenskaper

Det ska inte finnas någon koppling mellan fördelning av resurser och individens personliga egenskaper som t ex kön och etnicitet *”som samma pris för alla på bussen”*. Alla *människors lika värde* framhålls som en viktig princip i vårt samhälle; en människosyn som också bör prägla vården. Denna princip beskrivs som en mycket viktig grund för fördelning, gränsande till en rättighet som vi människor har; rätten till samma vård oavsett vem vi är. Personliga egenskaper uppfattas med andra ord inte som en rättvis fördelningsgrund.

*”Det handlar väl om någon allmän människosyn att alla människor har ett lika värde.”*

*”Han är människa, jag är människa... Varför dom hjälper mig men inte den? Alla människor ska ha samma om man är utlänning eller inte. Det ska vara rättvisa.”*

*”Ja att alla har rätt till samma vård. Om det är socialklass fem eller om det är kungen så har vi rätt till samma vård.”*

Det finns dock en personlig egenskap som kan uppfattas som rimlig att ta hänsyn till vid fördelning av vård och det är *ålder*. Det kan t ex anses rimligt att sjuka barn får större del av vårdens resurser än andra åldersgrupper i samhället. Flera olika argument används för att motivera detta. Ett sådant argument är att hälsa hos barn kan betraktas som en investering för oss alla i samhället. Barn kan också behöva få snabbare tillgång till vård än vuxna. Argumentet här är att barn inte är i stånd att förstå att de måste vänta på vård och att de därmed har svårare att hantera väntetider. Barn uppfattas som helt beroende av vuxnas bedömningar och välvilja för att deras behov ska bevakas, vilket också anses motivera att barn särskilt ska prioriteras.

*”Jag tror inte någon skulle tycka det var en onödigt satsning (på barnsjukvård). Barn är ju vår framtid.”*

*”Jag vurmar väldigt mycket för barn, dom ska alltid gå före tycker jag.... Dom ska ha pengar, så är det bara... för barn dom kan inte styra något själva. Dom är helt hjälplösa, dom måste lita till alla vuxna.”*

När det gäller rättvisa och fördelning av vård till äldre personer förekommer två delvis motsatta uppfattningar; å ena sidan att äldre personer missgynnas vid fördelningen av vård idag, å andra sidan att så inte är fallet utan att satsningar görs på människor högt upp i åldrarna utan hänsyn till ålder. Hög ålder som grund för en mindre tilldelning av vård kan upplevas som orimligt eftersom ett kvalitativt gott omhändertagande ses som oerhört viktigt genom hela livet, även i livets slutskede. Tvärtom kan hög ålder ses som en rimlig grund för en större tilldelning av vård t ex genom att låta äldre personer gå före i en kö. Orsaken till detta framgår inte helt tydligt i intervjuerna, men kan handla om att visa den äldre generationen respekt.

*”Men jag tycker det ska inte vara så att man tycker, tja hon eller han är för gammal .... det är inte mycket att göra, han kanske har ett halvår kvar så då är det inte mycket att ödsla tid på. Det tycker jag är orättvist, så ska det inte vara.”*

*”Man kan vänta så att dom gamla får vård först.”*

*”...som blev 94 år... han tyckte själv att han var så gammal så det här är väl inget att hålla på med sa han direkt och då hade läkaren nästan blivit arg och sagt att det här är inte frågan om ålder utan det här ska vi se till att du blir av med och så spelar det ingen roll med ålder.”*



Det finns som vi kan se helt klart en del motstridiga uppfattningar när det gäller åldersprioritering; d v s huruvida det är rimligt att någon åldersgrupp ska ha företräde. Kategoriska åldersgränser uppfattas dock som klart orimliga för vägledning vid fördelning av vård.

*”Sämsta (ransonerings)beslutet det var ungefär att barn som är födda i sjuätte månaden... där går gränsen... så kategoriskt det skulle vara det sämsta.”*

### 3.5.2. Hälsotillstånd

En annan fördelningsprincip i intervjuerna handlar om att resurserna för vård i första hand ska gå till dem som har ohälsa. Vad som menas med ohälsa är dock inte riktigt entydigt. Det talas bland annat om att det ska vara en *mental eller fysisk medicinsk påverkan*, s k medicinska behov. Definitionen av ohälsa uppfattas också vara beroende av grundorsaken till ohälsan, d v s om behoven är förorsakade av *sjukdom eller skada*. Att ha någon typ av *risk för ohälsa* uppfattas också som en rimlig grund för att få del av vården eller att erhålla förhållandevis mer av vårdens resurser än den som inte har motsvarande risk.

*”Det måste på något sätt vara knutet till hälsan, om det är en hälsorisk eller påverkar hälsan både mentalt och fysiskt då är det berättigat att vården går in för då är det ju vård det handlar om.”*

*”... alla bedöms efter den sjukdom eller skadans art... koncentrationen ska ligga på grundorsaken.”*

*”Då kan jag acceptera att någon som har behov av att gå förbi av medicinska skäl.”*

I frågan om vilka som rimligen bör stå tillbaka till förmån för dem som har ohälsa utpekas individer vars tillstånd inte kan betraktas som sjukdom eller skada utan t ex har att göra med egna upplevelser kring utseendet. Här finns dock olika åsikter om var gränsen bör gå för att offentligt finansierade insatser ska vara motiverade. En uppfattning är att det inte är rimligt att vården åtgärdar utseendeförändringar som hör ihop med normalt åldrande, ligger inom normalvariationen för hur vi människor ser ut eller är uttryck för dagens skönhetsideal (t ex ideal med fylliga läppar på kvinnor). Sådana insatser beskrivs som *flärd*. *Avvikelser från det normala* utseendet uppfattas däremot som en rimlig grund för att tilldelas vård (dock framgår inte hur prioriterat ett sådant vårdbehov ska vara i relation till annat). Även tatueringar, som ofta framhålls som exempel på vad som inte är att betrakta som ohälsa, kan dock uppfattas som en risk om de t ex placeras i korsryggen där man kan komma att behöva lägga en ryggmärgsbedövning. I sådana fall kan det uppfattas som rimligt att den offentliga vården ska stå för kostnaden att ta bort tatueringen.

Det finns också de som är mindre kategoriska och menar att skönhetsoperationer skulle kunna vara befogade också rent utseendemässigt om personen ifråga anser sig lida mycket, d v s om någon form av mental ohälsa föreligger.

*”Det ska inte vara den här rena lyxen... ja det kan kanske vara att man inte accepterar att man åldras.”*

*”En del ångrar givetvis att dom har tatuerat i ansiktet eller på halsen eller någonting som bara lyser och dom vill ta bort. Det måste man nästan få göra tycker jag. Men sedan en fjärl på axeln får dom nog bita ihop och ha kvar för att inte knuffa undan någon som behöver operera något viktigare... en viss form av skönhetsoperationer behöver få finnas.”*

*”Det kan ju också vara typ skönhetsoperationer. Det kan vara att någon nästan är perfekt men vill kanske förstora tutarna. Det får dom stå för själva.”*

*”Jag tänker på kvinnor som har för stora bröst för det kan ju påverka både det ena och det andra med belastning på axlar och rörelseapparaten och där kan det finnas ett berättigande att vården går in och justerar.”*

### 3.5.3 Behov

Att tillhandahålla vård utifrån storlek på behov framhålls också som en rättvis fördelningsprincip.

*”Att dom mest behövande får vård först.”*

I resonemangen om behovets storlek vägs *svårighetsgraden* av ett tillstånd in, framför allt om det är livshotande eller innebär ett stort mått av lidande, t ex med mycket smärta. Cancerpatienter är en grupp som nämns i det sammanhanget. Sådana allvarliga tillstånd beskrivs som *”primära”* eller *”basala”*. Allvarlighet beskrivs också i termer av vilka konsekvenser sjukdomen eller skadan får, d v s hur handikappande sjukdomen är när det gäller att kunna fungera i vardagen. Det kan också handla om tillstånd där det finns en *risk* att det allvarligt förvärras om inget görs. I intervjuerna kan man också finna någon sorts rangordning där ett livshotande tillstånd utgör det största behovet, stora konsekvenser i vardagen som t ex att inte kunna utföra sitt arbete som ett något mindre behov och att *”bara”* ha smärta som ett ytterligare mindre behov.

*”Ja det beror naturligtvis på vad jag lider av (om acceptans att vänta) så att säga men är det något som inte är livshotande eller, vad ska jag säga, tenderar att bli sämre på det viset.”*

*”Ja om inte mitt problem är livshotande utan jag har bara ont (kan jag vänta).”*

*”Jag hade ju bara ont då men jag kunde ju gå och jobba och allt. Jag hade ju värk då men visst jag kunde ju vänta.”*

Även om tiden man väntat på vård också används som ett kriterium för att kunna ta ställning till hur stort ett behov är (ju längre man väntat desto större upplevs behovet av vårdens insatser vara), så beskrivs allvarlighetsgrad som det mest avgörande kriteriet. Den som har störst behov av vård, eller är mest behövande, ska enligt denna uppfattning relativt sett erhålla mer vård jämfört med personer med mindre behov. Det kan t ex innebära att de med störst behov ska ha snabbare tillgång till vården, men också att de ska erhålla bättre kvalitet t ex i form av dyrare mediciner än de med mindre svåra tillstånd.

*”Om det bara fanns en behandling och vi var två om den får man väl hoppas att det görs en bedömning om vem som behöver den bäst. Det kan ju vara svårt att acceptera för då vill man ju gärna att det ska vara en själv. Men om det är uppenbart att den andra personen behöver det bättre då kan man acceptera det.”*

*”För att när jag skulle göra min plastikoperation så var jag helt inställd på att jag skulle få vänta på vård och inga problem. Jag förstod att är det någon som har skadat sig allvarligt i ansiktet eller någonting så ska den personen naturligtvis gå före mig. Även om jag stått ett halvår i kön och väntat... ja och svårt sjuka cancerpatienter måste naturligtvis ha företräde.”*

*”Men om man är allvarligt sjuk då tycker jag att man ska få rätt dyra mediciner, hög nivå på sjukvården.”*

Patienter med mindre allvarliga tillstånd ska med andra ord vara de som bör stå tillbaka för patienter med mer allvarliga tillstånd. Då lindriga tillstånd, som t ex enklare sårvård, uppfattas erhålla för stor del av vårdens resurser, upplevs detta som orättvist

### **3.5.4 Antal drabbade**

Hur många människor som gynnas av en insats inom vården kan också påverka uppfattningen om vad som är en rättvis fördelning. Rättvisa innebär då att så många som möjligt får fördelar av en fördelning och att fördelningar i vården därför bör göras med detta som mål. Samhället bör inte lägga (för) stora resurser på sådant som inte gynnar många människor och viceversa, relativt större resurser bör läggas på de *stora sjukdomsgrupperna* som t ex stroke. Att inte gynna sådana stora grupper betraktas också som politiskt omöjligt. Att själv stå tillbaka vid en fördelning kan kännas mer acceptabelt om det gynnar ett större antal människor (förutsatt att det inte handlar om livshot eller andra stora konsekvenser för den enskilde). Att känna till hur många som drabbas av sjukdom och hur många som vårdas inom olika specialiteter i vården anses därför vara viktigt som underlag för beslut om fördelning av vård.

Mest rimlig förefaller den fördelning vara som både tar hänsyn till allvarlighetsgrad och antal drabbade.

*”Det känns ändå som att dom delar av sjukvården som täcker flest människor där vill man att det ska fungera.”*

*”Då skulle dom säga (angående bästa sätt att göra ransonering) att nu måste vi ta bort dom här åderbråcksbehandlingarna... vi ska använda pengarna till att hjälpa en större grupp människor som har något annat problem istället.”*

*”Ja man får väl göra en mix därav (som beslutsunderlag), hur många som har sjukdomen och hur svårt sjuk man är.”*

I valet mellan antal drabbade och allvarlighetsgrad uppges dock att allvarlighetsgraden är en mer rimlig fördelningsprincip än antalet drabbade.

*”Om det är 100 000 som har en lätt åkomma som inte drabbar så mycket och så kanske det finns 1000 personer som har något som dom lider fruktansvärt av då kanske man skulle låta dom 1000 få behandling istället.”*

### 3.5.5 Behandlingsnytta

En annan rimlig fördelningsprincip anses vara i vilken grad man har nytta av vårdens insatser. Om det är så att det är nyttan med en insats som avgör huruvida man får vård eller inte (eller på annat sätt får stå tillbaka) så anses detta vara en rimlig princip (som dessutom anses viktig att förmedla till patienten så att inte missförstånd uppstår t ex om åldersdiskriminering). Att sätta in insatser som inte upplevs förbättra patientens situation, utan t ex endast förlänger liv, uppfattas som tveksamt (t ex sondmatning till långvarigt icke kontaktbara).

*”Vad jag förstår att man inte ger dom något skäl till det här (att inte operera en äldre person). Det tycker jag att man i så fall ska göra. Att det är omöjligt och operera och då ska man tala om det i så fall. Och säga att det är bättre att inte operera utan vi gör det här istället.”*

*”Man kanske kommer till det att det inte går att göra mera. Då kanske den personen (äldre) har svårt att acceptera det och då kanske den upplever det så att jag inte får den vården som jag skulle vilja ha.”*

### 3.5.6 Samhällsnytta

En annan fördelningsprincip som diskuteras har med individens sociala ställning att göra och hur ”nyttig” personen i någon mening är för samhället. Å ena sidan finns uppfattningen att det inte är rimligt att samhällsnyttan ska påverka vilken vård man får. Exempel i intervjuerna gäller idrottsmän kontra andra vårdtagare, där idrottsmännen anses orimligt gynnade både vad det gäller tillgänglighet och kvalitet på vården. Detsamma gäller politiker eller andra högt uppsatta personer i samhället som t ex våra kungligheter.

Även om dessa personer kan beskrivas som *viktigare för samhället* anses det inte som ett tillräckligt skäl för att ha företräde till vård.

*”Ja jag tror inte våra toppolitiker står i någon väntekö... det är fel.”*

*”Det ska gälla lika vård för alla. Någon ska inte kunna gå före i kön bara för att han är elitidrottare. Fotbollsspelare får ju operera knäet dagen efter sin skada men en pensionär är inte säkert att dom opererar överhuvudtaget... ofta så har ju idrottsläkare, bara för att ta idrotten då, dom är ju väldigt duktiga, dom är ju riktiga specialister.”*

Den motsatta uppfattningen, att samhällsnyttan ska få spela en roll vid fördelning av vård, finns också bland de intervjuade. Idrottsmän ses här som mindre nyttiga än en del andra medborgare i samhället och att det därför är rimligt att de får stå tillbaka till förmån för andra. Ett motiv för samhällsnytta som fördelningsprincip är att genom att ge förtur åt personer som anses samhällsnyttiga så kan flera människor gynnas. Ett exempel som lämnas är när läkare ges förtur så att de i sin tur kan fortsätta hjälpa andra sjuka eller skadade. Samhällsnyttan betraktas också ur ett mer direkt *samhällsekoniskt perspektiv*. Här görs kopplingar till de som är arbetsföra och riskerar att gå sjukskrivna om de inte får tillgång till vård på ett adekvat sätt vilket anses samhällsekoniskt oklokt.

*”Idrotten är jätte viktig social grej som jag är enormt intresserad av alltså. Men om man tittar på... det finns människor som är bra mycket nyttigare då för samhället.”*

*”Antag att en läkare får förtur vid egen sjukdom så kan detta gynna hans/hennes patienter som eljest fått vänta på behandling.”*

*”Men om jag inte vore arbetsföra... skulle det ju vara dumt att gå och vara sjukskriven om jag inte skulle behöva vara det.”*

När det gäller samhällsekonomi finns också uppfattningar om vilka insatser riktade mot ohälsa (t ex förebyggande insatser) som rimligen bör tilldelas mera resurser för att samhället ska producera mest hälsa för de pengar som investeras i vården.

*”Det är samhällsekoniskt korkat med så lite förebyggande, man borde prioritera kost och allt från grunden.”*

### 3.5.7 Självförvällande

Ska man vid fördelning av vård ta hänsyn till om en individ orsakat sin sjukdom eller skada själv? Det finns uppfattningar bland intervjupersonerna att detta är en rimlig fördelningsprincip. Med självförvällande menas när individen själv har ansvar för att ohälsa uppstått. Det kan handla om något individen medvetet gör, t ex ändrar sitt utseende genom att skaffa sig en tatuering som man sedan vill ta bort och därmed "belastar" vården. Som vi tidigare sett så kan misspyrdande tatueringar uppfattas som att de egentligen inte har med ohälsa att göra och därför faller utanför det offentliga åtagandet. Andra situationer som hör ihop med självförvällande anses vara där individer agerar så att de *medvetet tar onödiga risker* för skada t ex i samband med alkoholintag. Om skada då uppstår finns uppfattningen att, i en valsituation, ska den som själv varit skuld till sin skada stå tillbaka för den som inte själv kunnat påverka sin hälsa. Har man däremot genom otur och utan att ha kunnat påverka sin situation drabbats av skada finns ingen anledning att stå tillbaka. Här finns också kopplingar till det som tidigare sagts om att människor har någon form av skyldighet att försöka hålla sig friska som en solidaritetshandling med de som drabbats värre och därmed behöver vårdens resurser bättre.

*"Tatueringar... de har ju haft råd och betalat dyra pengar för att sätta dit dem då tycker jag också att jag ska betala för att ta bort det."*

*"Om hon är full och åker ut i båten... kör vansinnigt fort och krockar med en annan båt där de sitter och fiskar, i en eka med flytvästar, nyktra och sitter ner i båten... och vi får samma skador..... ja jag vill inte att den där onyktra ska få vård först."*

Men det finns även tveksamheter kring självförvällande som grund för att stå tillbaka. Denna tvekan har att göra med att mycket av den vård som ges idag riktas mot sjukdomar eller skador som på något plan är självförvällade men där det ändå upplevs som rimligt att offentliga vårdresurser tillhandahålls. Trots att mycket av den ohälsa som drabbar människan anses möjlig att påverka genom vårt eget handlande, anses det ändå rimligt att kalkylera med ett visst mått av otur i människors liv utan att de för den skull ska missgynnas i vården.

*"Men det kan ju typ vara brännskador som förstört ansiktet och så där. Då tycker jag att det är en självklarhet att sjukvården ska hjälpa till att liksom försöka. Det har ju varit otur, det har dom ju inte gjort själva."*

*"Många olyckor man hamnar i har man ju liksom vållat själv. Hade man gjort på ett annat sätt så hade olyckan inte hänt."*

### 3.5.8 Valmöjlighet

Slutligen finns också uppfattningen att valmöjlighet är en rimlig princip för en olik fördelning av vård. Med valmöjlighet avses om det finns möjligheter att få sina vårdbehov tillgodosedda utanför det offentliga systemet. Finns sådana möjligheter kan det uppfattas som ett rimligt skäl till att stå tillbaka när det gäller den offentliga vården.

*”Om det finns andra vägar man kan söka utan att smita före...  
om det finns andra vägar att få hjälp.”*

Vi kan notera att det finns två helt motsatta uppfattningar om *egenfinansiering av privat vård*. Å ena sidan finns en acceptans för att stå tillbaka om den insats människor behöver finns tillgänglig på annat sätt, även om det innebär att individen helt eller delvis måste bekosta denna vård själv. Denna acceptans för egenfinansiering blir än mer tydlig när det gäller vårdinsatser som inte upplevs handla om ohälsa utan har med utseendet att göra. Jämförelser görs mellan att betala för vård och att betala för annat som vi människor anser oss behöva, t ex nöjen. Vad som är en rimlig kostnad för vård anses vara en personlig prioriteringsfråga.

*”Om man tycker det är angeläget (att ta bort tatueringar) så kanske det är värt att det kostar en slant.”*

*”Om det finns två behandlingar och två personer och du skulle kunna få den men det kostar 300 000 kronor då vill jag nog ändå göra det valet. Man får offra något annat istället, sälja bilen eller något annat vad som helst.”*

*”Nej säger dom då, det är så dyrt att gå (till vården) och det kostar 200 kronor. Samma människa kan sitta på krogen för 400 kronor på lördagskvällen. Det är ju också en prioritering.”*

Det går också att hitta den motsatta uppfattningen; att det är en rättvisefråga att alla ska ha ekonomiska förutsättningar att få samma tillgång till och kvalitet på vård och att möjligheten att själv bekosta vård därför inte utgör någon rimlig fördelningsprincip. Att den som har råd att köpa sig vård har företräde till vårdens resurser jämfört med den som saknar sådana ekonomiska resurser upplevs som orättvist.

Det finns å ena sidan en uppfattning att individens privata ekonomi inte spelar någon roll i dagens sjukvård eftersom den största delen av vården i Sverige är offentligt finansierad och finns att tillgå till en rimlig kostnad. En annan mindre positiv bild är att det redan idag finns en orättvisa i och med förekomsten av privata försäkringssystem och privata vårdalternativ som kan ge snabbare tillgänglighet. Vissa samhällsgrupper som t ex äldre med sämre ekonomi uppfattas som exempel på utsatta grupper. De intervjuade som kommer från andra länder har definitivt den senare bilden av sina hemländer; den privata ekonomin spelar där en mycket stor roll för vilken vård man får vilket påverkar tilliten till vården. T ex har människor med cancer inte alltid råd med smärtstillande mediciner eller sjukvård.

*”Vi kommer åt sjukvården allihopa oavsett inkomst och det tycker jag är rättvist. Att man inte är beroende av att ha tecknat en försäkring... alla har inte den möjligheten.”*

*”Dom resurser som finns dom fördelas nog beroende på vem man är och ibland kanske också hur mycket pengar man har... nej jag tycker inte vården är rättvis.”*

*”Det är ju en rättvisefråga på något sätt om man kan betala för att få sin grej gjord. Det är lätt så att säga men om man är en gammal man som inte har så mycket pengar och som skulle behöva göra samma sak men inte har råd att göra det. Då har man ett rättviseproblem.”*

En annan typ av valmöjlighet handlar om *alternativ geografisk tillgänglighet*, d v s om alternativ finns inom den offentliga vården utanför det egna närområdet. Om ett sådant alternativ finns och patienten själv tackar nej till detta så anses ingen orättvisa föreligga om den personen måste vänta på vård.

*”Vi har nu kö på höftleder, vi har kö på ögonoperationer... vi räknar med att det kommer att ta så här mycket (tid) och samtidigt talar om att du har möjlighet att åka till Oskarshamn, till Västervik där kön är lättare... istället för att gå här och vänta.”*

*”Vill man inte åka till annat sjukhus får man stå i kö... har inte med rättvisa att göra utan det egna valet.”*



### 3.6 Uppfattningar om rättvisa beslutsfattare vid fördelning av vård

Även om det finns uppfattningar bland de intervjuade om att viss fördelning inte kan styras av människorna själva, så handlar samtalen i första hand om det som de själva kan påverka och fördela. Det är långt ifrån självklart att de intervjuade vet vem som fattar den typen av beslut idag.

*”Jag vet inte hur det går till idag. Jag tänker att det är väl nästan politiska beslut, eller...?”*

Vilka egenskaper är det då som gör att de som ska besluta om fördelning av vård uppfattas som rättvisa? I intervjuerna beskrivs både lämpliga och vad som anses vara mindre lämpliga egenskaper. Rättvisa beslutsfattare beskrivs av de intervjuade på något av följande sätt:

- Personer med kompetens
- Personer med överblick som ser till helheten
- Personer med rätta sinnelaget.

Att vara en rättvis beslutsfattare är inte knutet till vilket resultat det blir av fördelningen. Här har vi ju sett att många olika resultat kan uppfattas som rättvisa, det behöver inte bli lika eller som en av de intervjuade uttrycker det när det gäller rättvisa beslutsfattare;

*”Handlar kanske mer om att försöka handla rättvist än att det blir absolut lika.”*

#### 3.6.1 Personer med kompetens

En god utbildningsnivå i befolkningen uppfattas som en viktig förutsättning för att uppnå rättvisa i ett samhälle och även basala färdigheter som att kunna läsa och skriva räknas dit.

*”Ja det här med att kunna läsa och skriva igen, då tror jag det blir bättre förutsättningar för rättvisa.”*

När det gäller beslut om fördelning av vård är en av uppfattningarna att det krävs viss kompetens hos beslutsfattare för att en rättvis fördelning ska kunna uppstå. Inte minst vårdpersonalens kompetens anses viktig i och med att de finns närmast dem som har behov av vård, ”*mitt i vardagen*”.

Deras kunskap upplevs bli att omfatta hur många som drabbas av olika sjukdomar, vilka behoven är av olika vårdinsatser och vad kostnaderna för dessa är. Såväl *teoretiska kunskaper* som *erfarenhet* betraktas som viktigt. Med vårdpersonal avses här alla som arbetar i vården; läkare, sjuksköterskor, vårdbiträden m fl där de olika yrkesgrupperna anses komplettera varandra med viktig kunskap. Vårdpersonalens kompetens behövs framför allt för att fatta beslut om den resursfördelning som sker närmast patienterna.

*”Jag vet inte men dom som har erfarenhet av det här behovet måste ju vara dom som jobbar i vården och tar emot dom här patienterna. Det måste ju vara dom som har mest erfarenhet av hur stort behovet är.”*

*”Nej läkare, det finns ju folk, sjuksköterskor och alla som jobbar inom vården och som har väldigt mycket att tillföra till läkare och talar om hur patienterna är.... Ta till vara deras kunskaper... behåll så och så mycket av det och så mycket skulle vi behöva och där brister det i åldringsvården, dom får vänta för länge, och där har vi eventuellt lite pengar över och det kan vi omfördela.”*

Även politiker uppfattas behöva kompetens för att vara lämpliga som beslutsfattare, en egenskap som dagens politiker i viss mån anses sakna. Det anses som orimligt att om bara en politiker har rätt partibeteckning kan hon eller han sättas till att bestämma i frågor där vederbörande saknar kompetens; *”man har ingen aning”*. Det är dock inte lika tydligt vad en politikers kompetens faktiskt ska omfatta för att hon eller han ska uppfattas som en rimlig beslutsfattare. Att ha en *allmän kännedom om hur vården fungerar* förefaller dock viktigt. Vad politiker inte behöver ha kunskap om nämns däremot i intervjuerna, t ex medicinska detaljer eller exakta kostnader för specifika vårdinsatser. Den ideala politikern är en person som har någon slags bakgrund inom vården. Att genomgående kräva detta anses dock inte realistiskt. Eftersom politiker inte upplevs ha tillräcklig kunskap om vården anses det viktigt att de skaffar sig den information de behöver av andra mer sakkunniga eller genom att skaffa sig egna erfarenheter.

*”Någon som inte bara har läst sig till sin position utan någon som har livserfarenhet och har jobbat med människor och har jobbat inom vården ett tag ordentligt.”*

*”Politiker ska inte kunna känna till medicinska finesser och vad det kan vara för någonting, läkarvetenskapens rön och sådant vad som finns och inte finns och hur mycket resurser som krävs. Det kan man inte begära att politiker ska kunna. Om det skulle finnas någon sådan politiker skulle det vara väldigt udda.”*

*” Hur många politiker vet om hur det fungerar på ett vårdhem? Hur många vet hur det fungerar på en akutmottagning? På lasarettet hur ser en dag ut för en patient som ligger inne till exempel om dom inte har varit sjuka själva?”*

Allmänhetens bristande kompetens uppfattas som ett hinder för att vanliga medborgare ska vara de som beslutar om fördelning av vård och också ett hinder för att vanliga medborgare ska kunna bedöma om vården fördelas på ett rättvist sätt. Mycket av tyckandet om dagens vård anses vila på relativt lösa grunder. Den bristande kompetensen uppfattas bl a gälla vilka behov som är viktigare än andra och/eller vilka insatser i vården som är viktigare än andra insatser. Allmänheten behöver bli mer kompetent om hur vården fungerar för att indirekt kunna fungera som beslutsfattare d v s som *kunniga väljare* i allmänna val.

*"Nej det är svårt tycker jag (för allmänheten att ha åsikter) för det går ju bra att ha åsikter om saker man inte kan. Det är jättelätt."*

*"Inte bestämma fullt ut för de (allmänheten) har inte kompetensen."*

*"Man kan uttala vad man tycker men ändå är det inte säkert att det är saklig grund i det. För det är amatör som man är...man tycker till och har kanske inte riktigt underlag för det."*

*"Man (borde) involvera sig mera i det (politik) liksom i stället för att man bara sitter och klagar... man blir mera påläst och kanske liksom läser vilka beslut som har fattats."*

### **3.6.2 Personer med överblick som ser till helheten**

En annan rimlig beslutsfattare anses vara en person med överblick över vården och förmåga att se till helheten. De intervjuade använder här ord som "övergripande", "landstingsnivå", "totalt sett" och "långsiktigt" och här finns en uppfattning att det är politiker som uppfyller dessa villkor och därmed bör vara de som fattar beslut om resursfördelning. De fördelningsbeslut man talar om i detta sammanhang gäller främst fördelning av pengar till vården som helhet. Men det handlar också om att besluta om fördelning *mellan* olika grupper i vården, t ex mellan olika sjukdomsgrupper, där politikerna måste väga olika behov mot varandra. Även tjänstemän på ledningsnivå i landstingen uppfattas ha överblick över helheten och därmed kunna vara presumtiva beslutsfattare för att skapa rättvisa och någon sorts likhet i vården.

*"Det måste finnas folk som bestämmer hur ekonomin ska fördelas. Det måste bli politiker."*

*"Ja men politiker är bättre än läkare... jag ska skriva politiker (som svar på frågan vem som ska ha störst inflytande över resursfördelning). För att dom kan skicka pengar till alla... precis till alla."*

*"Det finns ju sådana här sjukvårdsdirektörer... vad har de för skyldigheter? .... Dom borde ju ha någon slags övergripande ansvar."*

*”Det måste vara lite mera övergripande så det blir enhetligt och då hamnar man ju uppe i landstinget någonstans där.”*

Personer som saknar överblick över de totala vårdbehoven riskerar att tappa bort helheten och istället drivs av egennyttan både när det gäller tillskott av resurser och ransoneringar. Det kan gälla vårdpersonal men även allmänheten upplevs styras av egennyttan och därmed ha svårt att se till helheten. Detta anses tala emot att personal och allmänhet skulle kunna fungera som rättvisa beslutsfattare. Personer som ser till helheten behövs därför för att balansera egennyttan.

*”För det första går det inte att allmänheten ska bestämma om sjukvården, det fungerar inte. Jag menar alla har ju olika åsikter. Sedan att läkare och vårdpersonal, det är samma sak där. Det går inte att jag menar det är för vinklat på något sätt för läkare och vårdpersonal vill naturligtvis att alla resurser ska hamna på deras bord. Om man nu jobbar på akuten så vill man... vi ska ha mest pengar eller i varje fall vårt sjukhus ska ha.”*

### **3.6.3 Personer med rätta sinnelaget**

Det är inte bara kompetens hos den som ska fördela resurser till och inom vården som upplevs som viktig bland intervjupersonerna. Också egenskaper som att *vilja göra så rätt som möjligt*, *”idéer och ambitioner och tro”*, anses viktiga inte minst hos politiker. En rimlig beslutsfattare uppfattas därför vara personer som inger förtroende och upplevs som *pålitliga* i någon mening, t ex genom att inte ha personliga intressen i det som de ska besluta om eller att enbart *”fiska röster”*. Att vara *oberoende* uppfattas som en viktig egenskap hos en beslutsfattare för att gynna utvecklingen av en mer lika vård.

*”Ja det ska väl vara rätt folk... med rättvisekänsla...att ha känslan, tro på det man gör.”*

*”Ja det är nog det där med uppträdandet fortfarande. Att man känner att dom beslut som fattas är dom bästa. Dom är genomtänkta och dom är till för allmänhetens bästa. Om man trodde på det, att man kunde känna så, då skulle det inte vara några problem.”*

Viktigt anses också vara att ha *mod* att kunna ta beslut som inte passar alla och som kanske leder till protester.

Att våga stå för impopulära fördelningsbeslut anses som en viktig egenskap när det gäller beslutsfattare och som politiker måste man kalkylera med protester i form av t ex insändare. Vidare framhålls betydelsen av mod bland vårdpersonal, för att stå emot efterfrågan på vård som inte överensstämmer med vårdbehovens storlek. Mod kan också vara att våga ta beslut trots att man aldrig kan ha fullständig kunskap om allt som skulle kunna påverka fördelningsbeslut.

*”Egentligen tror jag att det är ganska svårt för om man tar ett (ransonerings)beslut som är svårt att smälta för många och då får man bara stå för det beslutet tror jag. Vi är så olika... man kan inte ge ett bra svar till hela befolkningen varför.”*

*”Ja och på något sätt också våga som dom (politikerna) gjorde här för några år sedan. Det var ju ett modigt (ransonerings)beslut helt enkelt.”*

*”Det är naturligtvis det här att man inte ska ge efter för om det är någon som skriker högt... att den som skriker högst kommer fram.”*

### **3.7 Uppfattningar om rättvisa procedurer vid fördelning av vård**

Vilka tillvägagångssätt (procedurer) kan uppfattas som rimliga då vården ska fördelas? Vi ska i detta avsnitt presentera vilka uppfattningar som finns bland de intervjuade när det gäller den saken. Vi vill här poängtera att även om personerna i studien upplever att själva fördelningen genomförs på ett sätt som de finner rimligt, behöver inte detta betyda att de accepterar resultatet av fördelningen. Rimliga procedurer anses också behövas för att skapa möjlighet att agera då en fördelning av vård upplevs som orättvis. Att agera innebär här att individen försöker verka för en annan, mer rättvis fördelning, eller att han eller hon söker sig bort från offentlig vård till privata alternativ.

På motsvarande sätt som de intervjuade beskrev en osäkerhet kring vilka fördelningsprinciper som råder inom svensk hälso- och sjukvård uppger de att de inte känner till hur fördelningsbeslut sker idag och att deras föreställningar om dessa mer handlar om tro än om kunskap.

De förutsättningar för en rättvis procedur vid beslutsfattade som nämns i intervjuerna handlar om:

- Att få insyn och förklaringar
- Att bli lyssnad till
- Att kunna välja mellan olika alternativ
- Att fatta gemensamma beslut

### 3.7.1 Att få insyn och förklaringar

En viktig förutsättning för rättvisa beslutsprocedurer, som diskuteras i intervjuerna, handlar om att få insyn i och förklaringar kring fördelning av vård. Det finns olika skäl för denna uppfattning. Då beslutet berör den egna situationen handlar det mycket om *att få veta villkoren för att själv stå tillbaka*. Att få information kan leda till att man accepterar det som man först inte kunde acceptera. På ett mer övergripande plan önskas *öppenhet för att kunna bedöma om vården som helhet är rättvis eller ej*. Att ha insyn och få förklaringar behöver dock inte betyda att man accepterar fördelningen *”om det är en vettig grej... trist även om man får underlag”* men upplevs ändå som en mycket viktig del i en strävan mot acceptans *”försöka förklara sedan kan man inte göra mer”*.

*”Ju mera allmänheten känner till om det desto större förståelse får man om hur man hanterar det här eller om man inte hanterar det rätt. Då får man ju reda på det också.”*

*”Det var det här jag sa om information... att få veta då accepterar man mera och man rättar sig efter det.”*

*”Och få förklarat kan ju få en att acceptera det som man först inte accepterar. Det tycker jag är i många områden.”*

När det gäller önskan om insyn och förklaringar finns ett resonemang kring:

- vilka det är som kan vara intresserade av insyn och förklaringar
- vad de vill veta
- av vem de vill veta och
- på vilket sätt

Låt oss först titta på *vilka* det är som anses ha störst intresse av insyn och förklaringar. Den situation man själv befinner sig i anses som avgörande för intresset. Att själv *vara berörd* av en fördelning av vård, som enskild eller som tillhörande en viss grupp, antas öka efterfrågan på insyn och förklaringar, inte minst om fördelningen är till egen nackdel och kanske t o m upplevs som orättvis. Ju viktigare vården är för en person och ju mer utsatt man känner sig, desto viktigare upplevs det vara med insyn. Om man däremot inte själv är berörd av hur vården fördelas, utan är fullt frisk, finns uppfattningen att man inte heller har något intresse av insyn i vården. Därför anses vissa grupper, t ex pensionärer, som mer intresserade av vårdens fördelning.

*”Om det t ex den här teveapparaten fungerar inte p g a av att den och den dioden inte fungerar. Det skiter jag i. Men om något känns viktigt då vill man gärna veta eller känner man sig orättvist behandlad vill man veta varför.”*

*”När man väl är i behov av vård så. Det är ju först då man liksom har den här kontakten om vad som händer med just ens eget fall... Då vill man ju veta allt liksom.”*

*”Man är frisk så ska man egentligen inte behöva ha vetskap om att dom och dom och dom får vård först... Jag förstår inte varför man ska veta det. Jag tycker det är helt ointressant. Alltså det är lätt för mig att sitta här när jag är fullt frisk. Det kan ju hända att man, när man känner sig visserligen, att man vill veta.”*

I materialet finns också den motsatta uppfattningen som handlar om en önskan om insyn i vården även om man själv inte behöver dess tjänster för närvarande. Åsikten att öppenhet i vården bör gälla alla personer är kopplad till synen på *öppenhet för alla* som en självklar del av vårt samhällssystem och vår historia och att öppenhet behövs för att kunna avgöra huruvida vården är rättvis eller ej. Dolda prioriteringar upplevs som något som i längden inte kan fungera. Den gemensamma finansieringen av vården anses ställa ökade krav på öppenhet liksom det faktum att många berörs, inte bara som patienter utan också som arbetstagare då vården är en stor arbetsplats i vårt land.

*”Skulle landstingets ledning vara tyst och efter två år skulle det (ett fördelningsbeslut) sippra ut då skulle det slå tillbaka. Det är bättre med öppenhet än att man har ett slutet system. Det fungerar inte i längden.”*

*”Det handlar om att det är ett öppet samhälle på något sätt. Vi är väl ganska vana med det att man har en hyfsad inblick i, det är en sådan tradition på något sätt. Genom att vi har haft en offentlig sjukvård så länge ... men jag tror att det finns en vilja hos allmänheten att känna till det (fördelning av vård)... totalt sett så det är något som engagerar folk och så, därför vill man ha inblick i det. Också det att folk betalar skatt.”*

*Vad* som kan uppfattas som viktigt att få veta om fördelning av vård handlar om tillgänglighet och orsaken till att man själv får vänta på vård medan andra får gå före. Informationen kan t ex beröra vilka som anses prioriterade och varför de har företräde, *d v s prioriteringar och dess grunder*; ”att om man har det så kommer man först i kön”. Att få veta *villkoren för att stå tillbaka* uppfattas som viktigt, t ex var i kön man befinner sig, om det finns alternativa möjligheter att söka vård, var köerna är kortast och hur man får tillgång till den mest tillgängliga vården. I detta ligger också en önskan om att förstå varför inte vårdens resurser räcker till.

Vetskapen om att det är flera som missgynnas i en fördelning verkar kunna öka den egna acceptansen för att själv stå tillbaka i en fördelning.

*”Så kanske man får någon sak som är bra och någon som man inte alls är nöjd med men man får liksom ändå tänka att jag är inte ensam.”*

*”Folk förstår ju t ex ett idrottsevenemang om det finns 10 000 biljetter till det här och det är 100 000 som vill gå dit. Då förstår folk att det räcker bara till 10 000, det går inte in mer folk där. Dom andra får stanna hemma och se på TV.”*

*Det förstår folk och då borde man kunna förstå också att vi har bara vård till 10 000 här om man kan förklara varför man inte har vård till 100 000.”*

*”Var min handling ligger just nu.... Vad är det som gör att de kan ta in så mycket före mig, om de nu gör det?”*

*”Varför tar vi inte in hundra läkare som jobbar övertid eller varför tar vi inte in läkare från Tyskland eller Ghana eller vart som helst för att korta ner kön?... så är det för mig med det mesta. För det räcker inte att någon säger ”så är det”. Sådana förklaringar tycker jag inte om.”*

*”Ja det är väl att dom skulle förklara för mig att det här är inte så jättefarligt utan det går över till slut och den andra behöver som är svårare sjuka. Förklara hur läget är om jag säger. Då skulle jag lättare acceptera.”*

Insyn och förklaringar anses också viktiga när det gäller *ransoneringar* i vården, inte minst om det är aktuellt att ta bort något från offentlig vård. Att få veta orsakerna till ransoneringar, vilka konsekvenser de för med sig och vilka olika alternativa ransoneringar som är möjliga upplevs som viktigt.

*”Alltså dom skulle inte bara lägga ner det typ utan att säga något. Dom måste informera om det så att man vet om att, jamen dom prioriterar det som är värre ... jag vill alltid veta varför. Det vill väl alla människor.”*

*”Men jag tror att om man ska ta bort så är det viktigt att man informerar om det innan man tar bort det och låter folk liksom.... Alltså man vet att, ja vi måste minska ner vården så har vi dom här delarna att välja på. Antingen blir det här eller det här.”*

*”Jag skulle vilja veta varför... vad konsekvenserna blir för de olika berörda... en konsekvensanalys helt enkelt... skulle vilja veta grunderna för beslutet.”*

Det är inte bara väntetider och ransoneringar som kan vara intressant utan också att få insyn i vårdens fördelning i stort; vilka prioriteringar som är aktuella och vilka resurser som finns för vården och vad vi faktiskt gör med dem. Det handlar om att få insyn för att kunna bedöma om resurserna används på bästa sätt d v s i vilken mån resurserna används på ett bra sätt för att åtgärda de vårdbehov som finns. När det gäller vilken detaljeringsnivå som informationen ska ha finns å ena sidan uppfattningen att det är viktigt att få en klar och tydlig förklaring. Å andra sidan kan det uppfattas som mindre viktigt att veta specifikt utan istället mer ha en *”hum om”* och en känsla för hur resurser fördelas då specifik information som t ex hur stor en klinikbudget är egentligen inte uppfattas så mycket. Om en verksamhet anser sig ha resursbrist eller ej kan mer handla om hur väl pengarna används än en reell resursbrist. Det verkar dock viktigt att insynen inte begränsas till det som fungerar i fördelningen av vård. Tvärtom verkar förklaringar vara särskilt viktiga då det finns risk för att en fördelning kan upplevas som orättvis.



*”Jag skulle vilja veta vad de förbrukat året innan. Men hur ska jag veta behovet? Om man får veta vad de gjorde av med tidigare budgetår, hur väl använde de pengarna det kan man ju inte veta.”*

*”Allt ska väl inte allmänheten få reda på i detalj då så att säga. I stort sett ska man givetvis i ett öppet samhälle, i stort ska ju du ha reda på men varenda krona, exakt hur man har tänkt och gjort och alltihop är svårt kanske att förklara och dagspressen ska skriva sitt. Det kan ju misstolkas... nej men just nu prioriteras barncancer eller i år måste vi bara satsa på tandvård.”*

Frågan om *vem* som ska stå för informationen diskuteras också i intervjuerna. *Vårdpersonalens roll* uppfattas vara att ge de närmast berörda, dvs patienterna, insyn och förklaringar i det enskilda ärendet. *Politikernas ansvar* anses vara att förklara väntetider i sjukvården i stort och att förklara neddragningar. Mediernas roll diskuteras också i intervjuerna och även om de intervjuade önskar en sann bild av vården finns en tydlig osäkerhet om så verkligen är fallet. Det gäller både vad som beskrivs som negativt i media men också att det positiva som sker i vården aldrig lyfts fram.

*”Det är personalen som måste förklara varför andra går före”.*

*”(Politiker ska) informera om neddragningar... fakta bakom... jag vill veta varför och när... det vill ju alla människor”.*

*”Man (media) behöver framställa det mera positivt istället för att ta fram det negativa. Likadant ja t ex om man satsar mera pengar inom äldre vården... det gör man säkert kanske fast det syns inte. Det är ingen som vet om det.”*

Det är också viktigt *hur* förklaringar lämnas. Ett första steg är att förstå vad som sägs om man har ett annat modersmål *”när jag inte förstår de hjälper med tolk”*. Att använda *olika informationskanaler* (tidningar, TV, informationsmaterial etc) för att nå ut till så många som möjligt uppfattas också som viktigt. Budskapet betraktas emellertid som svårt och det finns en respekt för svårigheten att lyckas med att förklara vårdens villkor.

*”Ja genom en bra artikel i en tidning som de flesta människor läser. Ihop med kanske en intervju i TV, i Aktuellt eller vad som helst. Någon information som alla människor i hela Sverige får tillgång till.”*

*”Jag vet inte riktigt men det är väl annonskampanjer... det är ju ändå svårt.”*

*”Det är inte så lätt alltså. Det skulle kunna finnas något litet informationshäfte när man kommer till vårdcentralen eller något sådant där? Eventuellt?”*

### 3.7.2 Att bli lyssnad till

*"Att få sin röst hörd"*, att bli lyssnad till, anses vara en av förutsättningarna för att en beslutsprocess ska upplevas som rättvis. Ytterst handlar det om en önskan att *bli förstörd i sin egen situation*, men att bli hörd kan också handla om att få *lämna synpunkter för att påverka vårdens fördelning i stort* i den riktning man själv anser rimlig. Möjligheten till någon sorts omprövning om inte allmänheten skulle vara nöjd förefaller viktig.

*"Om man tar det på prov då vet man ju att det, ja då är det liksom inte helt beslutat utan kan ändras."*

Liksom när det gäller att få insyn och förklaringar blir följande frågor viktiga:

- vilka är det som vill bli hörda?
- vad vill de att beslutsfattare ska lyssna till?
- vem ska lyssna?
- hur ska det gå till?

Om vi börjar med frågan om vilka som vill bli hörda när det gäller fördelning av vård så anses det viktigt att *den enskilde i mötet med vården* ska kunna framföra sina synpunkter, inte bara få olika förhållanden inom vården förklarade för sig. Just kombinationen av förklaringar och att själv bli hörd förefaller viktig för att öka acceptansen för att stå tillbaka. Att bli lyssnad till handlar dock inte bara om det direkta, individuella mötet med vården. Uppfattningen finns om *alla människors rätt att bli hörda*, och att det är en del av vår demokrati att lyssna på människors åsikter också om hur vården fördelas. Med alla menas då människor i olika åldrar och situationer. Valda representanter för olika organisationer kan också upplevas som rimliga företrädare när det gäller att föra fram allmänhetens upplevelser av vården. Om den grupp människor som berörs av en ransonering inte blir tillfrågad inför ett fördelningsbeslut, uppfattas detta som negativt *"det sämsta"*.

*"Om man känner att man blir sedd och lyssnad till. Jag ser hur du har det men i det här läget (måste andra gå före)."*

*Det är en rättvisefråga tycker jag att alla blir hörda. Men sedan kanske man också måste nå medborgarna... det är väl att använda lite av demokratipotten, att få bli hörd."*

*"Att prata med folk i alla generationer och grupper...fråga oss människor som betalar skatt i sjukvården."*

*"Man kanske skulle ha en diskussion om rättvisa i vården bland alla människor."*

*Vad* som kan uppfattas viktigt att beslutsfattarna lyssnar på handlar framför allt om att få förmedla hur det är att drabbas av sjukdom, vilka tillstånd olika människor upplever som svårast och vilka insatser som de anser viktigast. Det handlar med andra ord om vilka prioriteringar som den enskilda och allmänheten kan tycka är rimliga d v s att *ta in patientperspektiv på prioriteringar*. Även lindriga besvär måste få uttryckas som vårdbehov utan att människor upplever att sådana besvär nonchaleras.

*”Att vi som befolkning också blir sedd med sitt lilla lidande istället för att man förmedlar en attityd som kom inte här och gnäll.”*

Önskan om att bli hörd i det personliga mötet med vården riktar sig till vårdpersonalen som bör lyssna på de människor som söker vård (som svar på frågan om *vem* som ska lyssna). Att kunna lyssna uppfattas som *en viktig del i ett gott bemötande från personalens sida*. Att lyssna på allmänheten, kanske i form av olika företrädare, anses också vara *politikerns uppgift för att upprätthålla demokrati*.

*”Ja det handlar ju mycket om bemötande från personalen (acceptans av ransonering), deras förhållningssätt.”*

När det gäller frågan om *hur* allmänheten ska gå tillväga för att politiker ska lyssna råder en stor osäkerhet bland de intervjuade om hur det fungerar idag. Att inte veta hur man som enskild kan få kontakt med politiker upplevs som negativt. Massmedia uppfattas spela en roll genom att vara folkets röst, ibland nästan folkets enda möjlighet att göra sin röst hörd (t ex genom insändare). Flera idéer kommer upp i intervjuerna om hur allmänheten möjligen skulle kunna gå tillväga; kontakt via e-post, demonstrationer, paneldiskussioner, medborgarförslag och medborgardialoger. Att ha direktkontakt med politiker ses också som en möjlighet. En annan bild av att bli hörd handlar om att individen själv måste vara aktiv och engagera sig politiskt och driva frågor.

Att luta sig tillbaka och inte framföra sina åsikter, samtidigt som man är kritisk mot den nuvarande fördelningen av vård kan upplevas som moraliskt fel. Vårdpersonalen måste ta tillvara varje patientkontakt för att lyssna till patienternas syn på vården för att sedan kunna använda denna kunskap i olika beslutssituationer.

*”Jag tror mycket på det här att bli tillfrågad. Både rent individuellt... att väva in det varje gång man söker vård.”*

*”Att man kan mötas i olika paneldiskussioner sådant förekommer väl också men jag vet inte. Jag vet att kommunfullmäktige har ju sådana här medborgarförslag och så där men jag vet inte hur landstinget har det ska jag ärligt säga.”*

*”Det finns inget annat sätt höll jag på att säga annat än att man demonstrerar... annat än eventuellt e-post ... indirekt så blir det ju via media... har jag en känsla av att både politiker och allmänhet får komma till tals.”*

*”Sverige är en demokrati, man kan skriva i tidningar.”*

*”Ja att engagera sig, och det kan väl vara politiskt då och driva frågor och så.”*

Bland de intervjuade finns en osäkerhet om möjligheten att kunna påverka vårdpersonal och politiker. Denna osäkerhet (rätt eller fel) uppfattas kunna leda till att människor blir passiva och inte försöker göra sin röst hörd.

*”Jag tror inte heller att dom skulle lyssna på mig heller om jag knackade på någon (politikerns) dörr. Men jag tror det är väldigt svårt för en enskild person att göra något och jag tror att det är väldigt många tänker som tänker så. Det är ju därför det inte blir gjort också för att om alla tänker så så är det ingen som gör något.”*

### **3.7.3 Att kunna välja mellan olika alternativ**

Slutligen anses det viktigt att kunna vara med och välja mellan olika alternativ. Med val menas i detta sammanhang inte sådana val som hänger samman med den egna vården utan val som har att göra med vårdens fördelning i stort i samhället. Att vi i Sverige har demokratiska val, att vi väljer representanter till olika politiska församlingar, uppfattas som en typ av rättvis procedur i samband med vårdens fördelning. Att bland olika alternativ kunna rösta på det parti som bäst företräder de åsikter man själv har blir då viktigt. Detta kan rent av uppfattas som det enda möjliga sättet att agera när det gäller att påverka hur vården fördelas.

*”Även när det är val att man röstar på den som man tycker haft den bästa talan...”*

*”Det är väl att få mig att inse att jag har en röst om jag säger så. Att jag kan ändå vara med och påverka (fördelningen av vård).”*

En annan typ av val som nämns är möjligheten att inte bara välja parti utan också mer direkt *välja sina företrädare* när det gäller beslut om vården. Allmänheten uppfattas inte kunna vara beslutsfattare direkt (bl a beroende på egennytta och bristande kompetens) utan är i behov av företrädare för att lösa uppgiften. Genom att välja personer som upplevs som kompetenta och med rätt sinnelag till politiska uppdrag behöver allmänheten inte tänka på hur resurser ska fördelas utan kan ha tillit till att det blir rättvist.

*”Det system vi har idag borde kunna fungera tycker jag. Folket utser maktavarna och maktavarna ser till att tillsätta folk på rätt plats... medborgarna röstar ju på partier i det här fallet men i slutändan röstar man på de som man tror kan fatta de rätta besluten... Då tycker jag att det är mycket bättre (jämför med sjukvårdssystemet i USA) om det går genom det allmänna och man utser experter på områden som kan fatta rätt beslut... man får lita på det som sägs... Så utgår man från att han kommer att sköta sitt uppdrag på bästa sätt inklusive vården.”*

*”Dom är folkvalda liksom så dom ger ju folkets röster om jag säger så... så vi andra slipper... när vi har politiker så vanligt folk ska inte behöva hålla på med alltså. Liksom tänka på hur resurserna i samhället fördelas och så där. Vi väljer ju ändå dom politiker som vi anser har samma åsikt som oss själva.”*

Att kunna välja mellan olika alternativ kan utöver demokratiska val också gälla det som mer är att likna vid en folkomröstning. Bland annat har vi sett att det kan vara viktigt att få insyn i olika alternativ som kan vara aktuella vid en ransonering. Det kan uppfattas som rimligt att få vara delaktig och påverka vilket alternativ som väljs genom att rösta på den ransonering som förefaller mest rimlig. Hur en sådan omröstning skulle kunna organiseras preciseras dock inte.

*”Vi måste minska ner vården och då har vi de här delarna att välja på... vi kan rösta... på något sätt.”*

### **3.7.4 Att fatta gemensamma beslut**

Slutligen finns också uppfattningen att en rättvis beslutsprocess vid fördelning av vård inte kan vila på en enskild person. Att en person skulle kunna ha en total överblick, ha det rätta sinnelaget och kunna greppa alla dimensioner uppfattas som omöjligt t ex för att avgöra vilka behov som är störst

*”(Vem som har störst behov) det tror jag inte det finns någon som kan avgöra.”*

*”Oj... det måste väl vara kungen. Nej vem skulle det kunna vara? En person som har kvalifikationer både som politiker och personal... en duktig läkare med politiskt sinne? Nej någon sådan person finns nog inte.”*

*"Det behövs nog en giraff, en som har hög hals och kan se helheten, ha överblick och som samtidigt har det största hjärtat bland däggdjuren."*

Rättvisa anses kunna skapas genom att flera beslutsfattare med olika förmågor och kompetenser står bakom beslut gemensamt. Det kan t ex handla om en blandad grupp av vårdpersonal, politiker, ekonomer och även patienter eller allmänhet. Att en eller ett fåtal personer skulle ha så mycket enskild makt att de ensamma kan ta beslut uppfattas som direkt olämpligt. Även om politiker uppfattas som slutgiltiga beslutsfattare betraktas samarbete med andra som oerhört viktigt. Samarbete uppfattas kunna sträcka sig från medverkan i utformningen av beslutet till att någon part (t ex vårdpersonal) godtar innehållet (genom att remissförfarande) men inte deltar i själva beslutsfattandet.

*"Jag återkommer till det här med grupp för jag tror att det är farligt om det är en person som har för mycket makt."*

*"Det är givetvis politikerna som sitter på pengarna men jag tycker att man bör ändå ha med sjukvårdspersonalen i det här (ransonerings)beslutet."*

*"Det behövs nog en liten grupp, en samrådsgrupp... oerhört svår uppgift att se allt och vara objektiv... ja det måste till att man samverkar politiker, personal och patienter... vi."*

Det gemensamma ansvaret kan också förstås som att det behövs olika beslutsfattare för olika nivåer. Politiker betraktas som övergripande beslutsfattare när det gäller fördelning av resurser till och mellan olika verksamhetsområden (t ex hur mycket som ska gå till demensvård), medan vårdpersonal uppfattas som rimliga beslutsfattare när det gäller en mer patientnära fördelning av vård (hur mycket av resurserna inom demensvård som ska gå till dagverksamhet). Det gemensamma ansvaret för en rättvis resursfördelning i vården gäller inte bara mellan personer och grupper med olika roller (som vårdpersonal, politiker etc) utan också ett gemensamt ansvar mellan olika politiska partier. Ett ansvar som dagens politiker inte alltid anses leva upp till.

*"Då har vi det här samarbetet igen. Då är det inte så viktigt vilket parti du tillhör utan det får man nog slänga åt sidan och sedan bara arbeta gemensamt. Ingen sandlådementaltitet utan ett riktigt, vettigt beslut... dom har en sandlådementaltitet, det handlar om att jag ska bestämma och att dom vill ha med sitt namn i tidningen. Det här har jag bestämt, det här är min grej... nej det är det inte alls för det är min idé. Bla, bla, bla du vet ju hur politiker är."*

## 4. DISKUSSION

Rättvisa kan betraktas på många olika sätt. Det ser vi genom alla de olika uppfattningar om rättvisa och vård som framträder i denna studie. En del kan tyckas motstridiga; ett tillstånd som uppfattas som rättvist kan när det prövas med andra argument betraktas som orättvist. Ibland är det olika personer som står för dessa olika synsätt, ibland en och samma person som resonerar i termer av ”å ena sidan och å andra sidan”. Uppfattningar visar sig också kunna variera från en situation till en annan; i en situation kan något uppfattas som rättvist och rimligt, men i en annan situation något annat. Det finns också uppfattningar som vi bedömer är mer stabila i den betydelsen att det inte framförs några motargument eller att de inte tycks vara situationsberoende utan är i någon mening mer allmängiltiga.

I detta kapitel anknyter vi till de viktigaste uppfattningar som framkommer i studien. Vi måste dock hela tiden komma ihåg att det som beskrivs bara är enstaka personers uppfattningar och att de inte säger något om hur vanligt eller ovanligt detta sätt att betrakta rättvisa i vården är bland allmänheten. Även om vi på olika sätt försökt variera urvalet till studien är det omöjligt att påstå att vi fångat in *alla* uppfattningar i frågor om rättvisa och resursfördelning i sjukvården som kan förekomma i samhället. Bara det faktum att det fanns ytterligare 14 sätt att besvara vår enkät tyder på att det skulle kunna finnas betydligt fler uppfattningar. Hade vi dock enbart sökt variation i mer standardmässiga kategorier som ålder, kön etc. tror vi att sannolikheten varit mindre att vi lyckats hitta samma spridning i attityder som vi nu gjorde.

Vår utgångspunkt för studien är att allmänhetens bild av rättvisa i vården är viktig för vårdens legitimitet. Därför måste vi, trots de begränsningar som finns i undersökningen, fundera över hur det som kommit fram *skulle* kunna nyttiggöras av beslutsfattare på olika nivåer inom svensk hälso- och sjukvård. Vi kommer därför att avsluta varje avsnitt i detta kapitel med en reflektion om betydelsen för hälso- och sjukvården och dess beslutsfattare.

### 4.1 Rättvis fördelning av vård – ett intressant men okänt fält

Vad är rättvisa? Vad är rättvist när det gäller vård? Att ställas inför dessa frågor upplevde de människor som intervjuats i denna studie som en svår uppgift. De flesta uttrycker att de aldrig eller åtminstone sällan funderat över vad de själva egentligen menar med rättvisa i samband med vård. En central fråga när det gäller studier om rättvisa handlar om skälen till att intressera sig för rättvisa.

Samtidigt som de intervjuade säger att de är ovana att fundera över och diskutera om rättvisa, menar de att känslan av att det ska vara rättvist i vården är något oerhört viktigt och centralt för dem. Det är i och för sig inte märkligt om man betänker att ämnen som hälsa och hälso- och sjukvård framstår som en av de viktigaste samhällsfrågorna vid en rangordning av olika aktuella områden (Holmberg och Weibull 2006). Det finns också tydliga tecken på att svenska folket uppskattar en lösning med gemensam finansiering av hälso- och sjukvårdstjänster (Svallfors 2004). I en nyligen genomförd kartläggning av prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård framkom dock att man från vårdens sida ställer sig frågande till om allmänheten verkligen har ett intresse av att diskutera vårdens fördelning och prioriteringar (PrioriteringsCentrum 2007).

Handlar detta upplevda ointresse mer om vilken roll allmänheten kan och vill ta på sig när det gäller beslutsprocesser (där det inte är självklart att allmänheten vill ta på sig ett ansvar)? Att det enbart skulle vara egennytta som är måttstock för att intressera sig för rättvisa, dvs att endast det som gynnar en själv är intressant, stämmer inte med resultatet från vår studie. I alla intervjuer ser vi motiv som både har att göra med egennytta och rättvisa som något moraliskt eftersträvanvärt och viktigt i sig. Denna kluvna inställning har tidigare beskrivits bl a av Ostrom (1990) som menar att människor kortsiktigt har motiv att tänka och handla osolidariskt men i ett mer ”offentligt” resonemang (som våra intervjuer) blir det viktigare att utifrån sociala normer hitta en lösning som gör att gemensamma resurser används på bästa sätt.

Det finns också andra drivkrafter bakom intresset för rättvisa. En utgångspunkt i vår studie är att det i någon mening råder resursbrist i vården. Det är en bild som till fullo delas av de intervjuade, liksom att denna resursbrist i framtiden kommer att bli än mer aktuell. De intervjuade påtalar därför behovet av omfördelning av vårdresurser; mellan samhällssektorer, mellan prevention och terapi, mellan olika nivåer, samt mellan gemensamt finansierad vård och vård som kan betalas privat. Beslutssystem för fördelning uppfattas m a o som en nödvändighet och resursbristen uppfattas som en anledning att föra diskussioner om rättvisa.

Trots att det framförs starka skäl att diskutera rättvisa och vård kan man ändå fundera över varför de intervjuade beskriver sig som ovana att begrunda dessa frågor. Det dominerande intrycket är att de människor vi mött inte upplever sig ha insyn i den fördelning som präglar vården. De vet med andra ord inte hur fördelningen ser ut idag eller vilka verksamheter som är gynnade eller vilka kriterier som avgör vilka patienter som har företräde framför andra o s v. Av någon anledning verkar det finnas en omedvetenhet om att landstingen gör fördelningar mellan olika behovsgrupper och olika typer av vård.



Att t ex beslut måste fattas om hur stora resurser cancervården ska få i relation till geriatrisk vård uppfattar vi nästan överraska de intervjuade. Beslut på det individuella planet, d v s det som rör den enskilda patienten är däremot något man vanligtvis har egen erfarenhet av, liksom att man via media har fått en bild av beslut som rör vården på samhällsnivå (t ex fördelningen mellan vård och andra samhällssektorer). Förekomsten av fördelningsbeslut på landstingsnivå förefaller mer obekanta.

*Rättvisa i vården framstår som en oerhört viktig fråga för allmänheten. Det finns dock tecken på att trots en medvetenhet om begränsade resurser så har inte den dynamik som utmärker sjukvården (t ex förändringstryck p g a ny teknologi) och de avvägningsproblem som finns, nått fram till befolkningen. Det skulle kunna tyda på att demokratiska institutioner med ansvar för hälso- och sjukvård (landsting etc) har misslyckats med att förklara beslutsproblem som uppstår i ett skattefinansierat vårdssystem. Att öka denna insikt förefaller vara en viktig förutsättning för att, om så är önskvärt, kunna påverka allmänhetens bild av rättvisa i vården.*

## **4.2 Rättvisa resultat både existerar och är omöjliga**

Det är slående hur tydligt intervjuerna visar att det finns olika uppfattningar om vad som är ett rättvist resultat vid fördelning av vård. Å ena sidan framförs argument för att man bör kunna hitta praktiska lösningar på fördelningsproblematiken så att rättvisa resultat uppstår – att dela lika (gäller information och bemötande snarare än mängden vård), att fördela efter behov eller att majoritetens vilja får styra. Å andra sidan hävdas att synen på rättvisa resultat varierar från individ till individ och att rättvisa resultat därför är omöjliga att uppnå. Försöket att lyfta fram majoritetsprincipen som en lämplig lösning på fördelningsproblem har alltså sina svagheter – några blir alltid missnöjda. Bilden av rättvisa kan också variera beroende på vad det är som ska fördelas. Om det är gott bemötande som ska fördelas uppfattas ett lika resultat vara det mest rimliga, medan fördelning av tid (t ex tillgänglighet) kan uppfattas som rättvist även om resultatet blir olika. Vård kan också uppfattas på ett sådant sätt att det av praktiska skäl inte kan delas rättvist, t ex på grund av geografiska hinder eller den medicinska vetenskapens tillkortakommande vid vissa ohälsotillstånd.

En stor del av innehållet i intervjuerna handlar om tänkta situationer där resultatet av en fördelning innebär en ransonering<sup>9</sup> – att vänta på sin tur i en kösituation, att inte få den bästa möjliga vården samt situationer av bortval i vården. Bortval och tidsransoneringar förefaller möjliga att acceptera om skälen och fördelningsprinciperna för ransoneringen uppfattas som rimliga. Det motsatta gäller s k utspädning (eller kvalitetsransonering); om det finns kunskap som visar ett bästa sätt att påverka ohälsa och detta sätt är känt för allmänheten så önskar människor få del av den bästa vården. En kvalitetsransonering uppfattas m a o som svår att acceptera (om än inte alldeles omöjligt).

*Upplevelsen av rättvisa anses kunna skapas både i det personliga mötet med vården och genom rådande värdenormer i samhället. Det skulle i så fall innebära att såväl vårdpersonal som demokratiska institutioner har möjlighet att påverka människors bild av rättvisa resultat i vården. En fullständigt enig bild får dock anses orealistisk varför vi menar att det också behövs strategier för att möta det missnöje som alltid kommer att finnas bland allmänheten.*

### **4.3 Att reagera olika**

Man kan uppenbarligen reagera olika på att behöva stå tillbaka i vården. Ett försök att karaktärisera de reaktioner som framkommer i studien visar dels sådana som utmärks av ett aktivt förhållningssätt och dels sådana som utmärks av ett passivt förhållningssätt. Till de förra kan räknas tankar om ”egennyttan”, d v s svårigheten att acceptera ett fördelningsbeslut som går en själv emot. Denna reaktion bygger på en aktiv hållning, framför allt att jämföra sig med vad andra får och att utvärdera sin egen situation i form av t ex svårighetsgrad på tillstånd av ohälsa – ju svårare eller mer svåruthärdligt tillståndet uppfattas desto mindre är benägenheten att acceptera att få en mindre del av vård. Reaktionerna kan ta sig uttryck i form av protester (voice) eller att man vill ha möjligheter att söka privata alternativ (exit). Sådana reaktioner är vanliga strategier i ett samhälle (Hirschman 1970).

Även den solidariska reaktionen utmärks av aktiv inställning, framför allt en insikt om att det är flera parter som måste dela på vårdens resurser, en hållning som bl a ställer krav på den enskilde att hålla sig frisk. Hos de intervjuade finns dock (vissa) tankar på att detta mer är ett idealt sätt att förhålla sig än en verklig reaktion.

---

<sup>9</sup> Ransonering innebär ett medvetet beslut att inte åtgärda behov optimalt. För utförligare begreppsdefinition när det gäller ransoneringar se Liss (2004).

Ett passivt förhållningssätt till olik fördelning av vård kan motiveras av helt olika skäl, brist på tillit (det lönar sig inte att reagera) eller brist på information (jag vet inget, därför kan jag inte reagera) eller en hög grad av tillit (jag litar på dom som kan).

*Det finns mycket som tyder på att reaktioner inför prioriteringar i vården kan påverkas och förändras. Insikt om vårdens bristande resurser, upplevelsen av rimliga fördelningsprinciper, egen kunskap om/möjlighet till egenvård och ett samhälle som värdesätter oegennyttia är exempel på sådant som anses underlätta för människor att kunna tänka sig att stå tillbaka till förmån för andras behov av vård. Frågan är vilka signaler detta ger för ett agerande. Finns det anledning att öka medvetenheten hos allmänheten om rådande fördelningsprinciper? Är i så fall vården rustad för en sådan öppenhet eller behövs ett fortsatt utvecklingsarbete? Behöver satsningar göras på bättre egenvårdskunskaper bland allmänheten? Vi får betrakta många av dessa frågor som obesvarade men angelägna.*

#### **4.4 Rättvisa principer av skilda slag i skilda situationer**

Hur ska man kunna komma fram till vem som ska få mer och vem som ska få mindre av vård eller vem som ska få del av gemensamt finansierade resurser och vem som inte ska få? Tidigare studier tyder på att människor kan ha svårt att bli överens om vilka fördelningsprinciper som ska gälla inom vården (Daniels Sabin 2002). Vår studie bekräftar den bilden. Som vi inledningsvis nämnde finns det dock vissa principer som förefaller mer stabila, medan andra är mer kontroversiella och där uppfattningarna går isär.

Den tidigare refererade kartläggningen av PrioriteringsCentrum (2007) visar att det finns ett starkt stöd inom svensk hälso- och sjukvård för principen om människors lika värde<sup>10</sup>. Detsamma gäller i vår undersökning där likhet vad gäller kön, etnicitet och inkomst betonas som en viktig utgångspunkt vid fördelning och denna uppfattning kan betraktas som stabil. Däremot finns det intervjupersoner som hävdar att t ex ålder och funktion i samhället ska få spela in vid prioriteringar. I tidigare studier har också konstaterats att den s k behovsprincipen förefaller ha ett brett stöd bland allmänheten och vi finner samma inställning i vårt material; personer med de allvarligaste tillstånden ska ha ett absolut företräde vid fördelning av vård. Ingen har argumenterat mot att den som är svårt sjuk ska ha företräde t o m före den som väntat längre.

<sup>10</sup> För utförligare beskrivning av riksdagens riktlinjer för prioriteringar se Socialdepartementet 1996/97, SFS 1982:763 och Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1982:763.

Även om behovsprincipen är allmänt omfattad så finns också studier som tyder på att allmänheten hyser uppfattningen att mindre hälsoproblem inte ska negligeras (Rosén 2002). I vår studie diskuterar dock intervjupersonerna de svårigheter som finns med att avgöra vad som är ett större respektive mindre behov. Svårighetsgraden av ett tillstånd förefaller vara den viktigaste mätaren på hur stort ett behov ska anses vara. Vi tolkar det så att gränsen för att tänka egennyttigt istället för att tänka solidariskt går vid om man anser sig allvarligt sjuk eller inte. Behovsprincipen förefaller också viktigare än principer som handlar om att hjälpa störst antal och personer som gör störst samhällsnytta. Denna inställning visar sig bl a genom att de intervjuade menar att även om väldigt många drabbas av ett tillstånd och det finns ett fåtal som drabbas av ett annat tillstånd så måste minoriteten ha företräde om dessa tillstånd kan bedömas som allvarligare.

Den tredje etiska princip som riksdagen beslutat ska gälla som grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvård är kostnadseffektivitetsprincipen. Den innebär att vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation eftersträvas mellan kostnad och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet. Vi kan konstatera att tankar om att använda behandlingsnytta som en fördelningsprincip också finns i med vårt material (dock utan koppling till kostnaden för olika insatser). Bland intervjupersonerna återfinns även uppfattningar om att man bör satsa på stora sjukdomsgrupper framför små. Rättvisa blir då liktydigt med de bästa konsekvenserna för samhället, som inom den riktning inom moralteori som kallas utilitarism (Rawlins 2005).

När det gäller fördelningsprinciper ställs ofta frågan om uppfattningen om rättvisa kan vara olika för olika situationer i vården? Här måste man först reda ut vad som åsyftas med olika ”situationer”. Handlar det om att jämföra olika fördelningssituationer såsom t ex olika typer av ransoneringar (köer eller bortval)? Eller åsyftas ett mer individuellt perspektiv t ex beroende på i vilken livssituation en person befinner sig? Blir uppfattningen om rättvisa annorlunda om man är äldre eller yngre, om man är förälder eller inte etc? För att besvara den senare frågan krävs både ett mycket större material än vad vi har tillgång till i denna studie eller en mer förklarande ansats, varför vi lämnar den frågan därhän. Om vi istället tittar på olika situationer i betydelsen olika typer av ransoneringar ser vi att olika fördelningsprinciper upplevs som rättvisa i olika situationer. Det finns flera principer för bortval som kan uppfattas som rimliga, nämligen om ett tillstånd inte är att betrakta som ohälsa, om behovet upplevs som litet, om det finns alternativ till den offentliga vården (d v s valmöjlighet) samt om ett tillstånd kan anses vara självförvällat.

Det finns dock delade meningar om detta med självförvållande och också om privat finansiering är en framkomlig väg som komplement till gemensam finansiering. Å ena sidan uppfattas en sådan valmöjlighet kunna motivera att stå tillbaka i den offentliga vården medan det å andra sidan ses som ett rättviseskäl att alla ska kunna ha tillgång till samma vård oavsett ekonomiska förutsättningar.

När det gäller tidsransonering (kö) tas behovets storlek och ålder upp som rimliga fördelningsprinciper (t ex att barn ska ha företräde). Det är mer tveksamt om det finns några principer som skulle motivera en kvalitetsransonering (utom möjligen att vården då skulle kunna räcka till fler). Att fler möjliga principer beskrivs för bortval än för andra typer av ransoneringar skulle kunna tyda på att bortval kan vara acceptabelt av helt olika skäl eller att det krävs att flera principer beaktas sammantaget för att bortval ska anses vara rimligt.

*Det faktum att uppfattningar om rättvisa fördelningsprinciper varierar bland allmänheten är något som beslutsfattare i vården länge har haft att förhålla sig till. Vi har funnit att uppfattningarna dessutom kan variera vad det gäller olika ransoneringssituationer. Inom vården efterfrågas idag en ökad samsyn kring rimliga kriterier för ransoneringar. Att i samband med utvecklandet av sådana kriterier också fördjupa kunskapen om allmänhetens syn på fördelningsrättvisa måste betraktas som högst rimligt.*

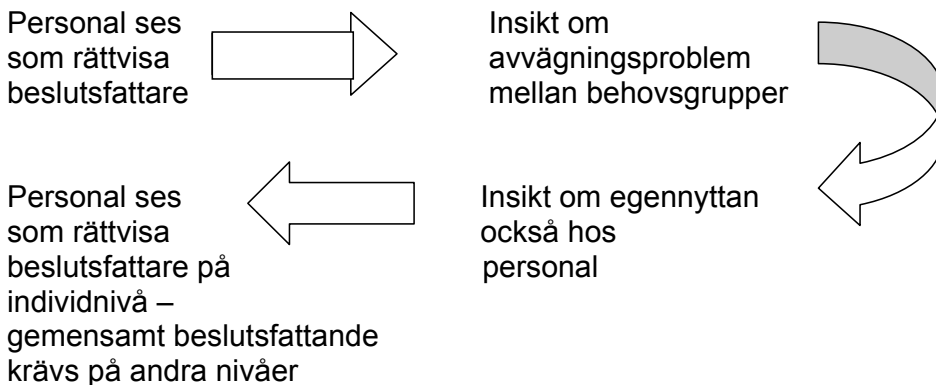
#### **4.5 Beslutsfattare drivna av minsta möjliga egennyttan**

Vi kan konstatera att de intervjuade har en mycket vag bild av vem som egentligen är beslutsfattare vid fördelning av vård - vad som är politiska beslut och vad verksamheten kan besluta om. När det gäller vilka beslutsfattare som kan anses rimliga trycker intervjupersonerna på betydelsen av kunskap vid fördelning av vård ("evidensbaserad kunskap" om behov och kostnader) liksom livserfarenhet. Politiker bör skaffa sig kunskaper för att bli goda beslutsfattare, men bör också besitta personliga egenskaper som ärlighet – en egenskap som har lyfts fram i studier om procedurrättvisa (Tyler 1994). Att vara oberoende uppfattas som viktigt och att kunna stå för impopulära beslut.

Vad som är slående är den motvilja som framkommer i intervjuerna mot att låta egennytta styra. Det måste alltså till arrangemang för att motverka denna egennyttan. Det finns andra undersökningar som visar att allmänhetens ståndpunkt är att vårdpersonal är bäst skickad att besluta om vårdens prioriteringar. I vår studie visar dock intervjupersonerna att de misstror såväl vårdpersonal som allmänhet som beslutsfattare i situationer där det finns risk för att egennytta kan slå igenom.

Vi kunde dock se att initialt uppfattades vårdpersonal som den givna beslutsfattaren på nästan samtliga nivåer när det gäller fördelning av vård. Efterhand som samtalet fortgick framstod det allt mer klart att fördelning också måste göras mellan olika behovsgrupper och olika verksamhetsområden, och då förändrade de intervjuade sin ståndpunkt och bilden av vårdpersonalen som den mest lämpliga beslutsfattaren modifierade. Olika beslutsfattare kan dock upplevas som rättvisa beroende på beslutssituation. Ju närmare patienten man kommer desto rimligare uppfattas det att vårdpersonalen är beslutsfattare och ju längre bort från det enskilda ärendet man kommer desto viktigare framstår det att beslutsfattaren har en större överblick över vårdens resurser (fig 1).

Fig. 1 Attitydförändringar om rättvisa beslutsfattare



Även om vissa resonemang förekommer i intervjuerna om hur allmänheten skulle kunna tänkas medverka i fördelningsbeslut finns ingen stor entusiasm för ”medborgaren” som ”beslutsfattare”, vilket som också noterats i andra studier (Lomas 1997, Litva m fl 2002, Coast m fl 2002). Tvärtom förekommer uppfattningen att allmänheten brister i både kompetens och insikt om de krav som ställs på övergripande beslutsfattande – var och en är sig själv närmast. Eftersom det finns olika intressen i vården, och olika kompetenser, föreställer sig intervjupersonerna istället någon form av ”gemensamt beslutsfattande”, där olika parter medverkar.

*Vi kan notera att allt eftersom intervjuerna fortskred, tonades kravet på vårdpersonalen som lämplig beslutsfattare ned, medan förståelsen för politikernas roll som beslutsfattare ökade. Vår tolkning är att den kritik som idag finns mot politiker och landsting som beslutsfattare i stor utsträckning bottnar i en avsaknad av kunskap om vilka slags avvägningsproblem beslutsfattare med ansvar för vården ställs inför.*

*Lösningen på legitimitetsproblemet förefaller då inte gå i riktning mot att låta befolkningen ta större ansvar för beslut – eftersom förmågan och oegennyttan ifrågasätts - utan snarare att tydliggöra olika beslutsproblem och medvetandegöra hur beslutsprocesser för att lösa dessa problem ser ut idag. Men det förutsätter naturligtvis att olika beslutsfattare är villiga att visa upp sin beslutsprocess och har förmågan att åskådliggöra den.*

#### **4.6 Rättvisa procedurer – ett intressant men okänt fält**

De intervjuade tycktes bli överraskade av att de egentligen inte vet varför vården har kommit att se ut som den gör eller hur de beslut som formar vården egentligen kommer till. Kanske kan det uppfattas som ett uttryck för ointresse, men det verkar mindre troligt med tanke på hur stor vikt de intervjuade fäster vid rättvisa. Man kan spekulera om det istället handlar om den tillit som kommer till uttryck i intervjuerna - man litar helt enkelt på att beslutsfattarna verkar för att åstadkomma rättvisa. Å andra sidan utgår mycket i resonemanget från sådant i vården som upplevs orättvist, vilket tyder på att tilliten inte är fullständig.

Som andra redan konstaterat (MacCoun 2005), är det svårt att med nuvarande kunskap dra slutsatser om vad som är viktigast - procedurer eller resultat - för uppfattningen om rättvisa. Rättvisa beskrivs i våra intervjuer spontant som ett begrepp sammanlänkat med en situation där något ska fördelas, eller med något som kan delas upp. Först senare kommer man in på vilket sätt (med vilken procedur) rättvisa kan skapas, inte minst då man diskuterar vad som upplevs orättvist idag. Naturligtvis kan detta bero på hur och i vilken ordningsföljd frågorna ställdes och vi kan egentligen inte heller dra några slutsatser om vad våra intervjupersoner anser vara mer eller mindre viktigt - resultaträttvisa eller procedurrättvisa.

*Varför anses procedurer vara viktiga? Helt klart är det ett dilemma för beslutsfattare att balansera olika viljor för att på ett övergripande plan komma fram till en ”rättvis” fördelning av vård och samtidigt tillgodose alla individuella behov och önskemål om vård. Men att utveckla en beslutsprocess som uppfattas som rättvis är, som vi tolkar intervjuerna, viktigt inte enbart för att (försöka) skapa uppslutning kring ett fördelningsbeslut. Det går inte att ta för givet att ”goda procedurer” alltid leder till att en fördelning av vård accepteras av medborgarna. Att få förklaringar och att bli lyssnad till anses viktigt också för att människor ska ha en möjlighet (om de så vill) att agera mot sådant som upplevs orättvist.*

Att agera kan, som vi tidigare nämnt, innebära antingen att man försöker uppnå en annan fördelning, som kan uppfattas som mer rättvis för egen eller för kollektivets del, eller att man söker sig bort från offentlig vård till privata alternativ.

Sådana inslag av procedurrättsvisa som vanligtvis framhålls som betydelsefulla är möjligheten att kunna framföra sin mening (voice), ett neutralt förhållningssätt i bedömningen mellan individer, likvärdig handläggning, öppenhet med fakta och att erbjuda möjligheter för omprövning av beslut (Dolan m fl 2002). Vi kan känna igen mycket av detta från intervjuerna.

Intervjupersonerna önskar öppenhet kring beslut och bakomliggande skäl och menar att den information som erbjuds via massmedia inte är tillförlitlig. Ett skäl till ökad insyn är att detta bidrar till kunskap om att det är flera som är berörda av ett beslut och att man inte är personligen förfördelad utan delar sitt öde med många andra.<sup>11</sup> Det finns dock varierande uppfattningar om hur mycket av insyn som behövs.

En annan fråga som vi har lyft fram tidigare gäller *när* procedurer är viktiga? De intervjuade menar att betydelsen av rimliga procedurer, som att bli lyssnad till och få förklaringar, ökar när man själv är berörd av ett fördelningsbeslut eller tillhör den grupp som får stå tillbaka. Betydelsen av rättvisa tycks öka med ohälsans svårighetsgrad och det upplevda behovet av vård (vid ransoneringar som omfattar allvarliga tillstånd hjälper det mindre med ”goda procedurer”). Om vi flyttar oss bort från dessa tydliga situationer går emellertid åsikterna isär bland de intervjuade om betydelsen av procedurer. Å ena sidan kan detta med att bli hörd och få förklaringar uppfattas som oviktigt, om man inte är berörd av ett fördelningsbeslut. Å andra sidan kan det uppfattas som en demokratisk rättighet för alla. Betydelsen av procedurer kan m a o variera bland allmänheten.

När det gäller medborgerligt deltagande antyds möjligheten av ”folkomröstning” vid specifika beslut om ransonering i vården, men det är oklart hur detta skulle utformas. Inte heller ger intervjuerna klarhet om vilka beslutsnivåer som anses vara mest lämpade för ett medborgerligt deltagande.<sup>12</sup> Istället finner vi en stor osäkerhet om hur man som enskild ska kunna bli hörd i andra situationer än den egna vården.

---

<sup>11</sup> Detta ligger nära det resonemang som den amerikanske filosofen Daniel Callahan (1990) för om prioritering där han betonar att enskilda individer ska känna att de får stå tillbaka för att tjäna ett större syfte i samhället, inte på grund av personliga egenskaper.

<sup>12</sup> Litva et al (2002) fann i sina studier ett starkt stöd för konsultation av allmänheten vad det gäller t ex geografisk fördelning av vård, ett visst stöd vad det gäller val mellan olika typer av verksamheter men ett mycket svagt stöd på individnivå, om det inte gällde den egna vården.



Visserligen nämns ”medborgardialog” men det är oklart vad intervjupersonerna menar med detta begrepp och vilken roll ett organiserat arrangemang som inkluderar vanliga medborgare skulle kunna spela i sammanhanget.

All koncentration av makt (också inom kollektivet vårdpersonal) uppfattas som något förkastligt och istället betonas betydelsen av arrangemang som medger att olika slags beslutsfattare (politiker, vårdpersonal och befolkning) deltar och skapar gemensamma beslut.<sup>13</sup>

Beslutsprocesser som gäller fördelning av hälso- och sjukvård förefaller okända för allmänheten vilket medför svårigheter att bedöma inslag av rättvis i dessa procedurer. Bristande öppenhet uppfattas kunna skada tilltron till vårt hälso- och sjukvårdssystem. Särskilt viktigt verkar det vara att skapa tilltro genom att visa hur den allestädes närvarande egennyttan kan balanseras. Samtidigt som beslutsfattare måste kunna hantera en situation där beslutsprocesser som uppfattas som rimliga av flertalet, inte automatiskt leder till acceptans av alla prioriteringsbeslut. Intervjuerna visar att insyn och öppenhet också kan leda till att man söker sig från offentlig vård eller till protester.

*Att skapa beslutsunderlag som utgår från patientens perspektiv på prioriteringar förefaller viktigt (inte minst på individnivå) men det är svårt att dra några slutsatser om hur ett deltagande från allmänheten skulle kunna påverka vårdens legitimitet. Kanske måste politikernas fokus, förutom att lyssna in allmänhetens synpunkter, också vara att försöka öka kunskapen om vårdens avvägningsproblem och hur dessa problem kan hanteras för att därigenom uppnå en större medvetenhet hos befolkningen.*

#### **4.7 Avslutande diskussion**

Vi poängterade i inledningen till diskussionsavsnittet att tillstånd som initialt upplevs som rättvisa, utifrån andra argument kan betraktas som orättvisa. Vissa uppfattningar om rättvisa kan variera med situationen medan andra är mer stabila. Men även om vissa uppfattningar framstår som mer stabila så visar också vår studie att uppfattningar kan påverkas och därmed förändras. Detta framgår på två sätt.

För det första kan sägas att det finns mycket som påverkar människornas bild av rättvisa. Till detta räknas den egna eller närståendes erfarenheter av vården och om mötet med vården upplevdes positivt eller negativt.

---

<sup>13</sup> Sådana tankar, att den bästa lösningen vid prioriteringsbeslut är att olika parter medverkar, har framförts i den internationella debatten av Klein (1993, 1998) och går under benämningen ”pluralistisk förhandling”.

I en del fall skapas bilden av rättvisa genom att jämförelser görs med förhållanden i andra länder eller i andra samhällssektorer. Utan tvekan är också medias beskrivning av hälso- och sjukvårdens tillstånd viktig, vilket är problematiskt då mediebilderna uppfattas som otillförlitliga.

För det andra har vi genom vår undersökning visat att intervjupersonerna vinner ökad insikt i fördelningens problematik under den tid intervjuerna pågår, trots att ingen information lämnas. De intervjuade börjar dock uppfatta olika förhållanden på ett nytt sätt, prövar sina argument i en diskussion med sig själva och korrigerar därmed sina uppfattningar. Detta tar sig uttryck både i form av en ökad säkerhet men också i motsatsen; det som initialt upplevdes som självklart blir med tiden intervjun pågår mindre självklart och man tillåter sig en mer flexibel bild av rättvisa än vad som kom till uttryck i början av intervjun. Att föra ett samtal om rättvisa och om vårdens fördelning förefaller alltså kunna påverka människors uppfattningar. Vi vågar påstå att det uppstår en större ödmjukhet inför vårdens komplexitet och olika problem med att skapa rättvisa. Hur denna kunskap ska omvandlas till praktiskt handlande står inte helt klart, men förefaller ändå som viktigt att beakta i fortsatta diskussioner om den offentliga vårdens legitimitet.

Vår studie har givit en inblick i hur människor kan uppfatta rättvisa i samband med fördelning av resurser inom svensk hälso- och sjukvård. Som alltid i kvalitativa studier bör resultat betraktas som preliminära – det inte att fastslå en sanning utan att närma sig en sanning. För att förstå vad som påverkar individens uppfattning (egenskaper hos individen själv t ex ålder, kön eller mer samhällsrelaterade fenomen) behövs studier med en mer förklarande ambition. Komplexiteten i frågan om vad rättvisa är, hur den uppfattas och om den kan skapas, parat med vår erfarenhet att uppfattningar påverkas av samtal, gör att vi ställer oss tveksamma till kunskap som enbart baseras på kvantitativa metoder. Att följa människor över tid och i olika sociala roller och livssituationer skulle däremot kunna ge oss mer kunskap om vad som skapar och upprätthåller bilden av en rättvis vård.

## REFERENSER

Alexandersson M. 1994. Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I Starrin B. & Svensson P.G. 1994. Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund, Studentlitteratur.

Blader SL, Tyler TR. 2003. A Four-Component Model of Procedural Justice: Defining the Meaning of a "Fair" Process. *Personality and Social Psychology Bulletin* 29: 747-58.

Callahan D. 1990. What kind of life. The limits of medical progress. New York. Simon and Schuster.

Coast J, Donovan J, Litva A, Eyles J, Morgan K, Shepherd M, Tacchi J. 2002. "If there were war tomorrow, we'd find the money": contrasting perspectives on rationing of health care. *Social Science & Medicine* 54: 1839-51.

Daniels N, Sabin JE. 1997. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem of insurers. *Philosophy and Public Affairs* 26: 303-50.

Daniels N, Sabin J. 2002. Setting limits fairly. Can we learn to share medical resources? Oxford: Oxford University Press.

Dolan P, Edlin R, Miguel L, Tsuchiya A, Wailoo A. 2002. Concepts of procedural justice; from legal studies to social decision making, Final report for the Art and Humanities Research Board, Project number;13789.

Elster J. 1992. Local Justice. How institutions allocate scarce goods and necessary burdens. Cambridge, Victoria: Cambridge University Press.

Elster J. 1995. The empirical study of Justice. I: D. Miller och M Walzer (eds). *Pluralism, Justice and Equality*. Oxford: Oxford University Press.

Ham C, Pickard S. 1998. Tragic choices in health care: the case of Child B. London: King's Fund.

Hirschman AO. 1970. Exit, voice, and loyalty: responses to decline in firms, organizations, and states. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Holmberg S, Weibull L. 2006. Swedish Trends 1986-2005. Göteborg: SOM-Institutet.

Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1982:763.

Klein R. 1993. Dimensions of rationing: who should do what? *BMJ* 307: 30911.

Klein R. 1998. Puzzling out priorities. *BMJ* 317: 959-60.

Kvale S. 1989. Introduktion. I:Kvale, S.. *Issues of Validity in qualitative research*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale S. 1997. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Liss PE.2004. *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård - en begreppsanalys*. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Litva A, Coast J, Donovan J, Eyles J, Shepherd M, Tacchi J, Abelson J, Morgan K. 2002. 'The public is too subjective': public involvement at different levels of health-care decision making. *Social Science & Medicine* 54: 1825-37.

Lomas J. 1997. Reluctant rationers: public input to health care priorities. *Journal of Health Services Research and Policy* 2 (2): 103-111.

MacCoun RJ. 2005. Voice, Control, and Belonging: The Double-Edged Sword of Procedural Fairness. *Annual Review of Law and Social Science* 1: 171-201.

Martin D, Giacomini M, Singer P. 2002. Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers. *Health Policy* 61: 279-290.

Marton F, Booth S. 1997 The idea of phenomenography. In: Marton F, Booth S, editors. *Learning and awareness*. Mahwah, NJ: 110-36.

Ostrom E. 1990. *Governing the Commons: The evolution of Institutions for Collective Action*. New York: Cambridge University Press.

Patton M. 1990. *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills, CA: Sage.

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

Rawlins M.D. 2005. Pharmacopolitics and deliberative democracy. *Clinical Medicine* 5 (5).

Rosén P. 2002. Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. 2002:1. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan.

SCB. 1998. SSK 96 Standard för svensk yrkesklassificering 1996. Meddelanden i samordningsfrågor för Sveriges officiella statistik 1998:3. Örebro: SCB.

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

Starrin B. & Svensson P.G. 1994. Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur.

Svallfors S. 2004. Class, Attitudes and the Welfare State: Sweden in Comparative Perspective. *Social Policy & Administration*, 38(2), 119-138.

Svensson P.G. & Starrin B. 1996. Kvalitativa studier i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur.

Tenbensen T. 2002. Interpreting public input into priority-setting: the role of mediating institutions. *Health policy* 62(2): 173-194.

Tyler T.R. 1994. Governing amid Diversity: The effect of Fair Decisionmaking Procedures on the Legitimacy of Government. *Law & Society Review*, vol.28, nr.4.

Uljens M. 1989. Fenomenografi – forskning om uppfattningar. Lund: Studentlitteratur.



Till verksamhetsansvarig

***Forskningsprojekt om medborgarnas uppfattning om rättvisa i hälso- och sjukvård***

Sedan 2003 pågår inom Institutionen för hälsa och samhälle (IHS) vid Linköpings universitet ett forskningsprojekt om rättvisa tillvägagångssätt vid prioritering av hälso- och sjukvård. Ämnet har aktualiserats av de senaste årens diskussioner om hur huvudmän (landsting) och vårdgivare (primärvård och sjukhusvård) ska hantera gapet mellan förväntningar i befolkningen och tillgängliga resurser i vården. Projektet finansieras av Sveriges kommuner och landsting inom ramen för Forskningsprogrammet om hälso- och sjukvårdens förändringar.

Ett av delprojekten avser att försöka fånga medborgarnas uppfattningar om olika former av rättvisa i anslutning till hälso- och sjukvård. Studien kommer att genomföras i form av individuella intervjuer. Syftet är att försöka fånga olikheter i hur rättvisa i vården kan uppfattas. Vi vänder oss därför till några arbetsplatser/organisationer som på olika sätt kan ge en bild av det svenska samhället. För att välja ut de 15 personer som ska intervjuas önskar vi att era medarbetare/deltagare/besökare (**anpassas till vilken grupp vi vänder oss till**) besvarar en mindre enkät (fyra frågor) där svaren ger en uppfattning om vilken spridning det finns i uppfattningar om ”rättvisa”. Beroende på hur utfallet av enkäten blir kommer vi eventuellt att kontakta någon/några på er arbetsplats eller i er organisation för en intervju. Intervjun tar cirka 1 – 1,5 timme och genomförs på tid och plats som passar den intervjuade. Intervjun bandas – som brukligt är vid denna typ av forskning – men bandet avmagnetiseras när intervjun skrivits ut för bearbetning med garanterad anonymitet. Medverkan i alla steg är givetvis frivillig.

Ansvarig för delstudien är Mari Broqvist som har i uppdrag av IHS att planera och genomföra urvalsproceduren och intervjuerna. Ansvarig för huvudstudien är Peter Garpenby vid IHS, Linköpings universitet.

Linköping 2005-11-15

Peter Garpenby  
Docent/projektledare  
CMT/IHS  
Qualitativa/PrioriteringsCentrum  
Linköpings universitet

Mari Broqvist  
Konsult  
Firma

Telefon: 013-22 49 91  
E-post: [peter.garpenby@ihs.liu.se](mailto:peter.garpenby@ihs.liu.se)

Telefon: 0705 – 28 05 85  
E-post: [m.broqvist@telia.com](mailto:m.broqvist@telia.com)

**Hej!**

Är du intresserad av att besvara fyra frågor om rättvisa i vården?

Vi vill veta mer om hur människor i allmänhet uppfattar rättvisa vid prioriteringar i hälso- och sjukvård. Vid Linköpings universitet, Institutionen för hälsa och samhälle (IHS), pågår därför ett sådant forskningsprojekt. Ämnet har aktualiserats av de senaste årens diskussioner om hur landsting och vårdgivare ska hantera gapet mellan förväntningar i befolkningen och tillgängliga resurser i vården. Projektet finansieras av Sveriges kommuner och landsting (f d Landstingsförbundet och Kommunförbundet).

Vår målsättning är sedan att intervjua 15 personer om deras uppfattningar om rättvisa. Dessa 15 personer väljs ut utifrån svaren på bifogad enkät. Enkäten besvaras av olika grupper (olika arbetsplatser och organisationer) som kan sägas täcka in det svenska samhället. Ditt namn har vi fått via .....

För att fånga in så många olika uppfattningar som möjligt om rättvisa i vården är din åsikt värdefull. Beroende på utfallet av enkätsvaren kommer vi med andra ord eventuellt att kontakta dig för en intervju. Läs mer om detta i enkäten. Din medverkan är förstås helt frivillig och du kan när som helst avbryta deltagandet utan att ange orsak.

Vi ber dig skicka in enkäten senast ..... i bifogat svarskuvert.

Linköping 2006-01-26

Peter Garpenby

Mari Broqvist



# Medborgarnas uppfattning om rättvisa i hälso- och sjukvård

<input type="checkbox"/>	18-29 år
<input type="checkbox"/>	30-39 år
<input type="checkbox"/>	40-49 år
<input type="checkbox"/>	50-59 år
<input type="checkbox"/>	60-69 år
<input type="checkbox"/>	70-79 år
<input type="checkbox"/>	80 eller äldre

Namn; .....

Tele.nr som jag kan kontaktas på;  
.....

Dagtid  Kvällstid

*Lämna enkäten till .....*

*Senast .....*  
*Tack för din medverkan!*



Linköpings universitet

*Ett forskningsprojekt vid  
Institutionen för hälsa och samhälle (IHS)  
Linköpings universitet*

Peter Garpenby  
Docent/projektledare  
Telefon: 013-22 49 91  
peter.garpenby@ihs.liu.se

Mari Broqvist  
Intervjuare  
Telefon: 0705- 28 05 85  
m.broqvist@telia.com

### Information till dig som deltar i studien

#### Syfte?

Detta är ett forskningsprojekt om rättvisa vid prioritering av hälso- och sjukvård. Bakgrunden är de senaste årens diskussioner om hur gapet mellan förväntningar och tillgängliga resurser i vården ska hanteras. Projektet finansieras av Sveriges kommuner och landsting.

#### Hur?

Vi vill be dig besvara dessa fyra frågor samt fylla i dina personuppgifter. Då det är din egen uppfattning vi är intresserade av ber vi dig besvara frågorna individuellt.

#### Vad händer sedan?

Beroende på utfallet av enkäten kommer vi eventuellt att kontakta dig för en intervju (fyll i namn och telefonnummer). Efter att intervjupersonerna valts ut förstås enkäterna. Intervjun tar cirka 1 – 1,5 timme och genomförs på tid och plats som passar dig bäst. Frågorna kommer att handla om din uppfattning om rättvisa i vården. Intervjun bandas. Svaren kommer vi inte att knyta till person utan du är garanterad anonymitet. Din medverkan är förstås helt frivillig och du kan när som helst avbryta deltagandet utan att ange orsak.

#### Frågor?

Kontakta oss gärna!

Vem anser du bör ha störst inflytande över hur sjukvårdens resurser fördelas idag?

--	--	--

Politiker  
Läkare och annan vårdpersonal  
Allmänheten

1. Är det viktigt att allmänheten känner till vilka som har företräde till vårdens resurser?

--	--

Ja  
Nej

2. Kan man hitta en fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser som de flesta i samhället tycker är rättvis?

--	--

Ja  
Nej

3. Anser du att patienter på det stora hela får vård på lika villkor idag?

--	--

Ja  
Nej

Vänd 

--	--

Kvinna  
Man

## Uppfattningar om begreppet rättvisa

### 1. Om jag säger rättvisa vad tänker du på då? (i allmänhet)

Följdfrågor vid behov;

- Kan du ge något exempel, vad som helst, på rättvisa/när det inte är rättvist?
- Finns rättvisa/ kan man uppnå rättvisa?

### 2. Vad är viktigt för att uppnå rättvisa? (i allmänhet)

Följdfrågor vid behov;

- Utifrån det exempel respondenten ger på något som uppfattas orättvist; Hur ska man göra för att det ska bli (mer) rättvist i det här fallet?

### 3. Om jag säger rättvisa i vården vad tänker du på då?

Följdfrågor vid behov;

- Tycker du att vi har en rättvis vård i Sverige idag? Varför – varför inte?

## Uppfattningar av rättvisa i vården i samband med -ransonering –

Ingångsfråga;

- Har du själv erfarenhet av eller känner någon som fått vänta i vården?

### 4. Finns det något som skulle få dig att acceptera att vänta på vård? (tidsransonering)

Följdfrågor vid behov;

- Kan personalen göra något i en sådan situation för att du lättare ska finna dig i att vänta?
- Kan politikerna göra något för att du ska acceptera att vi har väntetider?

### 5. Vad skulle få dig att acceptera att inte få den allra bästa vården, om det finns andra som du måste dela resurserna med? (ransonering genom lägre kvalitet)

Följdfrågor vid behov;

- Om det finns andra som behöver insatser (t ex hjälpmedel, läkemedel) som är avancerade och dyra vad skulle få dig att själv acceptera en insats som kanske inte hjälper dig fullt lika mycket?
- Kan personalen göra något i en sådan situation för att du lättare ska finna dig i att inte få det allra bästa?
- Kan politikerna göra något för att du lättare ska finna dig i att dela världens resurser med andra?
- Om du får den allra bästa vården när du besöker sjukvården och det innebär att det finns andra som inte får den allra bästa vården – hur ser du på det?

### **Uppfattningar av rättvisa i vården i samband med –prioritering och bortval –**

Ingångsfråga;

- Har du hört talas om fall där man inte får hjälp i vården idag? (för att man inte är tillräckligt sjuk?) Vad har det handlat om?
- Vad var orsaken tror du?

### **6. Vad skulle få dig att acceptera att man tog bort någon insats/någon behandling från den vård som landstinget betalar?**

Följdfrågor vid behov;

- Vad skulle vara ett dåligt sätt/ sämsta tänkbara sätt att ta ett sådant beslut på?
- Vad skulle vara bästa möjliga sätt att ta ett sådant beslut på?
- Hur ska ”beslutsfattarna” uppträda och göra i en sådan situation för att du lättare ska finna dig i situationen?

### **Uppfattningar om rättvisa beslutsfattare i vården**

**7.Vem tycker du ska ta beslut om att begränsa vården?**

**8.Vem ska avgöra vems behov som är störst i hälso- och sjukvård?**

Följdfrågor vid behov;

- Vem ska bestämma hur mycket resurser som ska gå till barnsjukvård och hur mycket som ska gå till vård av gamla senildementa?

### **Uppfattningar om rättvisa i beslutsfattandet**

**9. Tror du att man kan hitta en fördelning av vård/resurser i hälso- och sjukvården som de flesta i samhället tycker är rättvis? (substansrättvisa)**

Följdfrågor vid behov;

- Kan man komma fram till en fördelning av resurser i hälso- och sjukvården som alla ställer upp på?
- Ja: Hur ska man gå tillväga för att komma dit?
- Nej: Om inte alla kan bli nöjda, hur ska man då göra för att minska på missnöjet?

**10. Om man måste dela upp hälso- och sjukvårdens resurser mellan olika områden (sjukdomar), vad skulle få dig att tycka att ett sådant beslut har tagits på ett rättvist sätt? (procedurrättvisa)**

Följdfrågor vid behov;

- Om du blev ombedd att tycka något om ett sådant beslut vad skulle du då vilja veta för att kunna bilda dig en uppfattning?

**Uppfattningar om medverkan av medborgare**

**11. Hur ser du på din egen roll för att nå en rättvis vård?**

Följdfrågor vid behov;

- Tror du att allmänheten kan bidra på något sätt?
- Hur skulle det kunna gå till rent praktiskt, har du några föreställningar om det?

**12. Är det något övrigt du vill lägga till när det gäller hur rättvisa skapas i vården?**

## Bilaga 5

Huvudkategorier	Underkategorier	Aspekter
Fenomenet rättvisa		Dela upp och fördela Något som ska fördelas Vilka som får del Resultatet av fördelningen
Fenomenet fördelning av vård	Fördelning av vård som ett måste  Fördelning av vård som möjlig omfördelning	Resursbrist Oändliga behov Från andra samhällssektorer till vård Inom vårdsektorn Offentlig vård till privatfinansierad vård
Rättvisa resultat vid fördelning av vård	En individuell upplevelse  En kollektiv upplevelse  Flest är nöjda Alla får lika vård    Lika vård får lika vård medan olika får olika vård	Personliga erfarenheter Personligheter Rådande politiska system Samhälleliga värdenormer  Lika möjlighet Lika delar Lika rättigheter Lika skyldigheter Det som var och en behöver Samma prestation ska ge samma resultat
Reaktioner på olik fördelning av vård	Egennyttans icke-acceptans  Solidarisk acceptans  Resignation Avsaknad av reaktion Tillit	Sig själv närmast Gjort sig förtjänt av vården Självt stå tillbaka till förmån för andra Andra står tillbaka till förmån för mig Aktivt undvika onödig konkurrens Tvingande situation  Rättvisan som en självklarhet Önskan om att kunna lita på
Rättvisa principer för fördelning av vård	Personliga egenskaper  Hälsotillstånd  Behov  Antal drabbade Behandlingsnytta Samhällsnytta  Självförvällande Valmöjlighet	Människors lika värde Ålder Mental eller fysisk påverkan Sjukdom eller skada Avvikelser från det normala Svårighetsgraden Risk Stora sjukdomsgrupper  Viktigare för samhället Samhällsekonomiskt perspektiv Medvetet tar onödiga risker Egenfinansiering av privat vård Alternativ geografisk tillgänglighet
Rättvisa beslutsfattare vid fördelning av vård	Personer med kompetens    Personer med överblick Personer med rätta sinnelaget	Teoretiska kunskaper Erfarenhet Allmän kännedom om hur vården fungerar Kunniga väljare Att balansera egennyttan Vilja göra så rätt som möjligt Pålitliga Oberoende Mod

<b>Huvudkategori</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Aspekter</b>
Rättvisa procedurer vid fördelning av vård	<p data-bbox="448 225 703 251">Att få insyn och förklaringar</p> <p data-bbox="448 498 608 524">Att bli lyssnad till</p> <p data-bbox="448 724 787 749">Att kunna välja mellan olika alternativ</p> <p data-bbox="448 797 706 822">Att fatta gemensamma beslut</p>	<p data-bbox="826 225 1213 251">Att få veta villkoren för att själv stå tillbaka</p> <p data-bbox="826 251 1204 276">Öppenhet för att kunna bedöma om värden</p> <p data-bbox="826 276 1072 302">som helhet är rättvis eller ej</p> <p data-bbox="826 302 933 327">Vara berörd</p> <p data-bbox="826 327 980 353">Öppenhet för alla</p> <p data-bbox="826 353 1099 378">Prioriteringar och dess grunder</p> <p data-bbox="826 378 1072 404">Villkoren för att stå tillbaka</p> <p data-bbox="826 404 955 429">Ransoneringar</p> <p data-bbox="826 429 1011 455">Vårdpersonalens roll</p> <p data-bbox="826 455 973 480">Politikers ansvar</p> <p data-bbox="826 480 1059 505">Olika informationskanaler</p> <p data-bbox="826 505 1103 531">Bli förstådd i sin egen situation</p> <p data-bbox="826 531 1200 556">Lämna synpunkter för att påverka vårdens</p> <p data-bbox="826 556 977 582">fördelning i stort</p> <p data-bbox="826 582 1118 607">Den enskilda i mötet med vården</p> <p data-bbox="826 607 1118 633">Alla människors rätt att bli hörda</p> <p data-bbox="826 633 1179 658">Ta in patientperspektiv på prioriteringar</p> <p data-bbox="826 658 1210 684">Viktig del i gott bemötande från personalen</p> <p data-bbox="826 684 1112 709">Politikers uppgift i en demokrati</p> <p data-bbox="826 709 1219 735">Osäkerhet om möjligheter att kunna påverka</p> <p data-bbox="826 735 984 760">Demokratiska val</p> <p data-bbox="826 760 1018 786">Välja sina företrädare</p> <p data-bbox="826 786 967 811">Folkomröstning</p> <p data-bbox="826 811 1213 837">Flera beslutsfattare med olika förmågor och</p> <p data-bbox="826 837 939 862">kompetenser</p> <p data-bbox="826 862 1141 888">Olika beslutsfattare för olika nivåer</p>

**Hej!**

Först vill vi börja med att tacka för ditt deltagande i intervjun om rättvisa i vården som ingår i det forskningsprojekt som vi genomför vid Linköpings universitet, Institutionen för hälsa och samhälle (IHS).

Vi har nu gjort en första bearbetning av alla intervjuer och sammanställt svaren. För att få ett så säkert resultat som möjligt vill vi göra en sk deltagarbedömning. Det innebär att deltagarna i en undersökning själva får bedöma, genom att läsa igenom resultatet, om de känner igen sina egna uppfattningar i det sätt som resultatet redovisas. Vi vill därför be om din hjälp ännu en gång; att läsa igenom resultatet, fylla i bifogad svarslogg och skicka in svarsloggen senast ..... i bifogad svarskuvert (du behöver inte skriva ditt namn, blanketterna är kodade).

Vi kommer sedan att gå igenom de svar vi får in och göra eventuella justeringar i resultatet. Rapporten kommer sedan under 2007 att ges ut bl a i PrioriteringsCentrums rapportserie. Om du är intresserad av att få ett exemplar (naturligtvis kostnadsfritt) skickar vi dig gärna ett.

Med vänliga hälsningar

Linköping 2007-05-07

Peter Garpenby

Docent/projektledare  
CMT/IHS  
Linköpings universitet  
Telefon: 013-22 49 91

E-post: [peter.garpenby@ihs.liu.se](mailto:peter.garpenby@ihs.liu.se)

Mari Broqvist

Intervjuare

Telefon: 0705 – 28 05 85  
Alt 013 – 14 55 85

E-post: [m.broqvist@telia.com](mailto:m.broqvist@telia.com)



## Svarsblankett

Tycker du att dina uppfattningar om rättvisa vid fördelning av vård finns med i bifogad beskrivning?

Ja

Nej

Beskriv mycket kortfattat vad du tycker saknas

Har ej möjlighet att läsa materialet.

Ja, jag önskar få den färdiga rapporten.



## **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 Läke-medelsförmånsnämnden.* 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, Per Johansson.

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