

**Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008**  
**Del II. Olika tankar om processen**

*Mari Broqvist*

*Peter Garpenby*

*Karin Lund*

*Karin Bäckman*

**PrioriteringsCentrum**

**2009:2**

ISSN 1650-8475



## FÖRORD

När PrioriteringsCentrum genomförde sin omfattade kartläggning 2006 av hur landsting och kommuner arbetade med prioriteringar var resultatet ganska nedslående. Det hade skett en hel del utvecklingsarbete på den nationella nivån men på den regionala hade inte mycket hänt. Intresset för mer öppna prioriteringar från politikernas sida var svalt, de kände sig osäkra. Det är därför väldigt glädjande att politikerna i Västerbottens läns landsting under 2008 beslutade att genomföra en allomfattade prioritering med syfte att omfördela resurser från det lägst prioriterade i den befintliga verksamheten till högre prioriterade insatser. En utgångspunkt för prioriteringsarbetet var den kraftfulla medicinska utvecklingen. Behovet av att vidareutveckla vården tack vare nya framsteg inom medicin och vård kommer alltid att finnas men införande av nya effektiva metoder kan förhindras när sjukvården inte har något expansionsutrymme eller till och kan tvingas krympa sin kostym. Det var så de resonerade.

Idag sitter vi med ett antal svar på hur det gick i Västerbotten. Den lista på bortval som landstingets politiker beslutade i november förra året är betydligt mer omfattade än beslutet i Östergötland som väckte stort rabalder sex år tidigare. Den mediala uppmärksamheten nationellt är ringa, medborgarnas reaktioner är nästan obefintliga och intern kritiken från personalen finns men är företrädesvis konstruktiv. Det är mycket intressant och reser naturligtvis frågan hur kan det komma sig? Jag tror det finns nog många samverkande orsaker. Att landstinget i Västerbotten på ett genomtänkt sätt omvandlat tidigare erfarenheter och metoder från Östergötland och andra nationella projekt till en egen arbetsprocess är antagligen en förklaring till varför prioriteringsarbetet fungerade relativt väl. Ett mått på framgång är att landstinget i Västerbotten avser att upprepa sin prioriteringsprocess om än i en modifierad form. I denna rapport som är del II av två rapporter redovisas en analys av arbetsprocessen som personal från Prioriteringscentrum genomfört. Tillsammans med del I som beskriver arbetsprocessen i detalj kan den förhoppningsvis ge ytterligare inspiration och idéer till andra som planerar att genomföra egna prioriteringsarbeten. Rapporten pekar också ut vad man ska undvika. Öppna prioriteringar som bedrivs brett i ett landsting är en mycket komplicerad process och bör inte genomföras i ett uppskruvat tempo, särskilt inte när den genomförs för första gången.

Västerbotten läns landstings initiativ har redan inspirerat flera andra landsting till att genomföra liknande processer. De har kopierat och utvecklat egna varianter. Detta är en sund utveckling eftersom ingen ännu funnit ett optimalt arbetssätt. Dessutom är inte tillvaron statisk utan förutsättningarna för att bedriva öppna prioriteringar kommer att förändras hela tiden.

Prioriteringar inom hälso- och sjukvård kommer aldrig att vara enkla och de svåraste avvägningarna har vi antagligen framför oss. Det är därför viktigt att vi skapar så bra arbetsformer som möjligt så att besluten blir så genomarbetade och rättvisa som möjligt. Västerbotten läns landsting har lämnat ett värdefullt bidrag till denna utveckling.

*Linköping Juni 2009*

*Per Carlsson*

*Professor, föreståndare för PrioriteringsCentrum*

## SAMMANFATTNING

Västerbottens läns landsting genomförde en omfattande prioriteringsprocess under år 2008. Syftet var att ge utrymme för nya medicinska metoder och andra angelägna satsningar (inprioriteringar) genom att begränsa i de lägst prioriterade delarna av utbudet.

PrioriteringsCentrums uppgift har varit att göra en kvalitativ analys i syfte att belysa variationer av uppfattningar av arbetet under processens gång. Det huvudsakliga skälet till vårt engagemang har varit att det finns moment i landstingets arbete som är helt nya eller genomförda på ett annat sätt än tidigare prioriteringsarbeten i Sverige. Det finns därför lärdomar att dra från processen i Västerbotten som kan användas av andra huvudmän. Vi har däremot *inte* utvärderat om landstinget uppnådde sina egna mål, inte heller studerat vilka effekter beslutet fått inom landstingets olika enheter eller för medborgarna.

Vår rapport bygger på 41 intervjuer med ett urval av verksamhetsföreträdare, tjänstemän samt politiker. Tre omgångar av intervjuer genomfördes; efter att de vertikala prioriteringarna avslutats, efter att den horisontella granskningen/jämknings genomförts samt efter att beslut tagits i landstingsstyrelsen. Samtliga nio politiker som deltagit i Prioriteringsforum, med ett undantag, intervjuades. I övrigt skedde urvalet med ambitionen att försöka hitta så många olika uppfattningar som möjligt. Undersökningen syftar med andra ord inte till att kvantifiera uppfattningar om prioriteringsarbetet i Västerbotten. Om detta finns istället att läsa i Västerbottens egen rapport där ett flertal enkätstudier om processen redovisas (Waldau 2009).

I rapporten beskrivs deltagarnas uppfattningar utifrån de fyra faser som prioriteringsarbetet bestod av:

- Fas I – Identifieringsfasen (vertikal prioritering inom basenheter)
- Fas II – Horisontell granskning/jämkning i grupper
- Fas III – Prioriteringsforum
- Fas IV – Politisk beredning och beslut.

Vi fann emellertid också **en förberedande fas** som hade betydelse för utgången av prioriteringsarbetet. Landstinget hade nämligen redan innan prioriteringsprocessen startade förberett arbetet på olika sätt. Dels fanns i landstingets redan tidigare kunskaper och praktiska erfarenheter av bl a medicinskt programarbete. Dels planerades arbetet noggrant.

Här ingick två tydliga och centrala inslag: **att söka förankra en gemensam problemdefinition** som innebar omfördelning av resurser för att skapa utrymme för nyheter<sup>1</sup> samt **en politisk enighet** om att denna omfördelning skulle göras genom öppna och systematiska prioriteringar. Även om en politiskt styrd organisation måste tåla att olika alternativ öppet ställs mot varandra är troligen en politisk uppslutning runt själva processen en viktig komponent i ett prioriteringsarbete.

Utöver uppfattningar om dessa faser beskrivs i rapporten också de intervjuades syn på ansvarsfördelningen i prioriteringsarbetet, öppenheten och informationen i arbetet samt processen med inprioriteringar.

Utifrån de uppfattningar som framkommit i intervjuerna menar PrioriteringsCentrum att det finns ytterligare lärdomar att dra om processen i Västerbotten, som också andra huvudmän bör reflektera över och själva överväga nyttan av. Dessa reflektioner sammanfattas i rapporten i ett antal punkter.

- Den stora innovationen i Västerbotten var att involvera verksamhetsföreträdare i en **gemensam horisontell granskning**.

Det horisontella arbetet har tidigare ofta framställts som reserverat för politikerna. Västerbottens arbete har visat att det är fullt möjligt att engagera verksamheten och att detta uppfattas kunna stärka trovärdigheten och tilliten till processen. I våra intervjuer vittnar politikerna om en ökad trygghet "*bästa beslutsunderlagen hittills*". Trots att det bland verksamhetsföreträdarna även framkommer negativa uppfattningar om att delta i det horisontella prioriteringsarbetet menar vi att flera aktörer måste dela ansvaret för prioriteringsarbetet för att resultatet ska betraktas som rimligt. En så betydande faktagrund och/eller många olika typer av värderingar gör att en kategori av aktörer rimligen inte ensam kan vara ansvarig.

- En annan innovation var att samla politiker, tjänstemän och verksamhetschefer i en **gemensam mötesplats kring prioriteringar**.

I en gemensamt finansierad hälso- och sjukvård går det inte att resa murar mellan de olika aktörerna – det fungerar inte i en prioriteringsprocess som ytterst bygger på tillit. Den ena parten måste kunna lita på att den andra parten tar sitt ansvar fullt ut.

---

<sup>1</sup> Även om vi bedömer att omfördelningssyftet i Västerbotten har haft en motiverande effekt för viljan att pröva på ett nytt arbetssätt för resursfördelning är det samtidigt nödvändigt att påpeka att både riksdagens etiska plattform och den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar är neutrala i förhållande till syftet med prioriteringarna.

### III

I Västerbotten arrangerades därför en särskild mötesplats som kom att kallas Prioriteringsforum. Där deltog företrädare för alla verksamheter i landstinget, tjänstemannaledning och den politiska styrgruppen för prioriteringsarbetet. Syftet var att presentera och analysera beslutsunderlagen inför den fortsatta politiska processen. Prioriteringsforum prisades av alla intervjuade parter. Prioritering är inte bara en teknisk aktivitet – arbetet måste dessutom genomföras med målet att skapa tillit i organisationen – i alla led. Det är den viktigaste lärdomen från Västerbotten.

- En medveten **kommunikationsstrategi** har ökat öppenheten kring syfte, process och beslut men innehåller enligt vår bedömning ytterligare förbättringspotential.

Landstinget uppmärksammade vikten av att utveckla och motivera skälen för att ge sig in i prioriteringsarbetet, liksom att förklara hur processen var utformad. Motiven för prioriteringsarbetet beskrevs ganska tydligt i intervjuerna medan däremot tolkningarna av vad som förväntades bli resultatet av prioriteringsarbetet skiftade. Att eftersträva en så gemensam målbild som möjligt – vilken typ av förslag och beslut arbetet ska resultera i – förefaller viktigt, liksom att internt klargöra vilken innebörd som läggs i olika typer av aktiviteter.

Det kan vidare diskuteras om landstinget lyckades leva upp till sina ambitioner att förklara skälen bakom resultatet – varför just ett visst förslag fanns med och inte något annat. Vår bedömning är att öppenheten i form av förklaringar har en klar utvecklingspotential.

Hur det politiska beslutsfattandet i en ny situation – vilket prioriteringsprocessen i Västerbotten var – kan göras öppet och vad detta i så fall ska bestå av ger inte Västerbottens arbete svar på. Med tanke på att den politiska beredningen hade (som ju vanligt är) inslag av ”kompromisslösning” är det svårt att se hur en öppen dialog kan och bör se ut. Diskussionen om hur den externa informationen och dialogen ska utformas måste fortsätta.

- Prioritering genom resursomfördelning kräver en viss **balans i processen kring utbudsbegränsningar och inprioriteringar**.

I Västerbotten fokuserades verksamheternas uppdrag nästan helt på utbudsbegränsningarna, vilket kritiserades av verksamhetscheferna. Grunderna för inprioriteringar blev därmed otydliga och icke-synliga. Dessa underlag uppfattades bygga på starka företrädare, såväl från verksamheten som från politiker, snarare än en systematisk genomgång av olika alternativ.

Slutsatsen är att det behövs en tydlig struktur vad det gäller öppenhet och delaktighet både för bortvalen och ”invalen” för att öka tilltron ytterligare både till själva prioriteringsprocessen och till dess resultat.

- Vikten av **metodstöd** har blivit tydlig.

I Västerbotten fanns tillgång till särskilda metodstödjare för att skapa så goda förutsättningar som möjligt för att tillämpa den nationella prioriteringsmodellen. Vi menar att metodstöd i någon form är nödvändigt för att skapa en så likartad tolkning av modellen som möjligt och därmed öka chansen till jämförbarhet mellan olika aktörers prioriteringar. Stöd behövs också för att se hur modellen knyter an till etiken. Intervjuerna tyder på att kopplingen till riksdagens etiska plattform tappades bort; ”*vi hade inga etiska diskussioner*” sade flera intervjuade – ändå grundar sig hela modellen på riksdagens etiska plattform. Oavsett vilken modell som ett landsting väljer behöver frågan ställas – vilket metodstöd kommer man att behöva i verksamheten i samband med ett prioriteringsarbete?

- **Tiden** är en väsentlig faktor att ta hänsyn till.

Många av de intervjuade, i synnerhet verksamhetsföreträdare, ansåg att tiden var alltför kort för arbetet. Detta ger en insikt om betydelsen av den tid som avsätts för att genomföra ett prioriteringsarbete. Identifieringsfasen (eller med andra ord de vertikala prioriteringarna) förefaller vara den fas som inte får tidspressas för hårt.

- **Den nationella prioriteringsmodellen** bör vidareutvecklas.

Erfarenheterna från Västerbottens prioriteringsarbete bekräftar vår uppfattning att den nationella prioriteringsmodellen bör ses över och vidareutvecklas. Att skapa bättre förutsättningar för samsyn i tolkningen av modellen är en angelägen, gemensam uppgift för olika aktörer på området. Tidigare utvärderingar har gett goda kunskaper om vilka delar av modellen som brukar skapa tolkningsproblem, vilket bekräftades i Västerbotten. Exempelvis såg sig vissa verksamheter som självklart högprioriterade, sanktionerade av riksdagens prioriteringsgrupper<sup>2</sup> och de ställde sig därmed utanför prioriteringsarbetet, samtidigt som Socialstyrelsen ställt sig mycket kritisk till dessa grupper. En ytterligare fråga som väcktes i Västerbotten är hur modellen kan tillämpas på vårdprocesser och teaminsatser. Att studera modellens tillämpning också inom den typen av prioriteringsarbeten är en viktig framtida uppgift.

---

<sup>2</sup> Där prioriteringsgrupp 1 bl a gäller vård av människor med nedsatt autonomi, svåra kroniska sjukdomar och livshotande sjukdomar (Prop kap 7.3 s 31) (Socialdepartementet 1996/97).



## INNEHÅLL

<b>1. INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUND .....	1
1.2 UTGÅNGSPUNKTER FÖR STUDIEN .....	2
1.3 SYFTE OCH AVGRÄNSNINGAR FÖR STUDIEN.....	2
1.4 METOD .....	3
<b>2. LANDSTINGETS PRIORITERINGSPROCEDUR</b> .....	<b>8</b>
2.1 VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTINGS ORGANISATION .....	8
2.2 FÖRHISTORIA.....	10
2.3 POLITISKA BESLUT, STYRNING OCH PROCESSTYRNING .....	11
2.4 PROCESSENS SYFTE OCH MÅL .....	12
2.5 INFORMATION OCH KOMMUNIKATION .....	12
2.6 SPECIFIKA ADMINISTRATIVA FÖRBEREDELSE SAMT TIDPLAN .....	13
2.6.1 Övergripande idé och ledning.....	13
2.6.2 Alla skulle vara med.....	15
2.6.3 Den nationella prioriteringsmodellen skulle användas.....	16
2.7 FAS I – VERTIKAL PRIORITERING .....	18
2.8 SAMORDNING MELLAN FAS I OCH II.....	20
2.9 FAS II – HORISONTELL GRANSKNING OCH PRIORITERING .....	21
2.10 DELRESULTAT AV ARBETET I FAS I OCH II.....	22
2.10.1 Svårigheter i Fas I och II .....	22
2.10.2 Samlat delresultat av Fas I och II.....	24
2.11 FAS III – ADMINISTRATIV BEREDNING, PRIORITERINGSFORUM OCH POLITISKT BESLUT .....	24
2.11.1 Inprioritering.....	25
2.11.2 Prioriteringsbeslutet.....	25
<b>3. DELTAGARNAS FÖRESTÄLLNINGAR OM SYFTE OCH MOTIV</b> .	<b>27</b>
3.1 SYFTET MED PRIORITERINGSARBETET .....	27
3.2 MOTIV FÖR OMFÖRDELNING.....	28
3.3 OLIKA REAKTIONER PÅ ATT MEDVERKA I PRIORITERINGSARBETET .....	29
<b>4. FAS I – IDENTIFIERINGSFASEN</b> .....	<b>31</b>
4.1 UPPDRAGET.....	31
4.2 DELTAGARE .....	32
4.2.1 Verksamhetsvis indelning.....	32
4.2.2 Delaktighet inom respektive verksamhet.....	32
4.3 GENOMFÖRANDET AV IDENTIFIERINGSARBETET .....	33
4.3.1 Värdering enligt den nationella modellen.....	34
4.3.2 Faktabasering av förslagen.....	36

4.3.3 Rangordning.....	36
4.3.4 Ekonomiska beräkningar på förslagen till utbudsbegränsning.....	37
4.3.5 Samordning av prioriteringar.....	37
4.3.6 Konsekvensbeskrivningar.....	37
4.3.7 Dokumentation.....	37
4.4 RESULTATET AV IDENTIFIERINGSARBETET.....	38
4.4.1 Karaktären på förslagen.....	38
4.4.2 Kvaliteten på förslagen.....	38
4.4.3 Syftet med olika förslag.....	39
4.4.4 Samlade erfarenheter av det vertikala prioriteringsarbetet.....	39
<b>5. FAS II – HORISONTELL GRANSKNING OCH JÄMKNING.....</b>	<b>40</b>
5.1 UPPDRAGET.....	40
5.2 UNDERLAGET FÖR DET HORISONTELLA ARBETET.....	40
5.3 GRUPPERNAS SAMMANSÄTTNING.....	42
5.4 GENOMFÖRANDET AV DEN HORISONTELLA GRANSKNINGEN/JÄMKNINGEN..	43
5.4.1 Förklaring av det egna förslaget.....	44
5.4.2 Kollegial granskning av varandras förslag.....	44
5.4.3 Jämförelse av varandras förslag.....	45
5.4.4 Justering av rangordning.....	46
5.4.5 Kompletterande arbete.....	46
5.4.6 Konsensusbeslutande.....	46
5.4.7 Särskild ordning.....	46
5.4.8 Dokumentation.....	47
5.5 RESULTATET.....	47
5.5.1 Storleken på gruppernas förslag.....	47
5.5.2 Karaktären på förslagen.....	47
5.5.3 Kvaliteten på förslagen.....	48
5.5.4 Samlade erfarenheter av det horisontella prioriteringsarbetet.....	49
<b>6. FAS III – PRIORITERINGSFORUM.....</b>	<b>50</b>
6.1 HUR HAR SYFTET MED PRIORITERINGSFORUM UPPFATTATS?.....	50
6.2 UNDERLAGET FÖR PRIORITERINGSFORUM.....	50
6.3 DELTAGARE OCH ROLLER.....	51
6.4 GENOMFÖRANDE AV PRIORITERINGSFORUM.....	53
6.4.1 Presentation av verksamheternas förslag för politikerna.....	53
6.4.2 Frågestund för politikerna.....	53
6.4.3 Professionell granskning.....	55
6.5 RESULTAT AV FORUMET.....	55
6.5.1 Politiskt intressanta frågor.....	55
6.5.2 Samlade erfarenheter av Prioriteringsforumet.....	56
<b>7. FAS IV – POLITISK BEREDNING OCH BESLUT.....</b>	<b>58</b>
7.1 SYFTE.....	58

7.2 UNDERLAGET .....	58
7.3 DELTAGARE OCH ROLLER.....	59
7.4 GENOMFÖRANDE AV DEN POLITISKA BEREDNINGEN OCH LANDSTINGSSTYRELSENS BESLUTFATTANDE .....	60
7.4.1 <i>Principer för prioritering</i> .....	60
7.4.2 <i>Förslag som inte accepterades</i> .....	60
7.4.3 <i>Förslag för vidare politisk beredning</i> .....	61
7.4.4 <i>Konsensusbeslutande</i> .....	61
7.4.5 <i>Beslut i landstingsstyrelsen</i> .....	62
7.5 RESULTATET .....	62
7.5.1 <i>Beslutet om omfördelning</i> .....	62
7.5.2 <i>Samlade erfarenheter av hela prioriteringsarbetet</i> .....	63
<b>8. ANSVARSFÖRDELNING.....</b>	<b>65</b>
8.1 VERKSAMHETSCHIEFERNAS ANSVAR.....	65
8.2 ÖVRIG PERSONALS ANSVAR.....	66
8.3 TJÄNSTEMÄNNENS ANSVAR.....	67
8.4 POLITIKERNAS ANSVAR .....	69
8.5 DET GEMENSAMMA ANSVARET .....	70
<b>9. INPRIORITERINGAR .....</b>	<b>72</b>
9.1. FRAMTAGANDE AV FÖRSLAG TILL INPRIORITERINGAR.....	72
9.2 BESLUT OM INPRIORITERINGAR .....	72
9.2.1 <i>Underlag till Prioriteringsforum</i> .....	72
9.2.2 <i>Presentation av verksamhetens inprioriteringar för politikerna</i> .....	73
9.2.3 <i>Landstingsstyrelsens beslut</i> .....	73
<b>10. ÖPPENHET OCH INFORMATION.....</b>	<b>75</b>
10.1 INTERN ÖPPENHET .....	75
10. 2 INTERN INFORMATION .....	77
10. 3 EXTERN ÖPPENHET .....	79
10.4 EXTERN INFORMATION .....	80
<b>11. SAMMANFATTANDE BILD AV RESULTATET.....</b>	<b>82</b>
<b>12. VÅRA SLUTSATSER OCH REFLEKTIONER.....</b>	<b>85</b>
12.1 FRÅGOR FÖR FRAMTIDEN .....	92
<b>REFERENSER .....</b>	<b>95</b>

## 1. INLEDNING

### 1.1 Bakgrund

Sommaren 2008 påannonserades ett prioriteringsarbete i Västerbottens läns landsting som skulle omfatta alla landstingets verksamheter och leda till en omfördelning av resurser inom landstinget motsvarande 160 miljoner kronor.

Trots att riksdagens beslut om prioriteringar<sup>3</sup> kan dateras redan år 1996/97 finns det få exempel på landsting som utvecklat någon form av systematiskt prioriteringsarbete. I uppföljningen av riksdagens riktlinjer som genomfördes 2006/07 konstaterades istället att de flesta prioriteringar inom hälso- och sjukvården gjordes osystematiskt och dolt. Resursfördelningar skedde ofta utifrån historiska budgetar och medvetna omfördelningar mellan verksamheter beskrevs som ovanliga. Det vanliga var istället att ransoneringar genomfördes medelst lika stora procentuella besparingskrav rakt över verksamheten (s k osthyvel-metoden). Allmänt ansågs det svårt att få politiskt stöd för att hantera resursbrist genom att öppet avstå från viss vård (PrioriteringsCentrum 2007). Det finns dock exempel på mer öppna prioriteringsarbeten, där arbetet i landstinget i Östergötland fått störst uppmärksamhet och studerats mest<sup>4</sup>. Den massmediala uppmärksamhet som följde på deras arbete gav dock upphov till en viss återhållsamhet i andra landsting. Västerbottens arbete kan därför ses som en sorts omstart i landet när det gäller prioriteringar som också omfattar politiska beslut.

En av nyheterna i Västerbottens prioriteringsarbete var att den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar<sup>5</sup> skulle användas i ett landstingsomfattande prioriteringsarbete med stort fokus på horisontella prioriteringar, d v s prioriteringar mellan olika verksamhetsområden. Även om flera studier av modellens användbarhet gjorts tidigare (Ahlström m fl 2008, Jacobsson 2006), så finns ingen motsvarande studie där den använts så pass brett i en stor mängd verksamheter samtidigt. Det fanns med andra ord flera olika skäl till att betrakta Västerbottens prioriteringsarbete som nationellt intressant.

---

<sup>3</sup> Regeringens proposition 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvård* (Socialdepartementet 1996/97).

<sup>4</sup> PrioriteringsCentrum har tidigare i fyra rapporter rapporterat om Landstinget i Östergötlands arbete med prioriteringar (Bäckman m fl 2004, 2005, 2006 och 2008).

<sup>5</sup> En beskrivning av modellen ges i PrioriteringsCentrums rapport 2007:1 (Carlsson m fl 2007).

## **1.2 Utgångspunkter för studien**

När Västerbottens läns landsting erbjöd PrioriteringsCentrum att följa deras arbete var det för oss en möjlighet att få studera ett alternativt tillvägagångssätt för praktiskt prioriteringsarbete i ett landsting. De ämnade själva, fortlöpande under arbetets gång, genomföra kvantitativa uppföljningar i form av ett flertal enkäter, som en grund för landstingets fortsatta utveckling av sitt prioriteringsarbete<sup>6</sup>. En enkätundersökning ger framför allt möjlighet att besvara frågor av två slag. Den ena frågan är hur givna uppfattningar (t ex en mycket positiv till en mycket negativ inställning i en bestämd fråga) fördelar sig i en population. Den andra frågan handlar om huruvida det finns samband mellan olika uppfattningar. Enkätstudier ger däremot begränsad möjlighet (beroende på hur mycket bundna respektive öppna frågor som ställs) att beskriva uppfattningar som inte är på förhand identifierade och att upptäcka nyanser och variationer i uppfattningar. Till detta behövs studier med mer kvalitativ ansats (Starrin & Svensson, 1994).

Processledningen i Västerbotten önskade därför parallellt med enkätstudierna att en mer kvalitativ studie genomfördes, för att fånga variationer i deltagarnas uppfattningar. Att beskriva både det som upplevts ”positivt” och det som upplevts ”negativt” ansågs som viktigt samt att denna studie skulle genomföras av en utomstående part. Då kunskapen om hur ett landstingsomfattande prioriteringsarbete uppfattas i realiteten är mycket begränsad idag finns all anledning att rikta fokus mot detta område. PrioriteringsCentrum fann med andra ord uppdraget också nationellt intressant och tog sig an uppgiften.

## **1.3 Syfte och avgränsningar för studien**

Denna rapport syftar till att beskriva och analysera variationer i de sätt som aktörerna; d v s verksamhetsföreträdare, tjänstemän och politiker, uppfattade genomförandet av prioriteringsarbetet i Västerbotten på. Vår förhoppning är i att detta, tillsammans med landstingets egen beskrivning av sin process och uppföljande enkätstudie, dels ska ge underlag för ett internt lärande i Västerbotten men även utgöra en kunskapskälla för andra landsting som planerar för ett systematiskt prioriteringsarbete.

---

<sup>6</sup> Västerbottens läns landstings egna uppföljningar utfördes i samverkan med Umeå universitet och i samråd med en landstingsintern vetenskaplig referensgrupp.

Vi har i våra studier valt att särskilt studera uppfattningar om:

- syfte och motiv för arbetet
- prioriteringsarbetets genomförande i olika faser
- beslutsunderlaget i de olika faserna
- användbarheten av den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar
- ansvar och roller
- inprioriteringar
- intern<sup>7</sup> och extern<sup>8</sup> öppenhet och information.

Det är viktigt att poängtera att detta är en studie och inte en formell utvärdering av prioriteringsarbetet i Västerbotten varesig vad det gäller uppfyllelsen av landstingets egna mål eller vilka effekter beslutet slutligen fått inom landstingets olika enheter eller för medborgarna. En utvärdering bör innehålla i förväg tydligt formulerade kriterier för hur man ska bedöma resultatet och sådana saknas i stor utsträckning idag när det gäller utvärdering av prioriteringar. Syftet är inte heller att kartlägga och beskriva hur processen faktiskt gått till (detta görs istället i denna rapport i ett bakgrundskapitel, Kapitel 2, skrivet av en av de ansvariga tjänstemännen i Västerbotten, Susanne Waldau) utan fokus i vår studie ligger på att beskriva variationer i hur arbetet uppfattades (oavsett om dessa uppfattningar kan betraktas som ”sanna” eller ej).

#### **1.4 Metod**

Nedan följer en sammanfattande beskrivning av metoden för vår studie. En mer detaljerad beskrivning återfinns i Appendix III-V. För den intresserade finns där också en redovisning av en annan studie, en observationsstudie som genomfördes under prioriteringsarbetets gång (Appendix I-II).

Resultatet i denna rapport bygger på semistrukturerade intervjuer. Tre omgångar av intervjuer genomfördes efter respektive fas som Västerbottens läns landsting strukturerade sitt arbete med prioriteringar utifrån.

---

<sup>7</sup> Öppenhet och information inom landstinget

<sup>8</sup> Öppenhet och information till medborgare

Dessa faser var:

Fas I – Identifieringsfasen (vertikal prioritering inom basenheter)

Fas II – Horisontell granskning/jämkning i grupper<sup>9</sup>

Fas III – Prioriteringsforum (möte mellan verksamhetsföreträdare och politiker) samt politisk beredning och beslut (som vi i resultatredovisningen valt att kalla för Fas IV).

Att intervjuerna genomfördes i direkt eller nära anslutning till de olika faserna var ett försök att fokusera på uppfattningar om processen snarare än på resultatet av prioriteringsarbetet i form av landstingsstyrelsens beslut om omfördelning. PrioriteringsCentrums studie planerades, genomfördes, analyserades och dokumenterades parallellt med att landstinget genomförde sina egna enkätuppföljningar. Idealt är annars att kvantitativa och kvalitativa studier förhåller sig till varandra på ett konstruktivt sätt - som att identifierade uppfattningar från intervjuer sedan kvantifieras i enkätform eller vice versa; att svaren i enkätstudier sedan fördjupas med intervjuer (Starrin & Svensson 1994). Detta har av tidsskäl inte varit möjligt.

#### 1.4.1 Urval och intervjupersoner

Urvalsgruppen för intervjuerna utgjordes av samtliga aktörer i prioriteringsarbetet; verksamhetschefer som deltagit i Fas I, II och III samt de tjänstemän och politiker som deltagit i Prioriteringsforum och/eller haft ett uttalat ansvar för prioriteringsarbetet i landstinget. Vår ambition var att intervjua samtliga politiker som deltagit i Prioriteringsforumet. Vi lyckades inte etablera kontakt i tid med en politiker och fick därmed ett bortfall. I övrigt skedde ett urval med ambitionen att försöka hitta så många olika uppfattningar som möjligt. I Fas I och II innebar det att urvalet skedde med hjälp av så kallad maximal variation samt critical case sampling (Patton 1990). Urvalet av tjänstemän i den sista intervjuomgången skedde via strategiskt urval (för mer utförlig beskrivning av urvalet se Appendix III-V). Metoden för urvalsförfarandet har kontinuerligt stämts av med processledningen för prioriteringsarbetet.

Av tjänstemännen intervjuades samtliga verksamhetsområdeschefer, landstingsdirektören, biträdande landstingsdirektören, prioriteringsstrategen, informationschefen, en planerare och en controller. Totalt har 41 intervjuer genomförts under tiden september 2008-februari 2009; 38 intervjuer gjordes på plats i Västerbotten och 3 var telefonintervjuer, se Tabell 1.

---

<sup>9</sup> I fortsättningen kommer denna term, ”horisontell granskning/jämkning” att användas för den del av de horisontella prioriteringarna som utfördes av verksamhetsföreträdarna. Begreppet ”horisontell prioritering” innefattar i denna rapport också den fortsatta politiska beredningen (inklusive tjänstemannaberedning) och de beslut som politikerna sedan fattade.

Kategori	Antal intervjuade	Antal män	Antal kvinnor
Verksamhetschef	12	7	5
Medicinskt ledningsansvarig läkare	7	3	4
Stabschef	1	0	1
Verksamhetsområdeschef	6	3	3
Tjänsteman	6	1	5
Politiker <sup>1</sup>	9	5	4
<b>Summa</b>	<b>41</b>	<b>19</b>	<b>22</b>

1) Politikernas partitillhörighet var följande: 4 st (s), 1 st (mp), 1 st (v), 1 st (c), 1 st (fp) och 1 st (m).

Tabell 1. Intervjupersonernas fördelning avseende kategori och kön.

När det gäller tjänstemännen och politikerna var vi intresserade av deras samlade intryck av arbetet varför intervjuerna med dem genomfördes efter avslutat arbete. Verksamhetsföreträdarna (totalt 20<sup>10</sup>) hade däremot en aktiv roll i prioriteringsarbetets tre första faser och har därför intervjuats i samband med flera faser. Deras fördelning per verksamhetsområde redovisas i Tabell 2.

Verksamhetsområde	Antal intervjuade	Antal män	Antal kvinnor
Primärvård	2	2	0
Övrig Närsjukvård	6	2	4
Diagnostik o medicinsk service	1	1	0
Specialiserad sjukhusvård	4	3	1
Tandvård	2	1	1
Handikapp	2	0	2
Allmän service	1	0	1
Regional utveckling o kultur	0	0	0
Administration	2	1	1
<b>Totalt</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Tabell 2. Intervjupersonernas fördelning avseende verksamhetsområde och kön.

<sup>10</sup> Stabschefen räknas här in som verksamhetsföreträdare eftersom den personen också haft uppdraget att göra en vertikal prioritering inom sin enhet.



### 1.4.2 Intervjuer, analys och trovärdighet

Intervjuerna skedde med hjälp av intervjuguides som utgick ifrån våra frågeområden och bestod av ett antal huvud- och följdfrågor<sup>11</sup>. För att skapa frågeguiderna har olika dokument studerats såsom riktlinjer, direktiv, beslutsunderlag, politiska beslut, PM, interna och externa dokument samt material publicerat på landstingets hemsida<sup>12</sup>. Intervjuguiderna har också stämts av med processledningen för att inte innehålla feltolkningar av processen.

Intervjuerna efter Fas I och II genomfördes av samma person men vid intervjuomgången efter landstingsstyrelsens beslut tillkom två intervjuare.<sup>13</sup> Intervjuerna tog mellan 35-80 minuter att genomföra. Alla intervjuer spelades in elektroniskt och transkriberades ordagrant. Intervjuerna analyserades kvalitativt där ambitionen var att identifiera och beskriva variationer av uppfattningar om Västerbottens prioriteringsarbete. För att säkerställa rimligheten i vår tolkning av intervjuerna har vi använt oss av deltagarbedömning vilket innebar att samtliga intervjuade fått sig tillsänt analysen som berörde deras intervjuomgång med frågan om deras uppfattningar fanns representerade i texten eller ej. Av 41 utsända förfrågningar erhöles 16 svar.<sup>14</sup> Samtliga svarande bejakade att deras uppfattningar fanns redovisade i texten. Bland de 16 fanns två kommentarer om behov av språkliga ändringar för att öka förståelsen av texten vad det gäller verksamhetsområdeschefernas ställning i organisationen samt texten om den externa informationen. Detta har vi försökt tillgodose. I två fall ville de intervjuade understryka en åsikt som vi bedömer redan fanns redovisad i texten.<sup>15</sup> Därutöver inkom tre kommentarer som rörde vad andra respondenter fört fram i intervjuerna och som vi därför lämnat utan åtgärd. I den sista intervjuomgången har vi dessutom använt forskartrianglering d v s materialet har tolkats av samtliga intervjuare tills konsensus uppnåtts.

### 1.4.3 Läsanvisning

När det gäller resultatredovisningen följer den i princip våra frågeområden. Det innebär att varje kapitel mer eller mindre består av material hämtat från samtliga intervjuomgångar. I de fall vi noterat en skillnad mellan vad som uttryckts i de olika faserna kommer detta att kommenteras. Vi kommenterar också om det finns en samsyn bland de intervjuade i någon fråga.

<sup>11</sup> Fem olika intervjuguides användes; en för Fas I, en för Fas II samt tre stycken i den sista intervjuomgången; var och en för verksamhetsföreträdare, tjänstemän och politiker. Intervjuguiderna finns att rekvidera från Prioriteringscentrum.

<sup>12</sup> Västerbottens läns landstings hemsida: [www.vll.se](http://www.vll.se).

<sup>13</sup> En av intervjuerna har dessutom varit sk granskningsledare (se beskrivning Kapitel 2.5.1). Denna person har endast genomfört intervjuer efter prioriteringsarbetets avslutande för att inte intervjupersonerna skulle uppleva oklarheter rörande intervjuarens roll.

<sup>14</sup> Materialet skickades ut under semesterperioden men svarstiden uppgick till två månader vilket bedömdes möjliggöra för samtliga som önskade att kommentera materialet.

<sup>15</sup> Gällde att verksamhetsområdeschefernas uppfattats ha en oklar roll genom hela prioriteringsprocessen samt att prioriteringsarbete är en så viktig företeelse att det är viktigt att inte genomföra arbetet förhastat.

I övrigt är vår ambition att i största möjliga mån undvika kvantifieringar av hur många som haft den ena eller andra uppfattningen (då syftet inte är att kunna generalisera resultatet utan syftar till att beskriva variationer i uppfattningar). En uppfattning som har uttryckts av en person kan därför ges lika stort utrymme som om uppfattningen uttryckts av en majoritet av de intervjuade.<sup>16</sup> Det kan göra att den samlade bilden av vår resultatredovisning kan skilja sig från den kvantitativa bilden som ges i rapporten om Västerbottens egna enkätstudier (se rapporten *Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008. Del I. Procedur, genomförande och uppföljning*. (Waldau 2009). Rapporterna kan därför med fördel läsas parallellt för att ge en mer heltäckande bild av prioriteringsarbetet.

Vi vill också inledningsvis göra ett klagörande kring hur begreppet ”tjänstemän” används i denna rapport eftersom det är den grupp intervjuade som är mest heterogena vad det gäller ställning i organisationen och uppgift i detta prioriteringsarbete. För att inte kunna identifiera vilken person som uttryckt en viss uppfattning använder vi begreppet tjänsteman som ett samlingsbegrepp för de intervjuade verksamhetsområdescheferna, landstingsdirektören, biträdande landstingsdirektören, prioriteringsstrategen, informationschefen, planeraren och kontrollern. Däremot kommer uppfattningar som uttryckts om en viss tjänstemannafunktion att redovisas. Vilka tjänstemannafunktioner och på vilken nivå som omfattades av resonemangen framgick dock inte alltid i intervjuerna utan det fanns en osäkerhet om hur ledningsstrukturen såg ut i landstinget i stort och i prioriteringsarbetet i synnerhet.

De intervjuades uppfattningar redovisas i Kapitel 3-10, i Kapitel 11 presenteras en sammanfattande bild av intervjuerna och det avslutade Kapitel 12 innehåller författarnas slutsatser och diskussion.

---

<sup>16</sup> Citaten som används i rapporten syftar till att belysa och ytterligare förklara olika uppfattningar och är inte heller de utvalda för att de är de mest representativa.

## 2. LANDSTINGETS PRIORITERINGSPROCEDUR

I nedanstående kapitel ges en beskrivning av Västerbottens prioriteringsprocedur; bakgrunden till landstingets nya arbetssätt samt hur processen gått tillväga utifrån förutsättningar och anvisningar/riktlinjer samt vilka förändringar man tvingades till under arbetets gång. Detta kapitel har, med undantag av vissa förtydliganden när det gäller landstingets organisation samt beskrivningen av den nationella modellen för vertikala prioriteringar, författats av Susanne Waldau, prioriteringsstrateg i Västerbottens läns landsting. Hon har varit delaktig i processledningen för Västerbottens arbete.

### 2.1 Västerbottens läns landstings organisation<sup>17</sup>

Västerbottens län är det näst största länet i Sverige efter Norrbotten och ytan upptar en åttondel av Sveriges yta. Sett till befolkningmängden hamnar Västerbotten dock först på 13:e plats med ca 258 000 invånare år 2007. (SCB 2008). Länet innefattar 15 kommuner. En stor yta innebär också långa avstånd. Från Tärnaby sjukstuga i fjällvärlden är det nästan 40 mil till landstingshuset i Umeå. Befolkningen är starkt koncentrerad till kustremsan, där industristaden Skellefteå med cirka 72 000 invånare och universitetsstaden Umeå med cirka 113 000 invånare, ligger. I inlandet utgör Lycksele huvudort med cirka 12 000 invånare.



Figur 1. Västerbottens läns landstings geografiska omfattning.

<sup>17</sup> Kapitel 2.1 är skrivet av författarna.

Hälso- och sjukvården i Västerbotten innefattar tre sjukhus: Norrlands universitetssjukhus (Nus) i Umeå som är ett länssjukhus (725 vårdplatser) samt länsdelssjukhusen Lycksele lasarett (92 vårdplatser) och Skellefteå lasarett (244 vårdplatser). Norrlands universitetssjukhus är även regionsjukhus för norra sjukvårdsregionen; vilken omfattar landstingen i Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län. Primärvården i Västerbotten innefattar 36 hälsocentraler och sjukstugor samt disktriktsköterske- och privatläkarmottagningar. Vid sju av sjukstugorna finns akutsjukvårdsplatser (sammantaget 35). Antalet anställda var år 2007 drygt 11 000 personer och landstingets omsättning ca sju miljarder kronor, varav ca 70 procent gick till hälso- och sjukvården. ([www.vll.se](http://www.vll.se))

### **Politisk organisation**

Landstingets högsta beslutande organ, Landstingsfullmäktige, innefattar 71 mandat fördelade på sju partier, varav inget har egen majoritet. Efter valet år 2006 styrs landstinget politiskt av en koalition omfattande 42 av de 71 mandaten i fullmäktige. Majoriteten består av S (32 mandat), V (7 mandat) och Mp (3 mandat). Oppositionen har således 29 mandat, varav M och C vardera 8, Fp 7 och Kd 6 mandat. I Landstingstyrelsen, som utses av fullmäktige och som ansvarar för driften av landstingets olika verksamheter, har dessa partier sammanlagt 9 av 15 mandat. En organisationsbild över landstingets politiska organisation redovisas i Bilaga 1. ([www.vll.se](http://www.vll.se))

### **Tjänstemannaorganisation**

Inom landstingets tjänstemannaorganisation finns två beslutsnivåer; dels s k *basenheter* som företräds av verksamhetschefer (knappt ett hundratal) och dels landstingsledningen företrädd av landstingsdirektören. De sex länsövergripande *verksamhetsområdena* är: närsjukvård, specialiserad sjukhusvård, diagnostik och medicinsk service, folktandvård, handikappservice och allmän service och leds av varsin verksamhetsområdeschef (fortsättningsvis kallade VO-chef). Verksamhetsområdena är olika stora och innefattar basenheter, t ex kliniker. Exempelvis ansvarar VO-chefen för handikappverksamheten för fem basenheter, t ex hjälpmedelsverksamhet och barnhabilitering. De sex verksamhetsområdescheferna, landstingsdirektören och administrativa stabschefer utgör landstingets ledningsgrupp, vilka ansvarar för strategiska frågor för hela landstingets organisation. En organisationsbild över landstingets tjänstemannaorganisation redovisas i Bilaga 2. ([www.vll.se](http://www.vll.se))

## 2.2 Förhistoria

Öppna prioriteringar har varit föremål för politiskt och administrativt intresse i Västerbottens läns landsting sedan slutet av 1980-talet. Fullmäktige antog tidigt riktlinjer för politisk prioritering (VLL 1992), som mycket liknade dem som senare antogs av riksdagen år 1997. Under 2003 antog landstingsstyrelsen även riktlinjer för prioritering i hälso- och sjukvården (VLL 2003). De bygger på nationell och internationell prioriteringslitteratur<sup>18</sup> samt nationella och lokala erfarenheter av praktiskt prioriteringsarbete.

Under åren som följde direkt på riksdagsbeslutet arbetade landstinget mycket med prioritering framför allt ur medborgar- och politiskt perspektiv. Studiecirkel genomfördes (Lundborg och Waldau 1998) liksom programarbeten kring sjukdoms- och ohälsoområden i syfte att skapa underlag för politisk prioritering.<sup>19</sup>

Senare har landstinget, delvis på grundval av ett centralt projekt år 2001-03<sup>20</sup>, arbetat för att bygga upp stödstrukturer för öppna prioriteringar såsom adekvat medicinskt ledarskap, administrativa strukturer bl a för kunskapsledning samt relevant kunskap inkluderande kompetens inom evidensbaserad. År 2002 och 2005 mättes via enkäter i vilken utsträckning det arbetet lett till resultat i form av att organisationen byggt upp strukturer och processer för lokalt prioriteringsarbete samt huruvida detta i sin tur lett till prioriteringsbeslut (Waldau 2007). Ytterligare har lokalt, praktiskt prioriteringsarbete genomförts i flera verksamheter (Waldau 2007, Lindström och Waldau 2008). Många medarbetare har därtill varit engagerade i Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer direkt eller i regionala/lokala beredningsprocesser och därigenom arbetat med den nationella modellen för prioritering (Carlsson et al 2007).

Före den här beskrivna processen hade prioritering däremot inte identifierats som en central fråga för tjänstemannaledningen.

---

<sup>18</sup> Riktlinjerna ska inspirera till lokalt prioriteringsarbete. Bl a beskrivs Rättvisa procedurer (Daniels & Sabin, 1997), som norm för prioriteringsprocedurerna. Riktlinjerna kan beställas från Kontorsservice, Västerbottens läns landsting, 901 89 Umeå.

<sup>19</sup> De genomfördes delvis efter modell från Landstinget i Östergötland och berörde stora sjukdoms- eller ohälsoområden såsom psykisk ohälsa bland barn och ungdomar, diabetes, demens och övervikt. De kan beställas från Staben för verksamhetsledning, Västerbottens läns landsting, 901 89 Umeå.

<sup>20</sup> Slutrapport (LTS C 249:8-2003) kan beställas från Diariet, Västerbottens läns landsting, 901 89 Umeå.

### **2.3 Politiska beslut, styrning och processtyrning**

Prioriteringsprocessen i VLL föregicks av flera politiska beslut, som bidrog till att lyfta upp prioritering till en central fråga för tjänstemannaledningen. En genomgripande organisationsanalys under 2007 – ”Strategiska vägval” – ledde bland annat fram till beslutet att prioritering skulle utgöra en av flera övergripande strategier för att nå de ekonomiska målen. I landstingsplanen för 2008-10 beslutades om utveckling av en modell för prioritering och under våren 2008 fattades så politiskt beslut om att genomföra prioriteringsarbetet. En särskild politisk styrgrupp för arbetet inom ramen för ”Strategiska vägval” fungerade som politisk styrgrupp även för prioriteringsarbetet. Den bestod av landstingsstyrelsens arbetsutskott kompletterat med landstingsråd samt de gruppledare som inte ingår där. Vidare skapades en mindre gruppering för kommunikationsfrågor i samband med prioriteringsarbetet. Där deltog två tjänstemän och fem politiska representanter för majoriteten och minoriteten.

Med det politiska beslutet sattes också tidsramen för prioriteringsprocessen – prioriteringsbeslutet skulle påverka budgeten för 2009 och 2010 och fastställas av fullmäktige i november 2008.

Inför arbetet med landstingsplanen, som antogs av fullmäktige i juni, hade en lista skapats över högprioriterade verksamheter och åtgärder, nytillkommande eller i behov av resursförstärkning. Listan omfattade förslag baserade på antingen konsekvensanalyser av nationella riktlinjer för hjärt- och cancersjukvård eller en speciell procedur för att bedöma angelägenhetsgraden hos nya medicinska metoder<sup>21</sup>, samt politiskt initierade förslag. Förslagen som emanerade ur nationella riktlinjer hade alla givits hög prioritet där. Efter beredning av tjänstemannaledningen omfattade listan åtgärder och verksamheter motsvarande 160 miljoner kronor. Listan kom på sätt och vis att bilda utgångspunkt för prioriteringsarbetet men något politiskt beslut om den hade inte fattats när arbetet satte igång.

På tjänstemannanivå styrdes processen av landstingets verkställande ledning, som består av landstingsdirektören, verksamhetsområdeschefer och stabschefer (se Figur 1). Samordningsansvaret för processen lades på biträdande landstingsdirektören. Han utsåg en särskild processledningsgrupp för prioriteringsarbetet.

---

<sup>21</sup> Sedan ett antal år ska alla nya medicinska metoder vars kostnad överstiger kliniken/verksamhetens budget anmälas till chefläkarna. I underlaget ska ingå en analys bl.a. av metodens patientnytta och kostnadseffektivitet.

Den bestod av representanter för staben för verksamhetsledning, som har strategiskt ansvar för arbetet med öppna prioriteringar. Vidare ingick nyckelpersoner från ekonomi-, personal- och informationsfunktionerna. Därmed placerades ansvaret för processen i landstingets översta ledning.

#### **2.4 Processens syfte och mål**

Prioriteringsarbetet skulle utgöra en av flera strategier för att skapa en stark ekonomi och ett alternativ till generella besparingsbeting. Syftet preciserades<sup>22</sup> till att skapa ekonomiskt utrymme för nya medicinska metoder och andra angelägna satsningar genom att begränsa utbudet.

#### **2.5 Information och kommunikation**

Erfarenheter tyder på att ett prioriteringsbeslut behöver accepteras internt av den politiska ledningen, tjänstemannaledningen och inte minst i verksamheten för att kunna accepteras av medborgarna (Garpenby 2004, Bäckman, Lindroth och Carlsson 2005, Bäckman, Karlsson och Carlsson 2006). Processledningen (se Figur 1) lade därför stor vikt vid kommunikationen under processen. Målet var att skapa kunskap och förståelse, både i organisationen och hos medborgarna, för motiven till prioriteringsarbetet och hur det hänger samman med att skapa en god hälso- och sjukvård på kort och lång sikt. Kommunikationsinsatserna skulle bidra till att skapa helhetssyn, ansvarstagande och engagemang bland alla aktörer under hela processen. Även procedurerna utformades med den utgångspunkten.

Grundläggande budskap formulerades tidigt. De betonade att prioriteringsarbetet syftade till omfördelning av resurser, där det som är mindre viktigt prioriteras bort till förmån för nya satsningar. Det var också väsentligt för bilden av arbetet och för hur resultatet i form av det politiska beslutet skulle kunna kommuniceras. Följande åtgärder blev ledstjärnor i kommunikationsarbetet:

*Ta fram gemensamma, tydliga budskap som skapar engagemang i prioriteringsarbetet.* Gemensamma, enhetliga budskap skulle kommuniceras till alla, tillsammans med anpassade budskap till olika målgrupper som tydliggjorde vad prioriteringsarbetet innebär och vad som ska göras. Kommunikationen utvärderades löpande för att anpassa, förstärka och förtydliga budskap till prioriterade målgrupper.

---

<sup>22</sup> I anvisningarna för arbetet, som gick ut till verksamhetschefer i juni respektive augusti 2008.

*Skapa samsyn i den politiska ledningen och tjänstemannaledningen om vad som ska göras och hur, i prioriteringsarbetet. Detta skulle ske genom att stärka och stötta verksamhetscheferna i deras uppdrag och utveckla dialogen med alla aktörer (politik, ledning och verksamhet).*

*Ge tydligt stöd till chefer i deras kommunikation med medarbetarna och hantering av personalfrågor. Detta skedde genom tillgång till ”frågor och svar”, informationsmaterial mm via interna kanaler.*

*Utveckla skriftlig information som är tillgänglig för alla. Detta skedde via interna kanaler för medarbetarna och externt via landstingets webb och andra kanaler för medborgarna.*

*Media ska ges kunskap om hälso- och sjukvårdens utveckling och hur det hänger ihop med landstingets prioriteringsarbete. Detta skedde via ett kunskapsseminarium som arrangerades för media tidigt i processen. Dessutom utsågs särskilda kontaktpersoner för media för hela processen.*

Inför arbetet genomfördes en mängd kommunikationsaktiviteter på den politiska nivån med formulering av budskap, framtagande av informationsmaterial, utbildningsinsatser mm. Länsgemensamma videokonferenser hölls med alla chefer inför start av arbetet och för media hölls ett presseminarium. Under arbetet skedde även en mängd aktiviteter och i samband med att landstingsstyrelsen skulle fatta beslut om in- och bortprioriteringar. Även efter beslutet planerades kommunikationsinsatser i samband med genomförandet.

## **2.6 Specifika administrativa förberedelser samt tidplan**

### **2.6.1 Övergripande idé och ledning**

Innan det politiska beslutet om att genomföra en prioriteringsprocess fattades under 2008 hade en arbetsgrupp bildats i syfte att genomföra en pilotstudie på området horisontell prioritering. Initiativet grundades på en idé om hur sådan prioritering skulle kunna gå till.<sup>23</sup> Det fanns alltså i förväg en skiss som nu kunde vidareutvecklas.

Idén bestod i att alla deltagare i en horisontell prioriteringsprocess först skulle ha identifierat de åtgärder som var lägst prioriterade i sin egen verksamhet. Underlagen skulle sedan jämföras sinsemellan med hjälp av en särskild metod.

---

<sup>23</sup> Gruppen bestod av klinikchefer och andra med erfarenhet av prioriteringsarbete i hälso- och sjukvården. Efter det politiska beslutet skrinlades idén om en pilotstudie och gruppen fungerade istället som referensgrupp för de enkäter som landstinget skulle genomföra i egen regi.



Huvudsyftet skulle vara att jämföra och jämka resurstillgången i respektive verksamhet. Idén vilade på hypotesen att resurstillgången i hälso- och sjukvårdens delsystem (olika verksamheter eller kliniker) var olika och icke optimal.<sup>24</sup> Denna idé kom att bilda utgångspunkt för prioriteringsprocedurens faser I och II.

Det fanns dessutom uttalade politiska önskemål om en arena för samråd inför prioriteringsbeslut mellan profession, politiker och ledning. Det önskemålet bildade utgångspunkt för utformningen av procedurens Fas III, fortsatt beredning fram till politiskt beslut.

I Figur 1 nedan redovisas alla stödfunktioner i processen. Vissa av dem beskrivs mer detaljerat längre fram.

<p><b>Ledningsstöd och arbetsformer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Landstingets tjänstemannaledningsgrupp:</b> Ledningsgrupp för prioriteringsarbetet (befintlig)</li> <li>• <b>Processledningsgrupp/Central prioriteringsgrupp:</b> samordnar processen (nybildad)</li> <li>• <b>Referensgrupp:</b> Stöd för landstingets egna utvärderingsinsatser (ny-/ombildad)</li> <li>• <b>Metodstödjare:</b> Konsultativt stöd till verksamhetscheferna (nybildad)</li> <li>• <b>Controller:</b> Tar fram volymer och kostnader till verksamhetscheferna (befintlig)</li> <li>• <b>Personalspecialist:</b> Konsultativt stöd till verksamhetscheferna (befintlig)</li> <li>• <b>Granskningsledare:</b> (Framför allt externt rekryterade) stödpersoner som leder kollegial granskning och rangordning i grupperna (nybildad)</li> <li>• <b>Processtödjare:</b> Ser till att gruppernas gemensamma förslag ger ett samlat utfall om fyra procent (nybildad)</li> </ul> <p><b>Politisk ledning och arbetsformer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Landstingsfullmäktige:</b> Beslut om ramjusteringar och avgiftsförändringar (befintlig)</li> <li>• <b>Landstingsstyrelsen:</b> Beslut om utbudsbegränsning och nya satsningar (befintlig)</li> <li>• <b>Politisk styrgrupp:</b> Beredning och processtyrning (befintlig, ny funktion)</li> <li>• <b>Kommunikationsgrupp:</b> Strategier, budskap, aktiviteter och uppföljning (nybildad)</li> </ul>
--

Figur 1. Funktioner för styrning, ledning och stöd i prioriteringsprocessen, nybildade och befintliga.

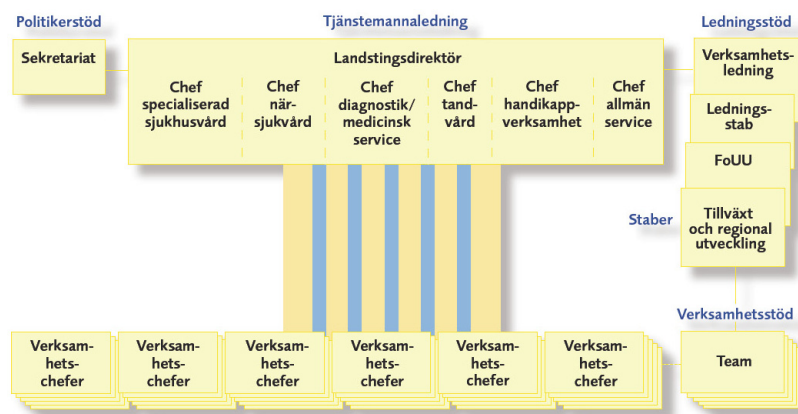
Politiskt gavs en tydlig signal om att man skulle stå eniga bakom resultatet av prioriteringsprocessen. Detta upprepades senare genom utfästelser från alla politiska partier i landstingets informationstidning till samtliga hushåll.

<sup>24</sup> Idén om att utarbeta och testa en metod för horisontell prioritering påkallades av att forskargruppen hade tillgång till prioriteringsunderlag skapat med helt olika metodik men även av att rangordningsskalorna – eg. innebörden av de olika skalstegen - i Socialstyrelsens prioriteringsdokument är relativa, d v s unika för respektive riktlinje.

### 2.6.2 Alla skulle vara med

Prioriteringsprocesser innehåller alltid många osäkra moment, framför allt brister i kunskapsunderlaget och osäkerhet om vilka etiska principer som ska gälla. För att kompensera för det bör man se till att själva tillvägagångssättet, prioriteringsproceduren, uppfattas som relevant av deltagare och utomstående bedömare (Daniels & Sabin 1997). Den insikten utgjorde en viktig utgångspunkt när proceduren i Västerbotten konstruerades.

Ett led i det var beslutet att den första fasen – att identifiera det som var lägst prioriterat – skulle omfatta hela landstingets verksamhet inklusive serviceverksamheter, administration, regional utveckling, politik och kultur. Avsikten var att stärka den interna legitimiteten genom att inbegripa hela organisationen utan undantag i arbetet.



Figur 2. Landstingets tjänstemannaorganisation.

Som framgår av Figur 2 består landstingets drift- eller tjänstemannaorganisation av sex verksamhetsområden, som leds av verksamhetsområdeschefer (VO-chefer i det följande). Verksamhetsområdena är olika stora och innefattar basenheter, t ex kliniker. Exempelvis ansvarar VO-chefen för handikappverksamheten för fem basenheter, t ex hjälpmedelsverksamhet och barnhabilitering. Varje sådan basenhet har en egen verksamhetschef. Sammanlagt finns knappt hundra verksamhetschefer i landstinget.

### 2.6.3 Den nationella prioriteringsmodellen skulle användas

Vidare beslutades att den nationella prioriteringsmodellen skulle användas för den vertikala prioriteringen, d v s Fas I<sup>25</sup>. Arbetsbladet som illustrerar modellen justerades något (Figur 3). Dels inleddes den med åtgärder istället för med ett tillstånd/åtgärdspar. Detta för att motsvara det precisa syftet att endast identifiera de lägst prioriterade åtgärderna<sup>26</sup>. Dels fanns bara en, sammanfattande kolumn för att beskriva kunskapsunderlaget för bedömningen, d v s evidensen. I den nationella modellen rekommenderas bedömning av evidensen för både effekt/patientnytta och kostnadseffektivitet. En samlad evidensbedömning bedömdes motsvara en realistisk ambitionsnivå med tanke på att tiden för att söka och bedöma styrkan i evidens var ytterst begränsad. Dessutom lades en kolumn med konsekvensbeskrivning till.

Ytterligare beskrevs stegen i rangordningsskalan enligt följande:

1-3 = ”skall göras”

4-6 = ”bör göras”

7-10 ”kan göras/i trängande fall”

Icke-göra = ”Ingen medicinsk nytta eller skadligt”

FoU = ”åtgärder, där nyttan idag inte kan avgöras, men som bör utvärderas”.

De övriga kolumnrubrikerna förklarades också (se andra raden i Figur 3).

Analys-steg	Åtgärd	Hälsotillstånd	Hälsotillståndets svårighetsgrad	Åtg:s-patient-nytta	Kostnads-effektivitet	Fakta-underlag, grund för bedömn	Rang-ordning	Konse-kvenser
Förkla-ring/mått	Insats Aktivitet Verksamhet	Specifi-cerat tillstånd som är föremål för åtgärden	Mycket stor Stor Måttlig Liten	Mycket stor Stor Måttlig Liten	God Måttlig Tveksam Vet ej	T ex SBU-rapport, nationella riktlinjer, egen skattnig	Bedömn. av angelägenhetsgrad 1-10, icke-göra, FoU <sup>1</sup>	Förväntade konsekvenser av att begränsa utbudet av denna åtgärd för patienter, andra vårdgivare, alternativa vårdformer

1) 1-3: Ska göras; 4-6 Bör göras; 7-10: Kan göras/i trängande fall; Icke-göra: Ingen medicinsk nytta eller skadligt; Som FoU rangordnas åtgärder, där nyttan idag inte kan avgöras, men som bör utvärderas.

Figur 3. Huvudmodell för hälso- och sjukvård, tandvård och handikappverksamhet.

<sup>25</sup> Det fördes dock ett resonemang om att den nationella modellen kunde uppfattas som för svår för nybörjare, särskilt med tanke på den korta tiden för arbetet.

<sup>26</sup> När Socialstyrelsen använder modellen är syftet i allmänhet mycket vidare, exempelvis att analysera kritiska områden i en hel, men specifik vårdkedja. Analysen omfattar då tillstånd-/åtgärdspar över hela rangordningsskalan, d v s som är högt, medelhögt eller lågt prioriterade, icke skall utföras eller bör utföras inom ramen för forskning.

För icke vårdande verksamheter, till exempel allmän service och administration, utformades en förenklad version av modellen (Figur 4). Syftet var att behålla värdegrunden, logiken och den analytiska kedjan i den nationella modellen men samtidigt göra den mer generellt tillämpbar genom att ändra språket och förenkla den.

Icke vårdande verksamheter förväntades inte känna till rangordningsskalan alls. För att lägga grunden för tänkandet användes därför inledningsvis skalan 1-3 i deras vertikala prioriteringsarbete. För att materialet skulle bli jämförbart i Fas II måste dock alla verksamheter i ett andra steg differentiera sina förslag till utbudsbegränsning på den nedre delen av skalan 1-10.

Analys-steg	Åtgärd	Syfte	Nytta för mottagare/kund	(Kostnads-effektivitet) <sup>1</sup>	Rangordning	Konsekvenser
<b>Förklaring/mått</b>	Insats Aktivitet Verksamhet	Vilka behov/ändamål tillgodoses	Mycket stor Stor Måttlig Liten	God Måttlig Tveksam Vet ej	Bedömning av angelägenhetsgrad 1-3 alt 1-10, icke-göra, FoU <sup>2</sup>	Förväntade konsekvenser av att begränsa utbudet av denna åtgärd för beställare, mottagare eller andra berörda

1) Kolumnen för kostnadseffektivitet lades till efterhand.

2) 1: Ska göras (= 1-3); 2: Bör göras (= 4-6), 3: Kan göras i trängande fall (= 7-10). Icke-göra: Ingen medicinsk nytta eller skadligt. Som FoU rangordnas åtgärder, där nyttan idag inte kan avgöras, men som bör utvärderas.

Figur 4. Modell för övriga (icke vårdande) verksamheter.

Till båda modellerna kopplades en tabell för uppgifter om volymer, d v s antal patienter som skulle beröras av en eventuell begränsning av åtgärden, och de kostnader som var förknippade med den utbudsbegränsningen (Figur 5). Excelversioner av dessa arbetsblad gjordes tillgängliga på landstingets intranät.

Årsvolym <sup>1</sup>	Personal		Övriga kostn <sup>3</sup>	Summa årskostnad	Intäkter <sup>4</sup>	Netto	Från när?
	årstj <sup>2</sup>	tkr					
Summa							

Påverkar även kostnader på andra enheter, t ex medicinsk service (lab, röntgen m.m); lokalkostnader, administration, övrigt

1) ange antal patienter (män/kvinnor) och antal läkarbesök, vårdtillfällen, vårdagar, behandlingar, timmar etc

2) ange årstjänster som beräknas beröras av åtgärden

3) ange ev kostnader för medicinskt material, läkemedel, kost, tvätt, etc som berörs av åtgärden

4) ange ev patientintäkter eller andra intäkter som berörs av åtgärden

Figur 5. Kostnadsbeskrivning för samtliga verksamheter.

En övergripande tidplan för processen 2008-2009 utarbetades (Figur 6). Den utgick från tidpunkten för det politiska beslutet, som redan var fastlagd.

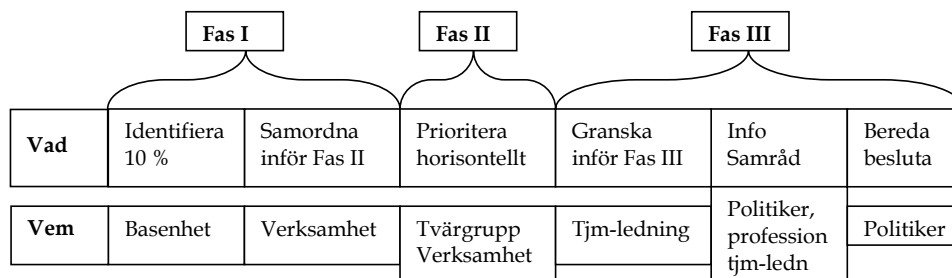
<b>19 Juni</b>	<b>12-13 Augusti</b>	<b>18 Augusti</b>	<b>19 Aug - 26 Sept</b>	<b>29 Sept – 10 Okt</b>
Anvisningar till verksamhetschefer	Utbildning av metodstödjare	Kompletterande anvisningar till verksh.chefer	Vertikal prioritering 10 %	Horisontell prioritering, 4 %
<b>13-17 Oktober</b>	<b>20-22 Oktober</b>	<b>18 November</b>	<b>24 November</b>	<b>16 Januari</b>
Tjänstemanna-granskning, 3 %	Prioriteringsforum	Politiskt beslut landstingsstyrelsen	Beslut landstingsfullmäktige	Verksamhetsplanering för 2009 avslutad

Figur 6. Tidplan för prioriteringsprocessen.

### **2.7 Fas I – vertikal prioritering**

I juni 2008 gick anvisningar ut till verksamhetschefer. Där presenterades syftet, bakgrunden, uppdraget, tidplanen, proceduren och modellerna för prioritering. Vidare hänvisades till befintliga rangordningslistor från Socialstyrelsen, Landstinget i Östergötland och Västra Götalandsregionen. Detta för att dra nytta av redan utfört arbete med att klassificera, sortera och prioritera sjukvårdsåtgärder, oavsett använd prioriteringsmodell. I augusti kompletterades anvisningarna med ytterligare preciseringar kring processen och metoden. Det berodde delvis på att proceduren byggdes och vidareutvecklades medan den pågick.

Som helhet kom prioriteringsprocessen att innehålla de moment, aktörer och arbetsformer som framgår av Figur 7.



Figur 7. Schematisk bild över prioriteringsförloppet med uppgifter, aktörer och arbetsformer.

Anvisningarna innehöll uppdrag till samtliga verksamhetschefer att identifiera sina lägst prioriterade åtgärder/verksamheter motsvarande tio procent av den egna budgeten. På grund av svårigheter att hantera främst regionsjukvården, som i hög grad baseras på externa intäkter, preciserades detta genom ett politiskt beslut till att gälla nettobudgeten, d v s kostnaderna efter avdrag för patient- och regionintäkter. Slutdatum för denna första fas sattes till slutet av september. Sålunda täckte Fas I semesterperioden och det faktiska arbetet startade i mitten av augusti.

Som framgår av Figur 5 ovan var tidplanen stram. Anvisningarna betonade också att kraven på kvaliteten i kunskapsunderlaget då det gällde effekter och kostnadseffektivitet därför måste hållas nere, och att skattningar dög gott. Likaså att det var fråga om en ledningsprocess, d v s inga förväntningar ställdes på brett deltagande i organisationen. All facklig samverkan skulle ske på central nivå i landstinget. Under processens gång förmedlade ledningen dessa insikter på alla träffar med verksamhetschefer.

Till stöd för verksamhetschefernas arbete med vertikal prioritering i Fas I erbjöds särskilda metodstödjare. Under sommaren rekryterades internt 20 personer med erfarenhet av prioriteringsarbete och/eller evidensbaserad.

Det var personer med olika typer av utvecklingsansvar eller som gjort sig kända som sakkunniga i dessa ämnen. I augusti genomgick de en tvådagarsutbildning som hölls av PrioriteringsCentrum, i första hand kring den nationella modellen för vertikal prioritering.

Metodstödjarna kom att spela en central roll för att löpande justera procedurens form och innehåll. Under Fas I hölls regelbundna möten med dem där allt som rörde processen, analysmetoden och deras samspel med verksamhetscheferna kunde tas upp.

Controllers bistod verksamhetscheferna med data om volymer och kostnader, baserat på landstingets register i den mån sådana uppgifter fanns tillgängliga. Controllers fick en kortare introduktion i den resursmässiga problematik som prioriteringsmetoderna avser att hantera, den etiska plattformen samt modellerna för prioritering och kostnadsbeskrivning.

## **2.8 Samordning mellan Fas I och II**

Prioriteringsprocessen syftade till att skapa länsövergripande, gemensamma prioriteringar. Den ambitionen rimmar inte helt med sjukvårdsstrukturens uppbyggnad. Det finns knappt hundra basenheter i landstinget. I många fall har basenheterna likadana uppdrag, exempelvis i tandvården (18 basenheter) och primärvården (23 basenheter). Psykiatri bedrivs vid tre kliniker. Olika typer av kirurgi bedrivs vid Universitetssjukhuset vid olika kliniker, medan de vid länsdelssjukhusen bedrivs inom ramen för samma klinik. På liknande sätt bedrivs medicinsk och geriatrisk vård på Universitetssjukhuset av flera olika kliniker, men inom en och samma klinik på länsdelssjukhusen.

Mot den bakgrunden beslutades att hela primärvården skulle ses som en verksamhet. Det innebar att prioriteringen av ett tillstånd-/åtgärdspar skulle vara en och samma för alla hälsocentraler. För tandvården, geriatriken, psykiatrin, medicinsk och kirurgisk verksamhet, kvinnosjukvård, öron-näsa-hals- respektive ögonsjukvård gällde samma sak. Identifieringsbetingen för de berörda basenheterna lades samman till att omfatta tio procent av den aktuella verksamhetens samlade nettobudget. Detta ställde krav på samordning av identifieringsarbetet. Det rådde olika förutsättningar för denna samordning. Exempelvis hade man inom tandvården en tradition av gemensam verksamhetsplanering och även av gemensam prioritering. Inom primärvården fanns etablerade mötesplatser som kunde nyttjas för ändamålet. För flera av de andra verksamheterna behövde däremot nya mötesplatser skapas på kort tid.

Inför Fas II säkrade VO-cheferna (se Figur 2) att underlagen följde instruktionerna såtillvida att man dels använt den nationella modellen, dels identifierat de lägst prioriterade delarna av verksamheten. Förutom behov av smärre revideringar på många håll ställdes i ett par fall krav på fullständig omarbetning. Revideringarna kunde avse beräkningars omfattning och kvalitet, förslag som de facto redan var beslutade men inte fullt genomförda m m.

### **2.9 Fas II – horisontell granskning och prioritering**

Fas II innebar horisontell granskning och prioritering. Det skedde i särskilda arbetsgrupper. Syftet var att kvalitetsgranska underlaget från Fas I, justera rangordningen för tillstånd-/åtgärdspar från olika verksamheter och skapa ett gemensamt förslag till begränsning av utbudet, motsvarande fyra procent av gruppens samlade nettobudget.

Arbetsgrupperna konstruerades av processledningen efter särskilda principer: Varje grupp skulle ha max nio deltagare. Alla verksamheter (om än inte alla basenheter) skulle ha med åtminstone någon representant. Alla grupper skulle grovt representera hela landstingets ansvarsområde, rymma såväl stora som små verksamheter och omfatta ungefär lika stora ekonomiska beting.

Det medförde att verksamheterna delades in i tio grupper, som var och en innehöll representanter för administration, primärvård, övrig närsjukvård och specialiserad sjukhusvård. Därutöver fanns i de flesta fall någon representant för diagnostik och medicinsk service (DMS) samt allmän service. Tandvård och handikappverksamhet var representerade i flera men inte alla grupper.

Varje gruppmedlem skulle ha med sig en unik uppsättning tillstånd-/åtgärdspar, motsvarande maximalt cirka sju miljoner kronor. Detta belopp motsvarade grovt en tiondel av primärvårdens samlade identifieringsbeting. Eftersom primärvården utgör vårdsystemets bas och dessutom hade ett mycket stort samlat beting i Fas I bestämdes att primärvården skulle vara representerad i alla grupper.

Inför Fas II måste därför materialet från Fas I delas upp inom länsverksamheterna så att varje representant hade med sig en unik ”korg” med åtgärder till arbetet med horisontell jämförelse och prioritering. Syftet var att undvika att samma åtgärd skulle kunna återkomma för prioritering i flera grupper och där ges olika rang.



Varje arbetsgrupp leddes av en granskningsledare. Dessa rekryterades externt eller internt med intentionen att de skulle ha gott professionellt anseende och goda kunskaper om prioriteringsarbete. Inför arbetet genomfördes ett par seminarier med granskningsledarna kring prioriteringsprocessen som helhet och metodiken i Fas II i synnerhet.

Varje arbetsgrupp hade även en administrativ stödperson, som fungerade som sekreterare. Även denna funktion var ny och visade sig mycket betydelsefull för procedurens utformning. Under de fjorton dagar som Fas II pågick hölls dagliga morgonmöten med administratörerna. De bidrog också till kontinuerlig justering inte minst av hanteringen av det stora kunskapsunderlag som arbetet resulterade i.

Grupperna arbetade vardera i tre dagar med någon eller några dagars paus emellan. Pauserna motiverades dels av behovet av revidering av underlaget från Fas I, dels av värdet av kreativa pauser över huvud taget. Särskilda metodinstruktioner för att jämföra och jämkna underlaget och spelregler för gruppens inre arbete hade utarbetats.

Konsensus skulle eftersträvas. Annars kunde man rösta varvid granskningsledaren hade utslagsröst. Veterligt genomfördes ingen omröstning. Om en deltagare absolut inte kunde acceptera gruppens förslag, så fanns möjlighet att anteckna skiljaktig mening i slutdokumentet. Det skedde i ett fall.

Arbetet inleddes med att medlemmarna presenterade sitt grundmaterial från Fas I och i viss utsträckning sin verksamhet för varandra och tillsammans granskade materialets kvalitet. Därefter inleddes den horisontella jämkningen och arbetet med att ta fram ett förslag omfattande fyra procent av gruppens samlade nettobudget.

## **2.10 Delresultat av arbetet i Fas I och II**

### **2.10.1 Svårigheter i Fas I och II**

Tidigt i Fas I noterade processledningen att serviceverksamheter hade svårt att på egen hand identifiera tillstånd-/åtgärdspar motsvarande tio procent av deras verksamheter. Detta eftersom de är starkt beroende av remittenternas/ internkundernas remisser och beställningar. Trots det identifierade alla serviceverksamheter åtminstone någon del av sitt beting.

Utöver detta använde barn- och ungdomskliniken, akutsjukvården och psykiatrin inte den anbefallna prioriteringsmodellen till att börja med och hann därför inte delta i det horisontella prioriteringsarbetet. Senare åstadkom akutsjukvården och psykiatrin analyser som motsvarade instruktionerna.

Barn- och ungdomskliniken levererade dock inte det begärda underlaget trots upprepade erbjudanden om metodstöd. Verksamhetschefens motivering var att hela verksamheten riktar sig till barn. I de prioriteringsgrupper som ingår i riksdagens beslut om prioritering tillhör vård som riktar sig till patienter med låg autonomi prioriteringsgrupp I. Enligt verksamhetschefens tolkning innebär detta, eftersom barn har låg autonomi, att all sjukvård för barn är högprioriterad och därmed inte kan bli aktuell för någon vertikal prioritering.

Processledningen delade inte denna uppfattning. Inledningsvis avfärdades i all information till verksamhetscheferna riksdagens prioriteringsgrupper som grund för processen. I det här fallet argumenterade processledningen utifrån följande ståndpunkter:

De fem prioriteringsgrupperna i riksdagsbeslutet utgör inga ytterligare etiska principer. Gruppernas ställning i beslutet är något oklar, men syftet, grundat på beskrivningen i prioriteringsutredningen, torde vara att visa ett exempel på hur de etiska principerna kan tillämpas som underlag för resursfördelning inom hälso- och sjukvården, i huvudsak på politisk eller makronivå. Beträffande barn kan konstateras att deras bristande autonomi i de flesta fall vikarieras av deras föräldrar och därtill ökar autonomi med stigande ålder. Ytterligare hänvisade processledningen till att vertikal prioritering inom cancervården, som i sin helhet riktar sig till svårt sjuka patienter – vilka med samma resonemang skulle kunna anses tillhöra prioriteringsgrupp I – resulterat i att man funnit åtgärder med tveksam eller ingen nytta. Utmönstring eller begränsning av dessa åtgärder innebär att resurserna kan användas på bättre sätt inom cancervården eller på annat håll i hälso- och sjukvården.

Barn- och ungdomskliniken levererade inte, akutsjukvården och psykiatrin hann inte skapa ett användbart underlag och vissa serviceverksamheter hade svårt att identifiera åtgärder motsvarande tio procent av nettobudgeten. Detta medförde problem i de horisontella grupperna. Det berodde på att antalet möjliga förslag till utbudsbegränsningar därigenom totalt sett minskade. I en grupp fick det till följd att relativt högt prioriterade åtgärder från en klinik – reumatologiska kliniken – kom med i gruppens slutförslag. Tjänstemannaledningen ansåg att det var oacceptabelt och beslöt att reumatologiska kliniken underlag skulle prövas horisontellt på nytt.

För dessa fyra verksamheter – akutsjukvården, psykiatrin, barn- och ungdomskliniken samt reumatologiska kliniken – skapades en särskild horisontell granskningsprocess. Den innebar att deras grundmaterial ställdes mot det övriga delresultatet från Fas II. Det ledde till att akutsjukvården och psykiatrin bidrog med förslag till utbudsbegränsningar och att bidraget från reumatologiska kliniken minskade. Barn- och ungdomskliniken ålades senare en minskning av budgeten i paritet med genomsnittet av det ekonomiska slutresultatet för övriga verksamheter.

### **2.10.2 Samlat delresultat av Fas I och II**

Bortsett från undantagen ovan bidrog alla verksamheter med ett underlag som motsvarade instruktionerna, d v s var och en presenterade tillstånd-/åtgärdspar motsvarande tio procent av deras nettobudget. Totalt levererades till Fas II förslag motsvarande cirka sex procent av nettobudgeten. Fas II i sin tur resulterade i förslag motsvarande 2,6 procent av nettobudgeten.

Så långt utgjorde materialet i första hand en sakkunnigbedömning. I viss mån fattade dock de professionella även prioriteringsbeslut. Detta eftersom proceduren innebar, att av de initialt identifierade åtgärderna uteslöts förslag motsvarande 7,4 procent av nettobudgeten från vidare beredning och politisk bedömning.

## **2.11 Fas III – administrativ beredning, prioriteringsforum och politiskt beslut**

Svensk och internationell litteratur om prioriteringar i hälso- och sjukvård betonar vikten av kommunikation i prioriteringsprocessen mellan vårdverksamma, ledning och politiker (Socialstyrelsen 1999, SOU 2001:8, Coulter och Ham 2000, Mitton och Prout 2004, Menon, Stafinski och Martin 2007). Detta bland annat för att prioriteringsbesluten ska accepteras i organisationen och därefter av allmänheten.

Till följd av denna kunskap samt särskilda politiska önskemål skapades en särskild mötesplats, som kom att kallas Prioriteringsforum. Syftet var att presentera kunskapsunderlaget inför den politiska processen. Där deltog företrädare för alla verksamheter i landstinget, tjänstemannaledningen och den politiska styrgruppen för prioriteringsarbetet. Tre arbetsdagar ägnades åt att presentera och analysera delresultatet från Fas II. Då debatterades vissa förslag men någon politisk förhandling förekom inte under Prioriteringsforum.

Inför Prioriteringsforum hade materialet granskats ur ett ledningsperspektiv av landstingets tjänstemannaledning.

Det gällde bl a samband/koppling mellan verksamheter, att säkra kvalitén och att de ekonomiska beräkningarna hade ett länsperspektiv, eventuella verksamhetsöverföringar, huruvida förslaget verkligen var en prioritering och inte en effektivisering samt i något fall att säkra hälsofrämjande/förebyggande verksamhet. Detta medförde att underlaget reducerades till att motsvara två procent av nettobudgeten.

### **2.11.1 Inprioritering**

Som framgått fanns det redan i inledningen av arbetet en lista över högprioriterade åtgärder och verksamheter aktuella för finansiering, eller inprioritering som det kom att kallas. Syftet med hela processen var ju att frigöra ekonomiskt utrymme för att finansiera sådana verksamheter. Under processen hade verksamhetsföreträdarna protesterat mot att de, som de uppfattade det, inte hade kunnat bidra till denna lista.<sup>27</sup> Det ledde till beslutet att nya förslag skulle kunna lämnas av VO-cheferna för granskning och första ställningstagande av tjänstemannaledningen. På så sätt växte listan till att omfatta förslag motsvarande fyra procent av landstingets nettobudget.

Under Prioriteringsforum presenterade tjänstemannaledningen den reviderade listan för politikerna. Därefter fördes en politisk förhandling om vad som skulle begränsas respektive finansieras. Det skedde efter Prioriteringsforum inom den politiska styrgruppen och därefter i den sedvanliga politiska beredningsprocessen.

### **2.11.2 Prioriteringsbeslutet**

I mitten av november fattade landstingsstyrelsen beslut om utbudsbegränsningar och finansiering av högprioriterade åtgärder. Endast förslag där det rädde politisk enighet togs med i beslutet. Motivet var att betona den politiska enigheten bakom processen som sådan. I politisk enighet frångicks förslagen i vissa fall och åtgärderna undantogs från utbudsbegränsning. Det medförde att de frigjorda resurserna minskade från 119 till 114 miljoner kronor. Antalet förslag som man inte kunde enas om var mycket litet. Beslutet innebar en omfördelning av knappt två procent av landstingets nettobudget.

Någon vecka efter detta beslutade fullmäktige om avgiftsförändringar och justering av budgetramar. Beslutet presenterades externt bl a i form av en summerande lista på landstingets hemsida över utbudsbegränsningar och finansierade verksamheter. Summeringen innebar att besluten redovisades kortfattat.

---

<sup>27</sup> Invändningarna var av två slag. Dels fanns kritik från ”övriga verksamheter”, som ju på lika villkor bidragit med förslag till utbudsbegränsning, mot att listan bara omfattade medicinska metoder och verksamheter. Dels ansåg vissa företrädare för vården att de inte heller givits tillfälle att bidra till listan.

Den intresserade hänvisades till grundmaterialet, där tillstånd-/åtgärdsparerna och argumenten i form av beskrivning av hälsotillståndets svårighetsgrad, bedömning av patientnyttan och konsekvenser av att begränsa utbudet presenterades med hjälp av analysmodellen i en Excelfil.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Underlaget kan fås på förfrågan till Staben för verksamhetsledning, Västerbottens läns landsting, 901 89 Umeå.

### 3. DELTAGARNAS FÖRESTÄLLNINGAR OM SYFTE OCH MOTIV

Redovisningen av intervjuresultaten börjar med att fokusera på hur själva inledningen av prioriteringsarbetet uppfattades. Hur såg de olika aktörerna på syftet med prioriteringsarbetet? Behövde arbetet göras och i så fall varför och hur var reaktionerna på att själva ta aktiv del i arbetet?

#### 3.1 Syftet med prioriteringsarbetet

Trots att det bland de intervjuade tjänstemännen fanns en uppfattning om att landstinget varit mycket noga med att informera om syftet med prioriteringsarbetet så beskrev de intervjuade verksamhetsföreträdarna syftet som alltifrån *"kristallklart"* till att vara *"svårtolkat"*. Intervjuerna visar att verksamhetsföreträdarna uppfattat syftet med arbetet på flera olika sätt:

- en omfördelning av landstingets resurser mellan olika verksamheter.
- en större besparing än inprioritering.
- en ren besparing utan motsvarande inprioritering.
- ett pilotprojekt som syftade till att hitta en bestående *"modell"* för landstingets prioriteringar utan att någon reell omfördelning skulle ske.

De verksamhetsföreträdare som uppfattat syftet som en omfördelning av resurser uttryckte i intervjuerna större motivation för prioriteringsarbetet (speciellt om de uppfattat att de i sin verksamhet tillförsäkrades lika stort eller större tillskott än besparingar) än de som såg arbetet som en *"smygbesparing"* eller de som förväntade sig ett större sparbetning än vid ett generellt sparkrav, d v s vid *"osthyvelprincipen"*. Synen på vad som var syftet kunde också ändras under arbetets gång *"syftet har inte framförts tydligt från början utan klarnat under vägen"*. De intervjuade som från början trodde att det hela mer var ett experiment menade att de blev besvikna då de senare insåg att det var *"skarpt läge"*.

Sett i backspegeln beskrev både tjänstemän och politiker i intervjuerna att de redan tidigt i planeringen hade haft en samstämmig bild av syftet med arbetet vilket de upplevde som mycket värdefullt. Syftet uppfattades som dubbelt; både att göra en reell omfördelning av resurser inom landstinget *och* att skapa en bestående metod för prioriteringar. Politikerna menade att om prioriteringsarbetet istället för en omfördelning syftat till en ren besparing hade sannolikt motivationen hos cheferna att ta sig an prioriteringsarbetet varit betydligt lägre.

I intervjuerna med tjänstemännen framkom uppfattningen att detta gällde också motivationen bland politiker att våga ge sig in i detta arbete. *”En ren besparingsprocess eller strukturförändring skulle ha krävt ett ännu större politiskt mod”* som en tjänsteman uttryckte det.

### **3.2 Motiv för omfördelning**

De intervjuade tjänstemännen och politikerna beskrev enhälligt en bild av omfördelningsarbetet som motiverat; *”landstinget behöver ta från dem som är minst drabbade för att ge till dem som behöver”*. De menade att de arbetat mycket för att skapa den gemensamma *”budskapsplattformen”* just om motiven för prioriteringsarbetet. Bland tjänstemännen fanns upplevelsen att detta budskap i huvudsak gått hem i verksamheten, om inte vid start för alla så allt eftersom arbetet pågick.

De verksamhetsföreträdare som menade att en omfördelning av resurser var motiverat hade följande argument för detta:

- Vården är tvingad att göra val eftersom det oundvikligen finns en resursbegränsning, både nu och i framtiden.
- Nya metoder leder ofta till kostnadsökningar.
- Befolkningsstrukturen har förändrats med en allt äldre befolkning som behöver vård samtidigt som efterfrågan på sjukvård allmänt har ökat.
- Åtgärder som ger mindre effekt behöver tas bort ur vården till förmån för mer effektiv vård för att säkra att bästa möjliga vård bedrivs.
- Landstingets budget uppfattades vara i obalans och ett mer stabilt ekonomiskt läge behövde uppnås.
- Det finns en obalans mellan den egna verksamhetens uppdrag och de resurser som finns till förfogande.

Om detta var motiv som talade för behovet av en omfördelning i landstinget, hur resonerade då de som var emot? Så här kunde det låta i intervjuerna;

- Vården ska inte begränsas av ekonomiska resurser utan gränser för det offentliga åtagandet ska sättas endast utifrån vetenskap och vad som är rent medicinskt möjligt att göra.
- De horisontella prioriteringarna på nationell nivå behöver ändras så att vården erhåller mer pengar och andra samhällssektorer mindre: *”försvarsbudgeten lyfts ju hela tiden, när är det dags att lyfta landstingsbudgeten?”*. En omfördelning skulle inte behövas om *”landstingsledningen såg till att landstinget i Västerbotten fick mer pengar”*.

Bland verksamhetsföreträdarna framkom också uppfattningen att en omfördelning av resurser var motiverat men bara om den egna verksamheten undantogs från kravet på ransonering. Ransoneringar ansågs där ha gjorts fullt ut *"inget görs i onödan, allt är basalt"*. Även om det fortfarande skulle återstå ytterligare mindre effektiviseringar (innan värden är optimal) så skulle det ha en försumbar ekonomisk effekt. Ytterligare besparingar skulle komma att leda till sådana kvalitetsförsämringar att nationella riktlinjer och kvalitetsregister inte skulle kunna följas och Umeås ställning som universitetssjukhus äventyras. Det kunde också vara så att den egna verksamheten betraktades som sanktionerat högprioriterad i och med att den ingick i prioriteringsgrupp I enligt de exempel som finns i riksdagens riktlinjer. Verksamheten skulle därmed vara undantagen att behöva göra ransoneringar. Att göra bortval ansågs också svårt för verksamheter som i hög grad arbetar med diagnostik och bedömningar eftersom bedömningen, enligt hälso- och sjukvårdslagen, behövs för att säkerställa prioriteringsgraden.

### **3.3 Olika reaktioner på att medverka i prioriteringsarbetet**

Ett uppdrag att arbeta med prioriteringar kan leda till olika slags reaktioner. De intervjuade verksamhetsföreträdarna som var positiva till uppdraget att utföra vertikala prioriteringar beskrev sina reaktioner så här:

- De kände en framåtanda och vilja att gå in i och ta ansvar för prioriteringsarbetet och de problem som kunde förväntas uppstå och göra ett så adekvat prioriteringsarbete som möjligt.
- De var tillitsfulla och funderade inte över eller ifrågasatte sitt uppdrag och det arbetssätt processledningen valt.
- De var pragmatiska och rationella i sitt förhållningssätt till prioriteringsarbetet och med vilken ambitionsnivå det skulle genomföras.

De verksamhetsföreträdare som däremot uppgett sig vara negativa till uppdraget beskrev sina reaktioner på att ta sig an prioriteringsarbetet på följande sätt:

- De kände sig upproriska och ville ställa sig utanför prioriteringsarbetet och vägra delta *"det är så dumt så det är inte ens lönt att arbeta"*.
- De kände en hopplöshet och trötthet med tankar på att säga upp sig *"en hjälplös opposition"*. Hopplösheten handlade dels om den egna arbetstyngden som upplevdes som orimlig och ändå kom det krav på besparingar istället för tillskott *"trots att man jobbar som en galning så ska de dra ner mer"*. De beskrev också känslan av att vara gisslan och inte ha fritt utrymme för att reagera och agera.
- De kände sig oroliga för följderna av prioriteringsarbetet och var därför försvarsberedda inte minst när det gällde den egna verksamheten.



Reaktionerna kunde dock förändras under prioriteringsarbetets gång, menade de intervjuade verksamhetsföreträdarna. Det fanns både exempel på dem som först uppgett sig reagera negativt då de fått uppdraget men sedan sade sig ha blivit mer positiva i och med att prioriteringsarbetet kommit igång. Ett annat exempel var de som först upplevt prioriteringar som något diffust obehagligt till att bli mer konkret och därmed mer positivt. Det fanns också andra som menade att de först varit positiva men under arbetets gång blivit alltmer negativa, t ex i och med att man fick insyn i andras, som man upplevde, undermåliga förslag till utbudsbegränsningar.

De intervjuade tjänstemännen och politikerna beskrev samfällt att de var mycket motiverade att starta prioriteringsarbetet. Politikerna hade under lång tid sagt att de måste arbeta med prioriteringar utan att det blivit av i praktiken och nu var det verkligen dags att göra slag i saken, menade en politiker.

I intervjuerna med verksamhetsföreträdarna framhölls att det korta varsel med vilket prioriteringsarbetet påannonserades kunde vara en orsak till negativa reaktioner. Den korta framförhållningen gjorde att många, både på chefsnivå och bland personalen, inte hann bli mentalt förberedda och motiverade till prioriteringsarbetet och få förståelse för hur stor arbetsinsats som skulle krävas. De intervjuade verksamhetsföreträdarna menade att om det funnits mer tid för förberedelse *"skulle man kunna ha vunnit flera verksamhetschefer som hade tagit detta på större allvar"*. Mycket i chefernas agendor har behövt strykas eller flyttas om och patientarbete skjutas upp på ett icke önskvärt sätt. *"En bristande respekt för den dagliga vården"* menade någon. Även politiker beskrev att den korta framförhållningen komplicerat deras planering men de uttryckte en större acceptans för detta.

## 4. FAS I – IDENTIFIERINGSFASEN

Nedan beskrivs de intervjuades, i första hand verksamhetsföreträdarnas, uppfattningar om den första fasen (de vertikala prioriteringarna) i Västerbottens läns landstings prioriteringsarbete.<sup>29</sup>

### 4.1 Uppdraget

Verksamhetsföreträdarna beskrev sitt uppdrag i huvudsak på tre olika sätt:

1. Uppdraget uppfattades vara att endast identifiera bortval av åtgärder som har mycket liten/tveksam patientnytta.
2. Uppdraget innebar bortval av åtgärder oavsett orsak, vilket kunde innebära att också åtgärder med relativt stor patientnytta kunde bli aktuella för bortval.
3. Uppdraget innebar att utöver bortval av åtgärder skulle också andra besparingsåtgärder identifieras, *”t ex effektiviseringar av olika slag”*.

I intervjuerna med verksamhetsföreträdarna kunde uppdraget med vertikala prioriteringar beskrivas som *”jättebra, värdefullt, viktigt”* och nyskapande i den meningen att bortval sällan fokuserats så tydligt. Andra beskrev uppdraget som *”dumt, omöjligt och obehövt”* och viljan att ta sig an det vertikala arbetet växlade. Nya direktiv som utökade uppdraget upplevdes läggas in efterhand (t ex att hänsyn till patientsäkerhet och genusperspektiv skulle redovisas). Det framkom både kritik mot och acceptans för detta i intervjuerna. I kritiken låg att det skulle vara bättre att avstå förändringar under löpande arbete och istället göra på ett annat sätt i framtida prioriteringsarbeten. Ett problem som lyftes fram bland verksamhetsföreträdarna var att andra uppdrag i landstinget uppfattades stå i kontrast till arbetet med bortval, t ex tillgänglighetsdiskussioner i form av vårdgarantier.

Även bland de intervjuade tjänstemännen och politikerna beskrevs en något kluven bild av vad som egentligen var verksamhetens uppdrag i denna fas även om betoningen låg på bortval av åtgärder med tveksam eller liten patientnytta. En uppfattning var att *”både bortval och effektiviseringar”* skulle ingå i arbetet. De som förespråkade ett sådant arbete menade att det var lovvärt att dessa effektiviseringar nu genomfördes, om de av någon anledning inte blivit gjorda tidigare. Andra politiker önskade i en framtid *”ett mer renodlat prioriteringsarbete”*.

<sup>29</sup> Detta kapitel grundar sig i första hand på materialet från de tio intervjuer med verksamhetsföreträdare som gjordes direkt efter Fas I, men också uppfattningar som framkommit i senare intervjuomgångar kan finnas med. Om det är tjänstemännen och politikerna som uttalat sig kommer detta att framgå i texten annars är utgångspunkten att det är verksamhetsföreträdarnas synpunkter som redovisas här om inget annat sägs.

## 4.2 Deltagare

Att alla verksamheter omfattades av uppdraget med vertikala prioriteringar tyckte de intervjuade verksamhetsföreträdare var högst rimligt. Däremot fanns en del synpunkter på hur detta arbete organiserades samt på delaktigheten i arbetet.

### 4.2.1 Verksamhetsvis indelning

Att de vertikala prioriteringarna skulle utföras inom respektive verksamhet kunde uppfattas som en självklarhet *"har ej funderat över om prioriteringsarbetet skulle ha kunnat delas in på annat sätt"*. En fördel som lyftes fram bland verksamhetsföreträdarna var att man snabbt kom igång med arbetet, eftersom det i vissa verksamheter redan pågick någon form av prioriteringsdiskussioner. Där verksamheter fanns utspridda över länet ansågs det rimligt att ta ett helt verksamhetsfält, som t ex primärvården, och göra en gemensam prioriteringsordning istället för att dela upp det på olika vårdcentraler.

En motsatt uppfattning var att prioriteringsarbetet, istället för att ha utförts inom olika verksamheter, mer skulle ha organiserats utifrån vårdprocesser men det framgick inte närmare av intervjuerna på vilket sätt detta skulle kunnat ske.

Samtliga intervjuade verksamhetsföreträdare framförde att servicefunktionernas deltagande var problematiskt. Det ansågs i princip omöjligt för dem att göra egna prioriteringar eftersom det antingen är remitterer som avgör vad som ska göras (t ex på röntgen) eller kärnverksamhetens behov av annan typ av service (t ex lokalbehov) som styr deras prioriteringar. Denna problematik menade VO-cheferna att de ihärdigt framförde under arbetets gång men att processledningen svarat med att det var viktigt med en enhetlig process *"att alla gjorde lika"* för att kärnverksamheten skulle uppleva omfördelningsarbetet som rättvist. I ett framtida prioriteringsarbete menade de intervjuade tjänstemännen att upplägget dock borde vara ett annat, där servicefunktionerna skulle komma in i prioriteringsarbetet först efter att kärnverksamhetens vertikala prioriteringar var gjorda.

### 4.2.2 Delaktighet inom respektive verksamhet

Vilka och hur många medarbetare verksamhetscheferna engagerade i prioriteringsarbetet uppfattades vara upp till dem själva och de intervjuade upplever att detta varierat stort. I intervjuerna gavs exempel på alltifrån att arbetet i huvudsak gjorts av verksamhetschefen ensam till en bred delaktighet inom den egna verksamheten där många uppgavs ha varit med och tagit fram och/eller diskuterat prioriteringsordningarna.

Även de verksamhetsföreträdare som beskrev en bred delaktighet i sin egen verksamhet kunde resonera kring att vissa personalgrupper inte varit representerade i prioriteringsarbetet vilket man menade påverkade helhetsbilden av prioriteringarna och gjorde att konstruktiva förslag kanske gick förlorade. Särskilt i verksamheter med mycket teamarbete ansågs detta viktigt; mer tid skulle ha gett större möjlighet att diskutera prioriteringarna i olika professioner. Bland annat framfördes i intervjuerna kritik mot att inte alla läkare engagerats trots att arbetet skulle vila på medicinska överväganden *"läkarna kände sig offside och inte tillfrågade och sedda"*. Förutsättningarna för den enskilda medarbetaren att delta i prioriteringsarbetet ansågs ha påverkats av en mängd faktorer som t ex tidigare vana och erfarenhet av prioriteringsarbete och av att ha tillämpat den nationella prioriteringsmodellen.

De intervjuade verksamhetsföreträdarna som beskrev en lägre grad av delaktighet bland sin personal menade att *"delaktighet är bra men ohanterligt"*. Landstingsanställda i en politiskt styrd organisation måste finna sig i olika typer av beslut *"ovanifrån"* och acceptera att de som medarbetare mer fick hållas informerad om prioriteringsarbetet<sup>30</sup>. Detta uppfattades också ha varit den signal som landstingsledningen och politikerna gett till verksamheterna (även om det fanns politiker som förespråkade en bredare delaktighet än vad som totalt blev fallet). Att kunna nå en total enighet ansågs utopiskt eftersom förslagen kunde drabba enskilda personer som riskerade att förlora sitt arbete *"man kan tycka prioriteringsarbetet är mycket bra tills det drabbar en själv"*.

#### **4.3 Genomförandet av identifieringsarbetet**

Vad tycker du fungerar bra med pågående prioriteringsarbete på er enhet? Vad tycker du fungerar mindre bra? Så löd två av frågorna till verksamhetsföreträdarna efter Fas I.

Totalt sett beskriver alla intervjuade verksamhetsföreträdare att de såg ett värde i Fas I och att det var positivt att få tillfälle att genomlysa den egna verksamheten i ett prioriteringsarbete. Detta framfördes också av dem som uppgav sig vara negativa till prioriteringsarbetet i Västerbotten som helhet. Samtliga intervjuade verksamhetsföreträdare var också eniga om att tidsramen för denna fas varit snäv och att det fick konsekvenser för resultatet. Det har också inneburit en dålig arbetssituation, menade någon. Att det har krävts att verksamhetscheferna arbetat på sin fritid beskrevs som en dålig signal till övrig personal *"arbete ska prioriteras före det privata livet"*.

---

<sup>30</sup> Se mer om öppenhet och information i Kapitel 10

Uppfattningen att tidsramen för det vertikala arbetet var för snäv delades dock inte av alla intervjuade verksamhetsföreträdare även om samtliga såg vinster med en något generösare tidsram *"inte att man ska sitta på sin kammare och peta navelludd och fundera i det oändliga"*. Det fanns med andra ord en osäkerhet om mervärdet med mer tid *"många sparar ändå saker och ting till sista stund"*. Önskemål framfördes om en framtida, mer långsiktig, löpande tidsplanering som skedde med en regelbundenhet motsvarande budgetprocessen *"så att man gjorde vertikala prioriteringar under hösten och horisontella under våren"*.

Detta var helhetsbilden av identifieringsfasen som kom fram i intervjuerna. Vi övergår nu till att redovisa de olika åsikterna om styrkor och svagheter i de olika momenten i detta arbete.

#### **4.3.1 Värdering enligt den nationella modellen**

Identifiering och beskrivning av det lägst prioriterade skulle i Västerbotten ske med hjälp av den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar. I intervjuerna med tjänstemännen framhölls att valet av en nationell arbetsmodell var en styrka i och med att metoden redan var prövad och möjliggjorde en jämförelse med andra prioriteringsarbeten i landet. Flera exempel på att modellen ansågs användbar i det vertikala prioriteringsarbetet kom också upp i intervjuerna med verksamhetsföreträdarna. Den gav systematik i arbetet. Den tog också upp fakta (svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet) som ansågs vara viktiga aspekter att diskutera och ta ställning till.

En uppfattning som framkommer i intervjuerna var att den nationella modellen passade bäst för verksamheter med mer akuta, övergående tillstånd med fokus på fysiska funktionsbortfall snarare än aktivitets- och delaktighetsproblematik. Exempelvis ansågs patientnyttan då mer överskådlig och möjlig att bedöma än för verksamheter som har patienter under ett livsperspektiv och med mer teambaserade insatser. Bedömningen av olika tillstånds svårighetsgrad ansågs också lättare i *"klassisk sjukvård"* eftersom den där i mindre grad ansågs bygga på patientupplevelser och omgivningsfaktorer utan mer på objektiva kriterier. Dessutom framfördes oklarheter kring hur man skulle tolka innebörden av en låg skattning; skulle det lägst prioriterade tas bort, göras mindre av eller beläggas med avgifter?

Verksamhetsföreträdarna menade att det skulle ha krävts mer av gemensamma diskussioner och klargöranden för att skapa en större samsyn i tolkningen av modellen. Oklarheter fanns t ex om vad som rimligen kunde ingå i bedömningen av svårighetsgrad och hur kalibreringen av svårighetsgrad mellan olika tillstånd skulle ske *"är höftfraktur värre än vatten i knäna?"*.

Det fanns en uppenbar risk för överskattning, menade man *"ingen vill väl erkänna att man arbetar med liten svårighetsgrad"*. Ett annat exempel på oklarheter var vad nyttobegreppet skulle omfatta och vad det skulle relateras till; patientens nytta med en åtgärd eller patientens nytta med landstingets förslag till utbudsbegränsning? Beroende på hur olika personer tolkade detta så blev bedömningen av nyttan helt olika, menade de intervjuade verksamhetsföreträdarna. Det framkom också en osäkerhet bland verksamhetsföreträdarna om vad kostnadseffektivitet egentligen stod för och om bedömningen också skulle gälla samhällsnyttan *"sjukdomar som drar på sig kriminalitet och vad kostar en fängelsevistelse?"*. I intervjuerna kunde kostnadseffektivitet beskrivas i termer av kostnad utan att man egentligen relaterade den till nyttan med en åtgärd.

Modellen kunde också uppfattas mer som ett ransoneringssystem än som sprungen ur etik. Riksdagens etiska plattform uppfattades då inte som en självklar del i prioriteringsarbetet vilket beskrevs som negativt och det uttrycktes en osäkerhet om hur väl dessa principer var kända ute i verksamheten. Andra beskrev en mer livfull etisk diskussion bl a kring människor med nedsatt autonomi med bristande förmåga att föra fram sina behov av vård. När det t ex gäller människovärdesprincipen uppfattades uppdraget att värdera sina förslag också utifrån ett genusperspektiv som svårt och ovant *"vi tänker diagnos inte kvinna eller man på det sättet"*, menade en av de intervjuade verksamhetsföreträdarna.

Modellen beskrevs ha en vokabulär som egentligen inte passade in på servicefunktionerna. De korrigeringar som gjorts kunde både uppfattas som att de fungerade relativt bra men också som att vissa oklarheter kvarstod. Vem skulle t ex betraktas som kund; *"är det ungdomarna som får praktikplatser eller är det landstinget som får framtida medarbetare eller är det samhället i form av arbetspolitiska åtgärder?"*. En mer grundläggande kritik framförd bland tjänstemännen handlade om att modellen bottnar i ett behovs- och rättviseperspektiv som inte ansågs applicerbart på servicefunktioner *"service ska inte vara rättvis, den ska vara effektiv och produceras till låg kostnad till en bra kvalitet"*.

Från tjänstemannahåll menade man också att den stora spännvidden i kunskapen om den nationella prioriteringsmodellen var viktig att beakta. De metodstödjare som utsetts och utbildats beskrevs ha utnyttjats i varierande grad och/eller upplevdes ha haft varierande möjlighet att bistå verksamheterna. Verksamhetsföreträdare kunde också beskriva det som att stödet i realiteten mest funnits på papperet. En uppfattning bland tjänstemännen var att metodstödjarnas inblick i hur arbetet förlöpte var viktig information för dem.

Controllers bistånd med de ekonomiska beräkningarna nämndes i mycket liten omfattning i intervjuerna med verksamhetsföreträdarna men då i positiva ordalag.

#### 4.3.2 Faktabasering av förslagen

I intervjuerna framkom en stor variation i vilken vikt och energi verksamhetsföreträdarna lagt på faktabaseringen. Å ena sidan beskrevs en mycket noggrann och tidsödande genomgång av vetenskaplig dokumentation (SBU-rapporter, översiktsartiklar m m). De som menade att faktabaseringen var en viktig del av prioriteringsarbetet tyckte att tidsbristen skapade problem. Mycket fick nu bygga på skattningar *"vi satt ju där en eftermiddag och svettades fram de här siffrorna"*. För att kunna presentera ett bra beslutsunderlag, helst på vetenskaplig grund, fanns uppfattningen att ett mångårigt arbete skulle behövas (jämförelser gjordes här med Socialstyrelsens fleråriga riktlinjearbete). Ett problem var att många områden fortfarande är *"obeforskade"*, menade de intervjuade. Särskilt uppenbart ansågs detta vara när det gällde kostnadseffektivitet och forskning kring teambaserade åtgärder och mer livslånga insatser vilket man beförde skulle misskreditera verksamheter med den typen av insatser i det fortsatta prioriteringsarbetet.

Andra verksamhetsföreträdare beskrev att de intagit en pragmatisk inställning och i mycket utgått från beprövad erfarenhet. De ansåg det realistiskt att bygga lokala prioriteringsarbeten på att ha fullständig kontroll på faktaunderlag t ex vad det gäller kostnadseffektivitet. Istället menade dessa intervjuade att beprövad erfarenhet var tillräckligt i den bemärkelsen att man litade till att personalen i den egna verksamheten kunde sin verksamhet bäst. Om man skulle göra ett fullgott arbete skulle man aldrig komma till skott och det skulle kräva alltför stora resurser för att vara möjligt, menade man.

#### 4.3.3 Rangordning

Själva rangordningen av det lägst prioriterade har hanterats på olika sätt och beskrivs ganska allmänt av verksamhetsföreträdarna som svårt. Vissa har använt rangordningsskalan från 1-10 som relativ; d v s det som ansågs lägst prioriterat i verksamheten fick en 10:a oavsett om det i och för sig kunde gälla tillstånd med måttlig eller större svårighetsgrad och patientnytta. Andra hade använt rangordningsskalan mer som en faktisk skala och kunde därmed ha högre rangordningssiffror (t ex 5:or-7:or) på det som var lägst prioriterat i sin verksamhet. Ytterligare andra såg detta med att ta fram rangordningen mer som ett diskussionsunderlag *"ett riktmärke"* och hade inte funderat så mycket över vilka siffror som skulle sättas. Problem beskrevs med värderingen av själva rangordningssiffrorna, vilka kriterier skulle vara uppfyllda för att sätta en hög respektive låg rangordningssiffra?

#### **4.3.4 Ekonomiska beräkningar på förslagen till utbudsbegränsning**

Att vara tvungen att beräkna en kostnad på det lägst prioriterade kunde verksamhetsföreträdare uppfatta som motiverande för att ta sig an prioriteringsarbetet men ändå svårt. Incitamentet för att verkligen genomföra vertikala prioriteringar ansågs ha ökat markant i och med att prioriteringarna kopplades till en ekonomisk ram ”blev riktigt kött på benen”. De ekonomiska skattningarna beskrevs dock som ganska slumpartade och osäkra att göra. Direktiven kring hur kostnader skulle redovisas hade också uppfattats väldigt olika och tydligare direktiv efterfrågades. En av uppfattningarna var att alltför stort fokus riktats mot ekonomiska konsekvenser och inte på det oetiska i att utsätta patienter för vård med liten nytta. Motsatt uppfattning fanns också representerad bland verksamhetsföreträdarna; att kostnadseffektivitet diskuterats i för liten grad.

#### **4.3.5 Samordning av prioriteringar**

I vilken mån deltagarna mäktat med att samordna sina förslag med andra verksamheter beskrevs ha varierat stort. Å ena sidan fanns det intervjuade som beskrev att de på den snäva tidsramen inte alls hade hunnit stämma av sina prioriteringar med andra kliniker/verksamheter vilket upplevdes ha påverkat deras möjlighet att göra konsekvensbeskrivningar. Exempelvis upplevde de att bedömningen av kostnadseffektiviteten blev godtycklig och ofullständig i och med att de begränsade kostnaden endast till utgiften i den egna verksamheten och inte hann se till sjukvården eller ännu mindre till samhället som helhet. Andra beskrev det som att viss, värdefull samordning mellan verksamheter skett.

Samordningen av länsövergripande verksamhet ansågs bristfällig där förslagen blev mer knutna till respektive enhet än till vad verksamhetsfältet som helhet borde avstå från att göra. Enheter där forum för länssamordning fanns sedan tidigare upplevde att de hade lättare att genomföra samordningen av prioriteringsarbetet. Andra upplevde att de i viss mån hade hunnit föra sådana diskussioner och de var dessutom tillitsfulla till att det fortsatta prioriteringsarbetet skulle komma att möjliggöra mer av sådana diskussioner.

#### **4.3.6 Konsekvensbeskrivningar**

Momentet med att ta fram konsekvensbeskrivningar för de förslag som lagts framhölls av samtliga verksamhetsföreträdare som ett mycket viktigt och värdefullt steg i arbetet för att politikerna bättre skulle kunna ta ställning till de förslag som togs fram.

#### **4.3.7 Dokumentation**

Dokumentationen av de vertikala prioriteringarna i de olika arbetsbladen beskrevs av vissa verksamhetsföreträdare som omfattande och tidskrävande med ”en massa olika blanketter”.



#### **4.4 Resultatet av identifieringsarbetet**

Verksamhetsföreträdarna upplevde att de förslag som de tagit fram till den horisontella granskningen hade olika karaktär och var av olika kvalitet.

##### **4.4.1 Karaktären på förslagen**

Vi konstaterade inledningsvis att de intervjuade verksamhetsföreträdarna uppfattat sitt uppdrag på tre olika sätt vilket de ansåg ha påverkat hur förslagen till utbudsbegränsningar kom att se ut. Förslagen beskrevs både som bortval av åtgärder där det fanns andra alternativa åtgärder eller vårdformer som bedömdes fungera lika eller nästan lika bra för patienterna och ”rena” bortval av insatser som hade patientnytta (ibland t o m stor nytta).

Andra intervjuade beskrev att arbetet utöver bortval också resulterat i andra typer av förslag (som egenfinansiering, indikationsskärpningar etc). Även de som från början såg på sitt uppdrag på ett snävare sätt, som enbart gällande bortval, menade att det vertikala prioriteringsarbetet ändå utvecklat sig på detta sätt i deras egen verksamhet ”*det har som blivit en bieffekt när verksamheterna diskuterat vad som är lägst prioriterat*”. Förslag på högt prioriterade tillstånd/åtgärder eller rangordningar som omfattade en hel verksamhet beskrevs också i intervjuerna.

##### **4.4.2 Kvaliteten på förslagen**

I intervjuerna med verksamhetsföreträdarna framkommer i huvuddrag två sätt att se på kvaliteten på förslagen om utbudsbegränsningar. Det ena är att förslagen var undermåliga för att de vilade på tyckande istället för välunderbyggda underlag ”*men ändå vill ledningen ge sken av att detta är en oerhört väl genomarbetad prioritering som sker*”. Å andra sidan sågs förslagen som väl genomarbetade och ”*inte bara tagna ur luften*”. Vissa chefer uppgav att de i sin verksamhet hade flera olika typer av användbara underlag för att göra dessa bedömningar (självskattningsinstrument, olika register, statistik m m) vilket förbättrat kvaliteten på arbetet. Den snäva tidsramen uppfattades som en signal på att även förslag med lägre kvalitet (än det optimala) kunde ses som rimliga, vilket bekräftades i intervjuerna med tjänstemännen som kunde uttrycka en stor respekt för att det ändå kunde vara svårt att lämna ifrån sig förslag som ansågs otillräckligt bearbetade.

Att kvaliteten varierade så mycket mellan olika förslag, kunde kritiserars, men också accepteras eftersom detta ”*diskussionsunderlag*” ju förväntades bli föremål för ytterligare kvalitetsgranskning i den horisontella granskningen/jämknigen.

#### 4.4.3 Syftet med olika förslag

I intervjuerna med verksamhetsföreträdarna påtalades också att förslagen ibland utformats på ett särskilt sätt för att undgå att bli föremål för bortval. Även de som poängterade att de var emot *"rävspel"* kunde uttrycka en osäkerhet om de inte själva skulle ha spelat på det istället för att vara för ärliga *"struntat i att ha redovisat vissa fakta för att det kan ligga en i fatet i besparingen"*. Det gällde m a o att inte göra det vertikala prioriteringsarbetet *"för bra"*. Man kunde beskriva att rangordningssiffror (1-10) sattes utifrån hur man trodde att det skulle påverka de kommande horisontella prioriteringarna *"står det en 5:a istället så har vi ju ett annat utgångsläge"*. Eller så kunde man gardera sig i konsekvensbeskrivningen så att även det som uppgetts ha låg prioritet uppgavs ha stora konsekvenser för patienterna. Till och med de egna förslagen kunde uppfattas som orimliga (t ex bortval av tillstånd med stor svårighetsgrad och stor patientnytta). Inom områden där en förstärkning av landstingets budget från statligt håll skulle ske kunde besparingsförslag läggas trots att aktiviteten ansågs högprioriterad, en finansiering var ju ändå säkrad.

#### 4.4.4 Samlade erfarenheter av det vertikala prioriteringsarbetet

Arbetet i identifieringsfasen beskrevs av flera verksamhetsföreträdare som ett värdefullt lärande. Till exempel ansågs medvetenheten om Riksdagens riktlinjer för prioriteringar ha ökat. Att tillstånd i sig inte kan anses konstant högprioriterade utan att prioritet också är kopplad till olika åtgärders kostnadseffektivitet är ett exempel på en sådan insikt. Arbetet gav också *"aha-upplevelser"* om sådant som behövde ses över ytterligare i den egna verksamheten *"om man tar det här urinprovet på alla patienter som kommer in, och så följer man kostnader och vad händer med det här provet? Jo det måste gå ett visst antal undersökningar till labb och så måste en doktor titta på det och har vi någon nytta av det här?"* Andra menade att de nu fått ett mycket bra utgångsläge för att fördjupa det prioriteringsarbete de sedan tidigare påbörjat i den egna verksamheten.

## 5. FAS II – HORISONTELL GRANSKNING OCH JÄMKNING

Efter det vertikala prioriteringsarbetet genomfördes den horisontella granskningen och jämkningen i arbetsgrupper. Även detta kapitel grundar sig i första hand på intervjuerna med verksamhetsföreträdarna.

### 5.1 Uppdraget

När det gällde uppdraget i denna fas fanns det en samsyn bland verksamhetsföreträdarna att de skulle göra en kollegial granskning av varandras vertikala prioriteringar *”en genomlysning av alla verksamheter och att allt skulle ifrågasättas”* och väga olika verksamheters förslag mot varandra.

Därefter gick bilderna av vad uppdraget innebar isär:

1. Uppdraget uppfattades innebära att identifiera rena bortval av åtgärder som har mycket liten/tveksam patientnytta.
2. Uppdraget innebar bortval av åtgärder oavsett orsak, vilket kunde innebära att även åtgärder med relativt stor patientnytta kunde bli aktuella för bortval.
3. Uppdraget innebar att alla typer av besparingsåtgärder skulle identifieras *”inte bara bortval utan effektiviseringar också”*.

Bland verksamhetsföreträdare fanns de som beskrev att de till fullo sympatiserade med det uppdrag de upplevt att de fått. Andra menade att den kollegiala granskningen och jämförelsen var rimlig men att uppdraget skulle ha slutat med detta. Ytterligare andra tog avstånd från uppdraget med den kollegiala granskningen. Då handlade det inte om att horisontella prioriteringar inte ska göras utan framför allt vem som skulle ha ansvaret för ett sådant arbete.<sup>31</sup> Det fanns också en skillnad i synen på med vilken ambitionsnivå uppdraget skulle genomföras. Å ena sidan fanns uppfattningen att den horisontella granskningen måste innebära ett evidensbaserat arbete med krav på vetenskaplighet, å andra sidan att konsensusdiskussioner var tillräckligt.

### 5.2 Underlaget för det horisontella arbetet

Det uppfattades underlätta arbetet i de horisontella grupperna betydligt i de fall då grundmaterialet från verksamheternas respektive arbete i Fas I ansågs vara bra. *”Bra”* innebar t ex att materialet upplevdes som välstrukturerat och lätt att förstå.

---

<sup>31</sup> Se uppfattningar om aktörer ansvar i Kapitel 8.

På frågan om vad de intervjuade verksamhetsföreträdarna ansåg fungerade mindre bra med den horisontella granskningen/jämknigen fick dock underlagen stort fokus. Framförallt ansågs jämförbarheten mellan underlagen som låg.

Bilden av huruvida det förekom en granskning av de vertikala listorna inför arbetet i de horisontella grupperna växlar avsevärt i intervjuerna. Bland verksamhetsföreträdarna fanns en osäkerhet om någon granskning överhuvudtaget förekommit och om så skett såg man den som otillräcklig. Ytterligare granskning skulle ha behövts för kalibrering av rangordningsciffror och kostnadsberäkningar samt en större samordning över länet innan det horisontella arbetet påbörjades, menade de. Som det var nu lade vissa verksamheter fram enhälliga förslag som borgade för lika vård i länet, medan andra verksamheter kunde lägga förslag som tvärtom skapade olikheter. Tiden mellan det vertikala arbetet och de horisontella grupperna ansågs dock för kort för att någon grundligare granskning skulle ha varit möjlig.

Särskilt uttrycktes irritation över taktiska förslag som ansågs orealistiska *"det är ju lite grann att direkt säga rör inte oss"*. Verksamhetsföreträdarna menade att verksamheter som lagt sådana förslag inte skulle ha fått komma med i de horisontella grupperna utan stoppats innan för att få omarbeta sina förslag ytterligare *"ni kan inte gå fram med det här, ni måste dela upp det i mindre grupper"*. I övrigt var det framför allt karaktären på förslagen som borde ha granskats mer, menade de intervjuade. Exempelvis skulle inte alltför interna effektiviseringsförslag tillåts vara med eller förslag på sådant som man redan sedan tidigare beslutat att upphöra med. Underlaget upplevdes som mycket ojämnt *"en blandning mellan stort och smått"*, från vårdande insatser till personalfrågor och indraget fikabröd. Tjänstemännen kunde dock hävda i intervjuerna att även de små förslagen hade ett värde eftersom de uppenbart gett upphov till viktiga diskussioner om vad som är viktigt och mindre viktigt i verksamheten.

Till kommande år kunde man från tjänstemannahåll framhålla att granskningen måste ske efter tydligare riktlinjer; vad är det som ska granskas? Nu hamnade man kanske mer i detaljer än att fokusera på vilka förslag som var politiskt möjliga.

### 5.3 Gruppernas sammansättning

Inför det horisontella granskningsarbetet fanns tvivel om huruvida gruppernas sammansättning<sup>32</sup> skulle fungera *”jag tror det blir ett jättesvårt arbete och förstår inte riktigt hur man ska klara det”*. De verksamhetsföreträdare som intervjuades efter genomförandet kunde beskriva både fördelar och nackdelar med den heterogena sammansättningen. En fördel upplevdes vara att besparingsförslag sågs mer ur ett landstingsperspektiv och mindre i stuprör än om man t ex hade fört samman opererande verksamheter i samma grupp. Risken då hade varit ett *”tunnelseende, mitt är ju absolut viktigast”*. Chansen till lärande och ökad förståelse för andras verksamhet och landstinget som helhet ansågs också öka i och med detta sätt att organisera arbetet.

Flera stora enheter<sup>33</sup> fanns representerade i flera grupper. Fördelen med att dela upp olika förslag från en verksamhet på fler representanter (t ex gällde detta primärvård, kirurgi och medicin) uppfattades vara att underlaget då blev möjligt att greppa men också som att fler engagerades i arbetet vilket ansågs ha ett värde i sig *”ett konkret gemensamt arbete”*.

Den heterogena gruppssammansättningen fick också kritik av de intervjuade verksamhetsföreträdarna. Kritiken handlade om att det var omöjligt att kunna granska och jämföra så olika verksamheter. Chefer inom servicefunktioner ansåg sig överhuvudtaget inte kunna ha synpunkter på vårdande verksamheter. Hur grupperna satts samman uppfattades också ha blivit avgörande för det gemensamma förslag som gruppen kom fram till. Som liten verksamhet upplevde man sig ha större risk för att inte kunna argumentera för sin verksamhet om man hamnade i en grupp där också stora enheter fanns representerade *”lite grand som fotboll; hamnar man i världsmästarnas grupp då har man väldigt svårt att gå vidare”*. Till exempel uppfattades besparingsmarginalen skilja sig åt för primärvård i tätort och glesbygd.

Vissa gruppdeltagare kunde uppfattas som för lierade med varandra *”grabbarna i gänget”* vilket ansågs ha påverkat diskussionsklimatet och möjligen också ställningstagandet till varandras förslag. Andra intervjuade verksamhetsföreträdare uppfattade parterna som jämlika utan att någon dominerade gruppen. En del hade blivit utvalda, inte för sin kännedom om verksamheten utan för att de uppfattades som värtaliga och kunde argumentera mot besparingar i den egna verksamheten.

---

<sup>32</sup> Se vidare: Kapitel 2

<sup>33</sup> Det var företrädelsevis stora enheter som delades upp på flera grupper men i vissa fall kunde detta gälla också mindre men heterogena enheter. Argumentet var då att en representant inte kunde greppa alla olika enheter inom verksamheten.

Allmänt ansågs vissa förutsättningar underlätta deltagandet i den horisontella gruppen; om deltagaren hade vana av prioriteringsarbete, vana att tänka på värden i helheter och team samt tidigare erfarenhet av den nationella modellen.

Verksamhetsföreträdarna tog också upp att eftersom varje representant var unik kunde deltagarnas inte ersättas t ex vid sjukdom vilket gjorde att vissa verksamheter kunde stå utan representant vissa mötesdagar. När det gäller gruppernas sammansättning kunde det finnas de som var mycket nöjda med sin grupp men ändå var kritiska till prioriteringsarbetet som helhet *”för mig är det en större fråga än att vara nöjd med den här lilla gruppen”*.

Som det nu var ingick också servicefunktionerna i de horisontella grupperna. Å ena sidan fanns uppfattningar om att detta inte var lämpligt; de skulle ha kommit in i ett senare skede när de vårdande enheternas prioriteringar var klara istället för att ingå på lika villkor i gruppernas arbete. Å andra sidan kunde verksamhetsföreträdarna beskriva det som mycket lärorikt att få insikt i den totala bilden av landstinget, eftersom olika verksamheter ju är beroende av varandra.

#### **5.4 Genomförandet av den horisontella granskningen/jämknigen**

Det fanns i princip fyra olika upplevelser av genomförandet av de horisontella grupperna. Det första spåret är verksamhetsföreträdare som beskrev att de gick in i Fas II med låga förväntningar men som blev positivt överraskade *”förvånad över det starka gehör som arbetet haft så här långt och att det överhuvudtaget var möjligt att göra detta”*. De menade att jämförelserna verksamheter emellan faktiskt kändes möjliga och att insynen i de andra gruppernas material var god. Det horisontella granskningsarbetet beskrevs som att alla försökte ge och ta. Det andra spåret var de som redan innan hade låga förväntningar och menade att dessa också besannades *”är arg över att upplägget varit så dåligt så att de som ogillar prioriteringar har fått vatten på sin kvarn”*. Jämförbarheten ansågs som för låg och granskningen för ytlig för att kunna skapa ett hållbart beslutsunderlag. Tredje spåret står för de intervjupersoner som uppgav sig ha varit alltigenom positiva, såväl före som efter att arbetet slutförts *”klart positiva dagar – det fungerade jättebra”*. Så fanns det slutligen också de som i intervjuerna beskrev att de varit positiva under tiden de horisontella grupperna arbetade men efter att de tagit del av samtligas förslag under Prioriteringsforum hade anledning att vara mer kritiska till hur arbetet i grupperna skötts och de förslag som där tagits fram.

#### 5.4.1 Förklaring av det egna förslaget

En stor del av arbetet i de horisontella grupperna beskrevs ha handlat om att försöka skapa förståelse för de förslag som respektive verksamhet tagit fram. Ibland ledde det, enligt intervjuerna, till att formuleringar i beslutsunderlaget ändrades för att öka tydligheten för politikerna. Detta moment sågs allmänt som viktigt och bra av verksamhetsföreträdarna. Ett problem beskrevs vara när en verksamhetsrepresentant inte var insatt i sitt material och därmed inte kunde motivera sin verksamhets förslag. Samma sak kunde inträffa om representanten inte var verksamhetschef utan utvald på grund av en särskild kunskap som ansågs viktig i de horisontella diskussionerna men som kunde innebära att personen ifråga inte hade kunskap om hela sitt material.

#### 5.4.2 Kollegial granskning av varandras förslag

Ett huvudsyfte med de horisontella grupperna uppfattades vara att verksamhetsföreträdare skulle granska varandras förslag. Vissa menade att detta inte varit möjligt att genomföra på ett seriöst sätt. De intervjuade hänvisade både till bristande underlag och bristande kompetens hos granskaren. De horisontella grupperna fick istället mer formen av förhandlingssituation, menade en verksamhetschef. Från politiskt håll fanns uppfattningar om att man inte kunde ha förväntat sig en granskning riktigt på djupet, vilket skulle kunna ha lett till osämja mellan klinikerna.

Andra verksamhetsföreträdare menade att en granskning ändå skett och att denna kändes meningsfull och kreativ. Var och en av deltagarna ansågs ha ett ansvar att åtminstone försöka sätta sig in i varandras förslag. Någon politiker menade att det kanske till och med var lättare att ifrågasätta andras förslag på ett objektivt sätt än att ta fram förslag om utbudsbegränsningar för den egna verksamheten. Granskningen beskrevs som att man ställde frågor till varandra kring det som upplevdes som oklarheter. Dessa oklarheter kunde gälla:

- faktaunderlaget
- konsekvenserna av förslagen
- i vad mån praxis följde aktuell evidens ”om man inte kan visa att den evidens man påtalar följs i den egna verksamheten är den ju dåligt värd”
- skattningar av olika slag (t ex vad som ingick i kostnadsberäkningar)
- överföringar mellan olika vårdnivåer
- möjligheten att uppnå acceptans hos politiker och allmänhet för förslaget
- möjligheten att realisera besparingen i pengar
- rangordningsgraden
- bakomliggande värderingar<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Exempelvis diskuterades vad det är som definierar svårighetsgrad av ett tillstånd. Hur ska man t ex se på svårighetsgraden av att förlora håret i dagens samhälle jämfört med för 20 år sedan då hårmodet var ett helt annat?

Det föreföll växla en del mellan grupperna vad som framför allt blivit föremål för granskning. En del beskrev t ex att diskussionen om överföringar mellan verksamheter förekom och kunde leda till större samsyn medan andra upplevde att detta perspektiv saknades helt i deras grupper. Även de etiska diskussionerna beskrevs som bristfälliga *”så där riktigt att fördjupa sig i det, det vet jag inte om vi gjorde”*.

Användandet av den nationella modellen ansågs ha underlättat granskningen av de andra gruppernas förslag. Exempelvis ansågs det inte rimligt om någon uppgett något som lågprioriterat som samtidigt uppgetts ha stor svårighetsgrad, stor patientnytta och stor kostnadseffektivitet. Modellen ansågs också ha bidragit till att man över huvud taget kom in på frågor om patientnytta och kostnadseffektivitet. Nackdelar beskrevs vara att modellen styrde in diskussionerna på enstaka, lösryckta åtgärder istället för patientflöden och helhetsbilder av vården.

I intervjuerna efter Fas I uttryckte verksamhetsföreträdarna en förväntan på granskningsledarna som ledde de horisontella grupperna att de skulle avslöja oseriösa förslag och på så sätt vara en garant för ett bättre resultat. Detta ansågs också ha skett i viss grad, men inte fullt ut. Vissa förslag skulle ha krävt en noggrannare granskning för att avgöra rimligheten, menade någon. De intervjuade som haft en intern granskningsledare i sin grupp menade att det var positivt att han eller hon hade lokal kännedom om landstinget och därmed hade möjlighet till ett större kritiskt granskande av förslagen jämfört med om det varit en extern granskningsledare. De som hade externa granskningsledare tyckte att deras *”neutralitet”* var positivt.

#### **5.4.3 Jämförelse av varandras förslag**

När det gäller möjligheten att jämföra landstingets olika åtgärder och aktiviteter med varandra går uppfattningarna vitt isär. Två huvudspår kan skönjas; att jämförelser mellan verksamheter var möjliga och faktiskt gjordes och att jämförelser var omöjliga och sparbetning klarades ut utan att olika förslag ställdes mot varandra *”det skedde ingen egentlig prioritering”*. De som menade att jämförelserna var möjliga menade att det faktiskt gick att rent mentalt göra dessa jämförelser med varandra *”jämföra fönsterputs och galloperationer för det är ju ändå det som måste göras i ett landsting precis som i vilket företag som helst”*. Å andra sidan ansågs jämförelser omöjliga p g a olikheten i underlagen. I intervjuerna framkom också uppfattningen att det hade varit idealt om alla hade fått jämföra allt med varandra men de intervjuade menade samtidigt att det var omöjligt att mäta med att överblicka ett så stort material (80-90 olika rangordningslistor med många åtgärder vardera).



#### 5.4.4 Justering av rangordning

Rangordningssiffrorna upplevs ha spelat en central roll i diskussionerna i de horisontella grupperna *"siffrorna blev väldigt viktiga"*. Diskussioner kring rangordningen kunde leda till att något fick en *högre* rangordning än det förslag som verksamhetsföreträdaren själv hade med sig till gruppen *"jag hade en del punkter som man ändrade från 8:a och tyckte att det skulle åtminstone vara en 6:a"*. Det kunde också hända, menade de intervjuade, att man omprövade sin egen prioriteringsgrad och justerade den uppåt efter att ha sett de andras förslag. I intervjuerna framkom att man kunde uppleva andras prioriteringar som tveksamt låga men att man inte ville ifrågasätta rangordningen för mycket för att det då skulle öka risken för att man själv måste bidra med en större besparing. Diskussionerna kunde också leda till att rangordningen ändrades så att den blev *lägre* än det ursprungliga förslaget men den diskussionen beskrevs som svårare och också ganska ovanlig (eller t o m obefintlig) *"det är jättesvårt att säga att din sjuva är mindre viktig än min sjuva"*.

#### 5.4.5 Kompletterande arbete

Under de dagar som det horisontella granskningsarbetet pågick uppgav vissa verksamhetsföreträdare att de själva eller andra i gruppen fick anledning att se över sina förslag, t ex kontrollera faktaunderlag eller komplettera med nya kostnadsberäkningar - vilket uppfattades leda till en förbättring av kvaliteten på förslagen.

#### 5.4.6 Konsensusbeslutande

Det förslag som togs fram av respektive grupper till Prioriteringsforum beskrevs ha skett genom konsensusbeslut. Även om det beskrevs som lovvärt fanns det också kritiska röster mot detta med konsensusbeslut vilket upplevdes bädda för att alla eller ingen tog ansvar för de beslut som fattades.

#### 5.4.7 Särskild ordning

Verksamhetsföreträdare poängterade vikten av transparens vad det gäller handläggningen av de verksamheter som lyfts bort från den horisontella granskningen. I intervjuerna poängterades också vikten av öppenhet vad det gäller de förslag dessa verksamheter slutligen tog fram. De intervjuade verksamhetsföreträdarna ville försäkra sig om att det fick konsekvenser (t ex schablonmässiga budgetreduktioner) att inte ha fullgjort sitt uppdrag. Detta sågs som en mycket viktig förtroendefråga. Från tjänstemannahåll beskrevs situationen som besvärlig där de egentligen inte hade några verktyg att tvinga fram ett förslag.

#### **5.4.8 Dokumentation**

Bra teknik ansågs ha präglat dokumentationen i de horisontella grupperna; att kunna följa gruppens beslut på en gemensam dataskärm ansågs underlätta diskussionerna och göra dem tydliga.

### **5.5 Resultatet**

Resultatet av den professionella granskningen beskrevs både i termer av vad processen allmänt fick för effekter och i form av själva produkten av arbetet, d v s de förslag om utbudsbegränsningar som lämnades vidare till Prioriteringsforum och den politiska prioriteringen.

#### **5.5.1 Storleken på gruppernas förslag**

I intervjuerna med verksamhetsföreträdarna under fas I uttrycktes förhoppningar om att detta prioriteringsarbete verkligen skulle kunna leda till en radikal omfördelning av resurser. Det övergripande intrycket bland de intervjuade efter Fas II är dock att förslagen som lades till politikerna blev relativt lika den mer traditionella osthyveln. Skillnaderna mellan verksamheterna uppfattades inte som tillräckligt stora även om en del verksamheter ansågs bidra med mindre sparbetning (ibland vad som uppfattades som oacceptabelt lite), andra med mer (eller t o m vad som uppfattades som nästan hela betinget). I de grupper där vissa verksamheter lyftes ur upplevdes det som oklart om kvarvarande kompenserats med ett minskat beting eller om de fick bära upp ett större sparbetning än om alla verksamheter bidragit. I en del grupper beskrevs att man fick ihop sitt beting endast genom att titta på det som var allra lägst prioriterat (9:or och 10:or) medan man i andra grupper måste gå upp och ransonera ända till prioritet 4:a. En orsak till detta uppgavs ha varit att vissa grupper hade mycket små summor på varje prioriteringsnivå. Förslagets storlek var också olika i den bemärkelsen att omfånget kunde variera från att i princip omfatta endast en patientgrupp/åtgärd till att bestå av *"40 olika besparingspunkter"*.

#### **5.5.2 Karaktären på förslagen**

De förslag som lämnade varje horisontell grupp tillskrevs av de intervjuade verksamhetsföreträdarna en mycket stor betydelse för den kommande politiska beredningen. Eftersom alternativa förslag som valts bort inte redovisades menade de intervjuade att politikerna skulle ha mycket små möjligheter att ifrågasätta förslagen. Förslagen kunde därför i princip betraktas som beslut redan då de lämnade den professionella granskningen, menade de intervjuade.

En av förhoppningarna som uttrycktes av verksamhetsföreträdare inför den horisontella granskningen var att arbetet skulle komma att omfatta flera aktiviteter (effektiviseringar, ransoneringar m m) ”att ta ett helhetsgrepp på ett annat sätt än tidigare”. Andra beskrev helt motsatt förhoppning; att förslagen som skulle presenteras för politikerna enbart skulle handla om bortval utifrån vad som var mer eller mindre viktigt att göra, ”att tvingas fundera över patientnyttan”. I intervjuerna efter att den horisontella granskningen genomförts beskrevs snarast den första förväntningen ha införlivats. Förslag som innebar rena överskjutningar togs bort i vissa grupper (utan att de aktuella verksamheterna kände sig tvingade att avstå något annat som kompensation) men upplevdes ha passerat i andra grupper. De som var kritiska till effektiviseringsförslag menade att endast rena ”bortprioriteringar” baserat på om åtgärderna var kostnadseffektiva eller ej skulle ha fått passera till politikerna. Inte heller skulle förslag i form av strukturförändringar tillåts gå vidare, menade man. Däremot kunde förslag med bortval av hela diagnosgrupper upplevas som acceptabelt.

Vissa menade att det blev för lite av ransoneringsförslag ”en prioritering borde vara att man tar bort något som i och för sig gör nytta men det kostar mer än det smakar”. En annan kritik var att förslagen karaktäriseras av ett kortsiktigt perspektiv på patientnytta där akuta insatser premierades jämfört med mer långsiktiga insatser som t ex folkhälsoarbete.

Slutligen kommenterades att de förslag som lagts hade den karaktären att de kunde användas när verksamhetscheferna efter beslut om utbudsbegränsningar skulle upprätta sina verksamhetsplaner. Detta upplevdes som klart positivt.

### 5.5.3 Kvaliteten på förslagen

Kvaliteten på underlagen som respektive verksamhet hade med sig in i det horisontella granskningsarbetet ansågs växla kraftigt mellan olika verksamheter. Det gjorde att också de förslag som fördes vidare till Fas III var av olika kvalitet, eller skarpt uttryckt ”shit in, shit out”. Kvaliteten på de förslag som gick vidare till politikerna uppfattades dock ha blivit bättre och rimligare efter att ha passerat den horisontella granskningen än om varje verksamhet var för sig hade lämnat in sina förslag.

En kritik handlade om att förslagen kunde ge sken av att vara gediget underbyggda vilket verksamhetsföreträdarna menade inte alltid stämde. Dessutom föreföll förslagen bygga på en solid konsensus bland verksamhetsföreträdarna ”men titta, tio verksamhetschefer från professionen är överens. Det här måste vara av jättebra kvalitet.” Det fanns uppfattningar om att detta skulle komma att invagga politiker och tjänstemän i en falsk trygghet.

#### **5.5.4 Samlade erfarenheter av det horisontella prioriteringsarbetet**

Det horisontella granskningsarbetet beskrevs, liksom det arbete som gjordes i Fas I, av de intervjuade verksamhetsföreträdarna som ett värdefullt lärande. Speciellt tryckte de intervjuade på värdet av att verksamheter mötts i detta arbete. Dessa möten upplevdes ha lett till en bredare förståelse för varandras verksamheter (både mellan olika sjukvårdsområden men också mellan vården och servicefunktioner) men även en ökad förståelse för landstinget som helhet. När man fått perspektiv på vad andra måste försaka kunde en större acceptans för nedskärningar i den egna verksamheten uppnås. Olika föreställningar man haft om sin egen verksamhet i relation till andras uppfattades bli mer realistiska.

Bland dem som var kritiska till hur den horisontella granskningen genomförts fanns ändå en acceptans för ett lärande; att inte allt kunde förväntas fungera på bästa sätt så här första gången som denna typ av prioriteringsarbete genomfördes. Man poängterade värdet av att arbetet skulle följas upp grundligt för att skapa ett lärande till kommande års prioriteringsarbeten.

## 6. FAS III – PRIORITERINGSFORUM

I detta kapitel redovisar vi intervjuerna om det nyskapade forumet för möte mellan verksamhetsföreträdare och politiker, Prioriteringsforum.<sup>35</sup>

### 6.1 Hur har syftet med Prioriteringsforum uppfattats?

Syftet med forumet uppfattades vara att presentera och diskutera de föreslagna bortprioriteringarna men också de inprioriteringar som hade listats. För det stora flertalet av intervjupersonerna stod syftet med forumet helt klart vad det gäller att ta ställning till förslagen om utbudsbegränsningar även om någon politiker initialt hade trott att uppgiften var att de facto besluta om prioriteringarna under själva forumet. Syftet beskrevs framför allt vara att skapa trygghet hos politikerna att de förslag som presenterades var rimliga och att vården skulle fungera trots de utbudsbegränsningar som föreslogs. Att Prioriteringsforum dessutom syftade till att presentera och diskutera inprioriteringar var helt obekant för de verksamhetsföreträdare vi intervjuade. De beskrev det som att de först ”*vid sittande bord*” vid Prioriteringsforumet fick presenterat för sig de förslag till inprioriteringar som fanns ”*som en kalldusch*”.

### 6.2 Underlaget för Prioriteringsforum

Den granskning av förslagen som uppfattades ha skett mellan Fas II och III beskrevs av tjänstemännen som tidspressad. Tiden var för knapp för att ge möjlighet till någon grundligare jämförelse mellan de olika gruppernas förslag och arbetet upplevdes i första hand ha koncentrerats på att försöka sammanfatta förslagen<sup>36</sup>, hitta direkta felaktigheter och att göra språket mer begripligt för politikerna (även om vissa tjänstemän upplevde att en ytterligare förenkling hade behövts). Någon tjänsteman menade att granskningsledarna borde ha engagerats i granskningen eftersom det var de som ansågs ha bäst överblick över materialet och skulle ha haft störst förutsättningar att t ex kalibrera rangordningssiffrorna.

Granskningen ledde till att vissa förslag om bortval togs bort, ett viktigt inslag i arbetet enligt tjänstemännen. Det var t ex förslag där politikerna tidigare beslutat om en satsning (t ex hälsoundersökningar för västerbottningar).

---

<sup>35</sup> Resultatet nedan grundar sig framförallt på intervjuer med de politiker, verksamhetsområdeschefer samt tjänstemän som deltog på forumet. Tre verksamhetsföreträdare har också intervjuats. Också förväntningar på forumet som framkommit i tidigare intervjuomgångar kan finnas med.

<sup>36</sup> Originalmaterialet fanns tillgängligt för de politiker som önskade se det.

I många fall grundades bortvalet av förslag på föreställningar om vad politikerna inte skulle acceptera, menade en tjänsteman.

Såväl politiker, tjänstemän och verksamhetsföreträdarna som intervjuats menade att den politiska nivån aldrig tidigare haft ett bättre beslutsunderlag än det som presenterades på Prioriteringsforumet. Den kritik som fördes fram av verksamhetsföreträdarna var att förslagen som presenterades ibland kunde vara dåligt vetenskapligt underbyggda eller vinklade så att motstridiga forskningsresultat utelämnats.

Det fanns, som vi även sett i tidigare faser, delade uppfattningar bland verksamhetsföreträdarna om huruvida det var bra eller ej att underlaget bestod både av effektiviseringsförslag och ransoneringsförslag, stort som smått *”vi tar ju bort saker hela tiden... varför nu lyfta vissa småfrågor till politiska beslut?”*. Tjänstemännen kunde dock ställa sig tveksamma till på vilka grunder en utsortering av vissa förslag skulle ha skett och hur en sådan *”rensning”* skulle ha mottagits av berörda verksamheter *”vi gör ju smått och stort”*. Skulle verksamheternas arbete i så fall upplevas som underkänt trots att de kanske bidragit med ett större besparingsförslag än andra? Någon politiker upplevde att 50-75 procent av förslagen inte handlade om frågor av politisk karaktär. Nästa gång kanske man kan sortera ut de mer *”politiska frågorna”*, menade denna person. Genom att förslag av helt olika karaktär och komplexitet blandades kunde politikerna uppleva att deras uppdrag var svårt att hantera. Exempel var att teststickor för diabetiker – som visserligen avsåg mycket pengar men som vissa politiker menade kunde ha hanterats av verksamheten – skulle diskuteras vid samma tidpunkt som svåra etiska problem inom intensivvården. Andra politiker argumenterade för att behålla också effektiviseringsförslagen inför den politiska beredningen eftersom även dessa sågs som viktiga för att uppnå en bättre ekonomisk balans i landstinget.

Den huvudsakliga kritiken mot underlagen för Prioriteringsforum, som alla typer av aktörer förde fram, handlade dock om underlaget för inprioriteringar.<sup>37</sup>

### **6.3 Deltagare och roller**

Tre intressegrupper ingick i Prioriteringsforum; de politiska företrädarna, tjänstemän i landstingsledningen samt företrädare för verksamheterna. I intervjuerna beskrevs samfällt vilken rollfördelning som gällde mellan dessa parter.

---

<sup>37</sup> Se vidare: Kapitel 11.

Politikernas uppgift uppfattades vara att inhämta så mycket information och kunskap som möjligt för att kunna fatta de kommande politiska besluten om prioriteringar. Verksamhetsföreträdarna skulle föredra de föreslagna bortprioriteringarna och redovisa konsekvenserna av förslagen. Tjänstemännen skulle bistå med underlag och presentera förslag till inprioriteringar.

Verksamhetscheferna hade själva fått utse representanter vilket de uppfattade som positivt. Däremot framfördes kritik mot att man som enskild chef endast fick delta en av de tre dagarna. Denna indelning, menade de intervjuade verksamhetsföreträdarna, innebar att de endast fick insyn i en tredjedel av förslagen. Tjänstemännen kunde dock framföra att om alla skulle ha deltagit samtliga dagar skulle forumet ha blivit alltför stort (ca 110-140 deltagare) för att en diskussion skulle ha varit möjlig. När nu ett urval måste göras var den bästa möjliga lösningen att sammanföra likartade verksamheter som hade möjlighet att vid behov kommentera varandras förslag, menade en tjänsteman.

Vissa verksamhetsföreträdare i Prioriteringsforum valdes ut av sina chefer med mycket kort varsel. Detta gjorde att flera inte lyckades bli frikopplade från det kliniska arbetet utan kunde vara tvungna att lämna mötet *"folk måste ringa, någon måste springa till operation och fixa någonting, det är inte lätt"*. De hann inte heller sätta sig in i de verksamhetsområden som skulle diskuteras samma dag som de själva deltog. Å ena sidan uppfattades detta minska verksamhetsföreträdarnas möjlighet att kunna bistå politikerna med att skapa bra beslutsunderlag. Andra beskrev att de lagt ner så mycket tid de bara kunnat på att läsa på, särskilt när det gällde förslag som de befarade skulle bli styvmoderligt behandlade (t ex rehabiliteringsfrågor och omvårdnad). Även politikerna uppfattade möjligheten till inläsning av verksamheternas besparingsförslag lite olika; vissa menade att någon tid för förberedelse egentligen inte fanns medan andra talade i uppskattande ordalag om att materialet lämnades ut före forumet.

VO-cheferna tycktes vara de som var minst belåtna med sin roll på forumet, en roll som de själva beskrev som otydlig. En av förklaringarna som gavs var att kommunikationen och informationsutbytet skedde direkt mellan politikerna och de verksamhetsansvariga. VO-chefernas roll beskrevs istället vara att backa upp verksamhetsföreträdarna vid behov och endast i något fall var det VO-chefen själv som föredrog förslaget.

## 6.4 Genomförande av Prioriteringsforum

Den samlade bilden i intervjuerna är att det sätt som Prioriteringsforum genomförts på var ett positivt led i prioriteringsarbetet i Västerbotten. Politikerna uttryckte uppskattning över att ha fått möjlighet att möta verksamhetsföreträdarna direkt. Positiva omdömen framfördes också från verksamhetsföreträdare, som tyckte att den politiska nivån förmådde hantera forumet konstruktivt och att politikerna *"tog befälet"*. Även om samtliga intervjuade upplevde att det var för mycket information, för många detaljfrågor och för kort om tid så fanns ingen påtagligt negativ uppfattning om genomförandet som helhet.

### 6.4.1 Presentation av verksamheternas förslag för politikerna

Att på detta konkreta sätt få presentera förslag till utbudsbegränsningar för politikerna ansåg verksamhetsföreträdarna vara mycket viktigt. Bland annat beskrev de det som viktigt att ha möjlighet att utveckla sina konsekvensbeskrivningar samt att medvetandegöra politikerna om skillnaden mellan efterfrågan och behov. Som exempel nämndes åter provtagning med blodsockertestremсор där man menade att *"befolkningen har en stor tilltro till att om man tar mycket prover så är man en duktig doktor"* trots att kostnadseffektiviteten var tveksam. Evidens och nationella faktaunderlag upplevdes också vara en viktig del av presentationerna.

Den tid (som i intervjuerna uppskattades till cirka 15-20 minuter) som gavs för varje verksamhet gjorde att presentationen blev mycket beroende av om man hade *"talets gåva och kan snabbt formulera välformulerade svar"*, vilket ansågs gynna vissa och missgynna andra. Från politikerhåll ifrågasatte man dock om mer tid hade gett något mervärde - nuvarande tidsutrymme gjorde deltagarna mer fokuserade.

Efter tre dagars dragning, på en tidigare inte upplevd detaljeringsnivå, kunde verksamhetsföreträdare och tjänstemän beskriva politikerna som *"informationsbelastade"*, en bild som politikerna själva instämde i. Trots detta uttryckte de en mycket stor tillfredsställelse med att på detta sätt få presenterat för sig verksamheternas förslag som någon kallade för *"briljanta föredragningar"*.

### 6.4.2 Frågestund för politikerna

De frågor som politikerna ställde kring verksamheternas förslag upplevdes av verksamhetscheferna som vettiga *"jag var imponerad över vissa saker"* och handlade om att få olika tillstånd förklarade för sig, omfattningen av insatsen (hur många patienter som berörs), eventuella överföringar mellan verksamheter eller mellan landsting och kommun samt kostnader för åtgärder.



Även om verksamhetsföreträdarna upplevde att mycket fick passera okommenterat så upplevdes politikerna som klokt ifrågasättande på andra områden. Det kunde t ex gälla hur ett konkret förslag skulle realiseras och i vilken mån det verkligen skulle ge den besparing cheferna kalkylerat med *"hur vet vi att det här förslaget innebär de procent, nedprioriteringar, som ni pratar om?"*.

Politiker och tjänstemän beskrev också att det var konsekvenserna för befolkningen som politikerna fokuserade på *"vad kommer vi att mötas av för frågor från medborgarna?"*. I intervjuerna framkom skillnader mellan politiker och verksamhetsföreträdare i synen på vad som utgjorde en viktig fråga och som krävde uppmärksamhet. En politiker ansåg att man ägnade timmar åt att diskutera sådant som inte gav några pengar medan saker som beslutsfattarna inte greppade, som var lite komplexa, bara bockades av i all hast. Politikerna borde istället ha fokuserat på det som de var osäkra på, menade en tjänsteman. Tjänstemännen menade att det blev en del frågor och diskussion kring eget ansvar och gränserna för det offentliga åtagandet. Politikerna ifrågasatte också hur svårighetsgraden för olika tillstånd bedömts. Verksamhetsföreträdarna noterade att politikerna oftare upplevde tillstånd som svårare än vad verksamhetscheferna gjorde (t ex tandreglering hos barn).

Bland tjänstemännen beskrevs känslan av att politikerna undvek svåra etiska bortvalsfrågor som kunde leda till politisk debatt (t ex *"sådant som att bara få hjälp med det ena örat"*). Någon politiker hade en annan bild och menade att svåra etiska frågor lyftes upp i Prioriteringsforum, frågor som annars aldrig kommit upp på deras bord.

Aktiviteten bland politikerna på forumet växlade. Både verksamhetsföreträdare, tjänstemän och politiker, påpekade att majoriteten höll en låg profil. Tjänstemännen noterade i det sammanhanget att landstingsstyrelsens ordförande inte var närvarande vid Prioriteringsforum och det fanns ingen annan från majoriteten som axlade den rollen. Allt eftersom forumet pågick upplevdes dock föreställningar komma på skam om att man som politiker skulle bli ställda mot väggen och tjänstemännen upplevde att aktiviteten bland politiker blev högre och mer jämnt fördelad mellan partierna dag tre. Politikerna förklarade sin tystnad med att diskussionen ibland handlade om detaljfrågor där de inte hade tillräcklig kompetens att kunna ställa frågor. Andra orsaker till att politikerna inte ifrågasatte förslag i större utsträckning, menade de var att de litade på att verksamhetsföreträdarna lagt seriösa och genomförbara förslag eftersom de själva ju skulle realisera besparingarna.

### 6.4.3 Professionell granskning

I Prioriteringsforum fanns enligt verksamhetsföreträdarna inget formellt uppdrag till dem att kritiskt granska varandras förslag. I de fall de upplevde sig kunniga på andras områden förekom dock en viss kritisk granskning av fakta som presenterades, vilket verksamhetsföreträdarna upplevde som viktigt. Det kunde t ex handla om patientnyttan med en åtgärd vad det gällde långtidseffekter *”det verkade medicinskt direkt felaktigt”*.

Ett annat exempel kunde handla om att uppmärksamma politikerna på vad ett förslag skulle innebära för en viss befolkningsgrupp (t ex de äldre) om detta inte framgick av förslaget. Verksamhetsföreträdarna hade önskat mer av detta inslag; att mer tid för diskussion hade givits i forumet för att ytterligare höja kvaliteten på politikernas beslutsunderlag.

Ifrågasättandet gällde också de kliniker som under de horisontella gruppernas arbete fått arbeta i särskild ordning eftersom de haft bristfälliga förslag eller helt saknat förslag. Trots dessa särskilda insatser upplevdes deras förslag saknas också under Prioriteringsforum *”jag tror inte det har lämnats något förslag”*.

## 6.5 Resultat av forumet

När huvudlinjerna i prioriteringsprocessen planerades inom landstinget beskrev någon politiker att avsikten var att Prioriteringsforum skulle utmyнна i ett politiskt ställningstagande – men att denna tanke fick revideras. Bland de intervjuade tjänstemännen framfördes synpunkten att politikerna inte var beredda att föra några diskussioner eller förhandlingar sinsemellan inför närvarande verksamhetsföreträdare. Inga formella beslut beskrevs heller ha tagits i anslutning till Prioriteringsforum utan dessa sköts fram till nästa steg i prioriteringsprocessen, den politiska beredningen. Istället uppfattades resultatet av Prioriteringsforum bli av annan art.

### 6.5.1 Politiskt intressanta frågor

Även om politikerna genomgående uppvisade en positiv bild av Prioriteringsforum – somliga var t o m entusiastiska – var de, liksom tjänstemän och verksamhetsföreträdare, medvetna om att det inte blev någon allsidig belysning av alla förslag. Det fanns vissa förslag som av samtliga intervjuade upplevdes ha fått mer uppmärksamhet i diskussionen i forumet och som beskrevs som mer politiskt intressanta än andra förslag.

Bland verksamhetsföreträdarna noterades t ex att politikerna tycktes ha lättare att förstå vissa förslag jämfört med andra typer av förslag.

Vissa verksamheter och tillstånd upplevdes som svårare att förklara vilket kanske, spekulerade verksamhetsföreträdarna, kunde påverka hur väl förslagen kunde accepteras av politikerna. Så framstod det t ex lättare för politikerna att diskutera primärvård än operationer inom slutenvård.

Bland politikerna konstaterades att man bara hann göra vissa ”nedslag” i allt som presenterades. Nedslagen styrdes, menade de, av olika intressen och kunskaper bland politikerna, liksom känslan för vad som kunde bli kontroversiellt och där det fanns starka patientföreträdare. Själva uppfattade de att politikerna visade störst intresse för de förslag som innebar en stor kostnadsreducering. Dessa förslag uppfattades bli mer noggrant penetrerade än kostnadsmässigt mindre förslag.

Det var dock inte alltid uppenbart vilka frågor politikerna ansåg som viktiga, menade verksamhetsföreträdarna. De kunde uppfatta det som att politikerna valde att ”inte visa färg” utan nöjde sig med att lyssna och fråga, för att därefter gå hem till sin kammare och ta ställning. Dessutom noterades bland tjänstemännen att det kunde vara svårt för verksamhetsföreträdarna att tolka politikerna, d v s avgöra vilka synpunkter som hade mest tyngd, vad som kom från majoritet och opposition och vad som speglade osäkerhet och försiktighet jämfört med vad som markerade att politikerna var avståndstagande till ett förslag.

Bland tjänstemännen noterades att det fanns verksamhetsföreträdare med tidigare erfarenhet av prioriteringsarbete –bl a hade de deltagit i arbetet inom Socialstyrelsen – och därför kunde tala med stor pondus. Det medförde att vissa förslag lättare kom att ”köpas” av politikerna, menade de. Verksamhetsföreträdare kunde dock hävda att den muntliga föredragningen egentligen inte spelade så stor roll för vilka förslag som slutligen kom att accepteras – politikerna hade i förväg bestämt sig för vilka områden som skulle värnas. Vissa områden sågs som mer självklart högprioriterade än andra och blev också mindre ifrågasatta, menade en verksamhetschef.

### **6.5.2 Samlade erfarenheter av Prioriteringsforumet**

Även om formella beslut inte fattades uppfattade politikerna Prioriteringsforum som en praktisk grund för den fortsatta politiska beredningen. Genom den handfasta presentationen i forumet beskrev politikerna att de – med hjälp av närvarande tjänstemän – i tanken kunde börja sortera olika frågor i separata kategorier. Det kunde gälla avgiftsfrågor, rationaliseringar, etiskt komplicerade frågor och sådana frågor som krävde dialog med länets kommuner. Politikerna upplevde att de fick nödvändig insikt i förslagen till bortprioriteringar, förslag som visade på komplexiteten inom landstinget, t ex att pengar som kan sparas på ett håll kan dyka upp som kostnad på ett annat håll.

Både politiker och tjänstemän uttryckte det som att forumet var en viktig trygghetsskapande punkt i prioriteringsprocessen.

Prioriteringsforum hade syftet att skapa förtroende mellan politik och verksamhet och var därmed en förutsättning för vidare beslutsfattande, menade en tjänsteman. Politikerna menade att de i Prioriteringsforum inte förde diskussioner sinsemellan, utan frågorna riktades till verksamhetsföreträdarna och diskussionerna gick mellan dessa två parter. Detta uppfattades både av tjänstemän och politiker som en viktig markering – politisk oenighet i detta skede hade lätt kunnat sända fel signaler ut i verksamheten och hade kunnat orsaka svårigheter i den politiska beredningsfasen.

Både politiker och tjänstemän beskrev Prioriteringsforum som en fortsättning av motivationsarbetet kring varför prioriteringsarbetet behövde göras. Politikerna beskrevs av tjänstemännen som mycket konsekventa och tydliga; det var frågan om ett reellt omfördelningsarbete, där verksamheterna skulle komma att vinna respektive förlora olika mycket. Att denna bild ytterligare befästes ansågs av båda dessa parter som ett viktigt resultat av forumet.

Utöver information om förslagen till utbudsbegränsning tyckte politikerna också att det var värdefullt att verksamhetsföreträdarna förde fram synpunkter på prioriteringsarbetet i sig. Till exempel poängterade man från verksamhetens sida vikten av att besluten om bortvalen noggrant skulle följas upp annars fanns risk för att verksamheterna slentrianmässigt fortsätter utföra även det som skulle väljas bort.

## 7. FAS IV – POLITISK BEREDNING OCH BESLUT

Cirka fem månader efter att verksamhetsföreträdarna fick uppdraget med de vertikala prioriteringarna, tog landstingsstyrelsen beslut om omfördelning; vilka utbudsbegränsningar som skulle ske och vilka motsvarande inprioriteringar som skulle göras.<sup>38</sup> Nedan beskrivs uppfattningar om fasen med den politiska beredningen och beslut så som det uttryckts i intervjuerna med politiker, tjänstemän och i viss mån med verksamhetsföreträdare.

### 7.1 Syfte

Bland både politiker och tjänstemän fanns uppfattningen att syftet med den politiska processen som föregick landstingsstyrelsens beslut var att, över partigränserna, skapa enighet om förslagen till utbudsbegränsningar och inprioriteringar. Detta beskrevs i intervjuerna som en av utgångspunkterna för hela prioriteringsarbetet som det tidigt fanns en överenskommelse om. Det viktigaste syftet med den politiska beredningen, menade en politiker, var att värna genomförandet av prioriteringsprocessen och ge den så stark trovärdighet som möjligt.

### 7.2 Underlaget

Liksom de tidigare intervjuerna fanns det också i den sista intervjuomgången en del invändningar mot de beslutsunderlag politikerna fått, nu uttryckta av politikerna själva. Det gällde t ex det ojämna faktaunderlaget och blandningen av vad som beskrevs vara ransonerings- och effektiviseringsförslag. Bland tjänstemännen framfördes synpunkten att underlaget dock hade blivit bättre och bättre under arbetets gång.

Politikerna uppfattade att tjänstemännen gjorde en viss bearbetning av förslagen under själva Prioriteringsforum. De exempel som gavs i intervjuerna kunde t ex gälla vissa förslag om avgiftsbeläggning som togs bort p g a någon lagstiftning som omöjliggjorde avgift. Bland tjänstemännen framkom uppfattningen att det material som utgjorde underlag för den politiska beredningen kunde ha utvecklats ytterligare - det var främst brister i förberedelserna av listan för inprioriteringar som åsyftades.

---

<sup>38</sup> Resultatet nedan grundar sig framförallt på intervjuer med politiker och tjänstemän som genomfördes efter att landstingsstyrelsen fattat sitt beslut, men också förväntningar på den politiska beredningen och beslut som framkommit i tidigare intervjuomgångar kan finnas med.

I intervjuerna med politikerna framkom problem med att hantera det enormt stora beslutsunderlaget i datorprogrammen. Överskådligheten ansågs låg med risk att tappa bort de viktiga frågorna och behöver utvecklas till kommande års arbete, menade politikerna.

### **7.3 Deltagare och roller**

I och med detta prioriteringsarbete upplevde de intervjuade politikerna att de skapade en ny politisk ordning som innebar arbete över block- och partigränser. Det sätt man arbetade på (beredning i den politiska styrgruppen) skapade en ny känsla för politiker från andra partier, menade politikerna. Trots att de hade olika bevekelsegrunder och intressen, lärde de känna varandra och fann att de i mångt och mycket stod på samma värdegrund. En politiker uttryckte detta så här: *”Under den här prioriteringsprocessen så tyckte jag också att jag fick lära känna mina motståndare utifrån ett annat perspektiv som också har varit nyttigt och som har känts väldigt positivt”*. Genom att koncentrera den politiska processen till partiernas gruppleddare var det möjligt att på begränsad tid finna praktiska lösningar, menade de. En brist upplevdes vara att de politiker som ej deltagit i Prioriteringsforum – men ändå förväntades delta i landstingsstyrelsens beslut om prioriteringar – var mindre insatta *”många har känt sig utanför den politiska beredningen”*.

Som deltagare i Prioriteringsforum kunde de intervjuade politikerna beskriva att de också fick en annan roll gentemot sin egen partiorganisation i det fortsatta arbetet. De blev den samlade kraften i partigrupperna, de som gav information och som förklarade förslagen. *”Utifrån den kunskap som vi hade från Prioriteringsforum kunde vi svara bättre på de frågor som de andra ledamöterna i min grupp hade så att de också skulle känna sig delaktiga i det här.”*

Bland tjänstemännen framfördes ett visst tvivel kring i vilken mån de politiker som deltog i Prioriteringsforum lyckades överföra den kunskapen till sina partikollegor eftersom dagarna var så faktaspäckade.

En varierande grad av förankring i den egna partigruppen och/eller fullmäktigegruppen beskrevs dock. Det kunde t ex handla om att ha en genomgång av den information de fått på Prioriteringsforum och diskussioner kring vilka frågor det egna partiet ansåg viktigt att bevaka i den politiska beredningen. Någon politiker beskrev t o m en hög aktivitet där materialet från Prioriteringsforum delats upp på olika partikollegor och där de viktigaste frågorna vaskades fram och diskuterades i återkommande möten i gruppen.

Att alla partier deltog gav en annan styrka till förslagen även när de skulle upp till politiska beslut, menade politikerna. Deltagarna i den politiska styrgruppen var överens och kunde stå för dessa förslag i styrelsen.

Både tjänstemän och politiker beskrev tjänstemännens roll i denna fas av prioriteringsarbetet som marginell *”processen var renodlat politisk”*.

#### **7.4 Genomförande av den politiska beredningen och landstingsstyrelsens beslutsfattande**

Tjänstemännen beskrev det som att det från början var tänkt att en sedvanlig politisk process med beredning av frågor i olika partigrupper skulle ta vid efter Prioriteringsforum. De menade dock att politikerna själva ville ha en nyordning för att nå fram till ett enigt förslag till landstingsstyrelsen över partigränserna. *”Det är viktigt att vi håller ihop, att vi gör vårt yttersta för att hålla ihop hela vägen. Så att det inte bara är i en inledningsfas och som sedan mynnar ut i något helt annat.”*. Fasen med politisk beredning beskrevs också, av både politiker och tjänstemän, som tidspressad. Mer tid för reflektion hade varit värdefullt, menade de. Politikerna kunde i intervjuerna efterfråga mer tid för förankring i den egna partigruppen medan andra politiker menade att politiska uppdrag bygger på förtroende för de utvalda, att de har partikamraternas mandat i olika frågor och inte behöver förankra alla frågor.

##### **7.4.1 Principer för prioritering**

Politikerna beskrev det som att de bestämde sig för att de inte kunde prioritera bort åtgärder som var högre prioriterade än rangordning nio, en strategi som också de intervjuade verksamhetsföreträdarna noterat *”de tog inte-göra, tiot och nior och så drog de ett streck där”*. Politikerna kunde dock uttrycka en tveksamhet kring i vilken mån rangordningssiffrorna verkligen kunde jämföras. Verksamhetsföreträdarna instämde i denna kritik och menade att politikerna gjort det för lätt för sig genom att gå strikt efter rangordningssiffrorna. Politikerna menade dock att något annat förfaringssätt inte var möjligt med den tid som stod till buds *”det blir för svårt helt enkelt”* utan de valde att lita till att en kalibrering skett under arbetets gång *”tilltron till verksamheten måste vara stark”*. Politikerna menade dessutom att de inte heller hade förutsättningar att till fullo förstå alla medicinska bedömningar utan i stor utsträckning fick lita till den professionella bedömningen.

##### **7.4.2 Förslag som inte accepterades**

Det fanns vissa frågor som politikerna beskrev att de snabbt identifierade som omöjliga att sluta upp kring. Dessa förslag kom inte upp på landstingsstyrelsen möte.

Det gällde t ex förslag om avgiftshöjningar på områden där det finns starka patientföreträdare eller där konsekvenserna blir särskilt kännbara för invånare i länets inlandskommuner. Det tydligaste exemplet beskrevs vara förslaget att höja åldersgränsen för mammografiscreening, vilket politikerna menade mötte ett enat politiskt motstånd. Det var inte så att den medicinska bedömningen ifrågasattes utan tryggheten för kvinnor att ingå i ett screeningprogram menade man vägde tyngre i ett politiskt perspektiv än kostnadseffektivitetsargument. Ett annat förslag som togs bort var att minska antalet feriejobb i landstinget vilket ansågs arbetsmarknadspolitiskt oklokt. Politikerna beskrev denna process med bortval av förslag som ett givande och tagande som i princip fungerade ”förvånande” bra.

#### **7.4.3 Förslag för vidare politisk beredning**

Ambitionen var att komma överens och därför lyftes en del förslag ut för att hanteras i särskild ordning senare – detta var en metod för att behålla enigheten över partilinjerna menade politikerna. Orsaken till att politikerna bedömde att vidare beredning behövdes uppgavs vara att de såg det svårt att få en acceptans för vissa frågor bland befolkningen och att de också själva kände sig osäkra värderings- eller faktamässigt. Politikerna beskrev också att en grupp förslag fördes åt sidan för fortsatt hantering i diskussioner med länets kommuner. Det gällde, menade de, sådana förslag som har konsekvenser för den framtida gränsdragningen mellan huvudmännen och som inte ensidigt kan beslutas av landstinget. Det fanns också förslag som politikerna uppgav att de skickat tillbaka till verksamheten för fortsatt handläggning. Ett exempel var förslaget att förändra behandlingspraxis så att inte behov av intensivvård uppstår där förutsättningar för ett meningsfullt liv saknas – en fråga som politikerna menade att de inte ensamma kunde avgöra. Ett annat sådant exempel gällde peruker för cancersjuka.

När det gäller dokumentationen av den politiska beredningen framfördes synpunkter från de intervjuade politikerna att mer av diskussionerna skulle ha dokumenterats eftersom vissa överenskommelser i beredningen inte uppfattades ha fullföljts till landstingsstyrelsen ”så sa vi väl inte?”.

Beredningen av inprioriteringar kommenteras under Kapitel 10.

#### **7.4.4 Konsensusbeslutande**

Politikerna uttryckte en stor uppskattning över att samtliga politiska partier lyckats hålla ihop så bra i beredningen inför landstingsstyrelsen. De beskrev att de genom att kompromissa om olika saker kunde uppnå konsensus om hur förslaget till landstingsstyrelsen skulle se ut.



I tidigare intervjuomgångar hade bl a verksamhetsföreträdare uttryckt en oro för att partifärg skulle komma att spela en alltför stor roll och göra att det skulle bli svårt för politikerna att enas kring ett beslut om utbudsbegränsningar och inprioriteringar. Verksamhetsföreträdarna menade att en politisk enighet var en viktig förutsättning för att utbudsbegränsningarna ska få genomslagskraft och accepteras ute i verksamheterna.

#### **7.4.5 Beslut i landstingsstyrelsen**

Mycket lite sägs i intervjuerna om själva beslutsförfarandet i landstingsstyrelsen. Den dominerande bilden är att det var en ren formalitet utan diskussioner *"när vi kom till landstingsstyrelsen var vi klara liksom"*. Vissa tveksamheter framfördes i intervjuerna med politikerna till att vissa förslag ändrats från det att de bereddes av politikerna tills de presenterades på landstingsstyrelsen. Kring dessa frågor uppstod viss diskussion. I den första intervjuomgången med verksamhetsföreträdarna uttryckte flera att om politikerna verkligen skulle komma att lyckas ta beslut om bortval sågs detta som en positiv *"fantastisk"* ny händelse i vården *"har nästan aldrig varit med om det"*. Både tjänstemän och politiker poängterade vikten av att politikerna, både majoriteten och alliansen tillsammans, faktiskt fattade eniga beslut *"det hade bara behövts att någon hade sagt att det här funkar inte ... det här är vi inte beredda att kompromissa om"*. Detta beskrevs som något helt nytt och unikt men som borde kunna ske i frågor av den här digniteten.

### **7.5 Resultatet**

Den samlade bilden från samtliga intervjuade, såväl politiker, tjänstemän som verksamhetsföreträdare, är att Västerbottens prioriteringsarbete har resulterat i ett beslut om resursfördelning i landstinget som vilar på en stadigare grund än tidigare år. Även om besluten om utbudsbegränsningar och inprioriteringar sågs som en viktig del av resultatet i Västerbotten lyftes också andra erfarenheter upp som minst lika viktiga, av samtliga parter.

#### **7.5.1 Beslutet om omfördelning**

Det politiska beslutet beskrevs innebära både bortprioriteringar och inprioriteringar, både effektiviseringar och ransoneringar (och några strukturförändringar). Arbetet ansågs å ena sidan ha haft stora vinster i och med att man identifierat åtgärder som utfördes av gammal vana och rutiner snarare än för att de har stor patientnytta. Å andra sidan uttrycktes besvikelse över att utfallet uppfattades påminna om den vanliga osthyvel-taktiken när det gäller skillnaderna mellan de olika verksamheternas bidrag till omfördelningen. Verksamhetsföreträdarna kunde i intervjuerna uttrycka en önskan om ännu större skillnader i storleken på sparbetning.

Flera politiker betonade att beslutet i landstingsstyrelsen inte på något sätt innebar en slutpunkt för arbetet. Det framstår som viktigt att ha bra uppföljningssystem, dels för att se om bortprioriteringarna kan realiseras i form av besparingar och dels för att följa upp konsekvenserna för patienter och allmänhet. För trovärdigheten i prioriteringsarbetet poängterade både politiker och verksamhetsföreträdare att vikten av att verksamheterna verkligen genomförde de beslut som politikerna kom fram till.

Bland de intervjuade politikerna uttrycktes dock en viss skepsis angående möjligheten att kunna realisera alla förslag om bortprioriteringar. Ekonomin ansågs som svårstyrd av flera skäl. Enstaka behandlingar/patientfall kan bli mycket kostsamma och omkullkasta ekonomin. Nya behandlingsmetoder är ofta mycket dyra. Förslag om att ta bort enstaka åtgärder kunde innebära att egentligen bara en liten del av en tjänst motsvarade denna kostnad, menade en verksamhetsföreträdare. Det innebar i praktiken att man troligen skulle komma att ha samma personal och lokaler kvar eller att någon annan personalkategori tas bort än den som utför aktuell åtgärd *”det går inte att ta bort en undersköterska så vi får baka in det i läkarsekreterartjänsten vi tar bort”*. De som lagt förslag om bortval av åtgärder man redan slutat med sedan tidigare beskrev också uppenbara problem att realisera sin budgetminskning. Själva prioriteringsarbetet i sig sågs som så administrativt kostsamt att nyttan med omfördelningsarbetet troligen minskade.

Såväl politiker, tjänstemän som verksamhetsföreträdare kunde allmänt beskriva att vården är svår att styra med alla starka professionsföreträdare som önskar självstyre varför följsamheten till beslutet kan komma att svikta. Förhoppningen bland verksamhetsföreträdarna var att *”landstingsledningen nu skulle kunna ha bättre kontroll”* på att verksamheterna verkligen upphörde att göra de saker som beslutats om likväl som att de nya resurserna inte försvann i *”svarta hål”*.

### **7.5.2 Samlade erfarenheter av hela prioriteringsarbetet**

I alla intervjuomgångar har verksamhetsföreträdare, politiker och tjänstemän tagit upp att det viktigaste med detta prioriteringsarbete inte har varit att nå en optimal resursomfördelning utan det viktigaste var att skapa en process som upplevts rättvis och som vann uppslutning. Sammantaget ansåg de intervjuade att man lyckats skapa en hållbar prioriteringsprocess som, med vissa korrigeringar (större eller mindre – här varierade synpunkterna), går att upprepa. Politikerna poängterade att oavsett vilken process eller metod som väljs för ett prioriteringsarbete, så har alla sina för- och nackdelar. Framgången, menade de, ligger i hur beredd en organisation är att hantera problemen när de uppstår.

Det viktigaste resultatet ur politisk synvinkel menade de var att landstinget nu hade fått igång en diskussion om prioriteringar bland politikerna och att politikerna tagit ett enat ansvar både för bort- och inprioriteringar ”*vi (politikerna) har lärt känna varandra och se att vi står ju på något sätt på samma värdegrund*”. Det politiska förtroendet hos verksamheten har också ökat, menade de intervjuade.

Lärandet kring arbetssättet ansågs allmänt i den avslutande intervjuomgången ha spillt över också på andra områden ur ett landstingsledningsperspektiv, t ex vad det gäller hur man kan arbeta med planering och uppföljning. Tjänstemännen beskrev det som att arbetet överhuvudtaget lett till en ökad systemförståelse både i verksamheten och bland politikerna; ökad insikt i vad prioriteringar är och ökad insikt i vad evidensbaserad vård innebär ”*den stora vinsten ligger på kompetensutvecklingsplanet*”. De ansåg att chefer och övrig personal hade blivit mer medvetna om att resurserna inte är obegränsade ”*vi har etablerat ett tankesätt att fundera över vad som är minst viktigt och att sätta det i relation till andras verksamhet*”.

Politikerna menade att prioriteringsarbetet fört med sig att andra viktiga frågor rests som de behöver arbeta vidare med t ex svåra etiska överväganden och samarbete med kommunerna.

## 8. ANSVARSFÖRDELNING

Hur såg de intervjuade i Västerbotten på sitt och andras ansvar för prioriteringsarbetet? Var det rimligt eller ej? Hade ansvaret förändrats jämfört med hur prioriteringar och resursfördelningar tidigare hanterats? Den senare frågan visade sig inte så lätt att besvara för verksamhetsföreträdarna. De kände sig nämligen osäkra på var ansvaret för olika beslut om resursfördelning tidigare legat.

### 8.1 Verksamhetschefernas ansvar

Att det är verksamhetschefen som ska ansvara för att ta fram ett beslutsunderlag till de vertikala prioriteringar i den egna verksamheten uppfattades som helt självklart av de intervjuade verksamhetsföreträdarna. Trots detta fanns också uppfattningen att detta ansvar blivit orimligt stort i och med att cheferna inte haft en ärlig chans att ta fram hållbara underlag på så kort tid. Andra menade att det var ansvaret för personalens oro i detta arbete som kändes orimligt tungt *"hur ska man hantera neddragningar och oro ovanpå alla andra påfrestningar verksamheten har?"* och där mer tjänstemannastöd hade behövts.

Det kunde också uppfattas som positivt av verksamhetsföreträdarna att alla fick ta sin del av ansvaret; att inte kunna komma och *"klaga"* i efterhand eller att vara kritisk till prioriteringsarbetet om man inte själv hade ett bättre alternativ. En annan uppfattning var att vertikala prioriteringar borde skötas nationellt i form av riktlinjearbete. Att ansvaret läggs på verksamhetsnivå i olika landsting ansågs bädda för olikheter i vården.

Det fanns en uttalad kritik bland verksamhetscheferna mot att ansvaret för bortprioriteringar tryckts nedåt i organisationen och att det horisontella prioriteringsarbetet i så stor utsträckning lagts på verksamhetschefsnivå och inte på en högre chefsnivå. Verksamhetschefer kunde uttrycka att de fick dubbla roller där de först skulle lägga förslag på utbudsbegränsningar i den egna verksamheten och sedan vara med och besluta om huruvida deras egna förslag skulle klubbas igenom också i relation till andras förslag. Detta beskrevs i intervjuerna som en gisslansituation *"liksom halshugga oss själva"* och innebar ett större krav på lojalitet gentemot landstinget jämfört med om besparingsförslaget kommit uppifrån *"ni har själva tagit fram detta så det måste ni ju acceptera"*.

Att ställa chefer på samma nivå mot varandra att argumentera för sina egna resurser kunde också uppfattas som *"arbetsmiljömässigt oklokt"*. Lojalitetskonflikter mellan den egna verksamheten, den horisontella gruppen och landstinget som helhet kunde skapas. Ansvaret för den kollegiala granskningen kunde uppfattas som rimligt men att det skulle ha slutat där; att ta fram ett diskussionsunderlag och inte ett färdigt förslag till politikerna.

Andra av det intervjuade verksamhetsföreträdarna såg det som positivt att också ha fått ett större ansvar för de horisontella prioriteringarna. Om förslag om utbudsbegränsningar istället kom uppifrån riskerade man en offer-inställning *"det är ju alltid mest synd om en själv"*. I övrigt har flera verksamhetschefer varit delaktiga i flera faser och dessutom haft flera olika roller (varit metodstödjare, ansvarat för sin verksamhets vertikala prioriteringar, deltagit i de horisontella grupperna, i Prioriteringsforum m m) vilket i sig innebar ett ökat ansvar.

Verksamhetschefernas ansvar i detta arbete beskrivs med andra ord ha ökat för de horisontella, klassiskt politiska, prioriteringarna. I intervjuerna med såväl verksamhetsföreträdare, tjänstemän som politiker framkom också den motsatta bilden, att ansvaret minskat. Tidigare har cheferna själva upplevt sig ha fått ta hela ansvaret för eventuella bortval medan ansvaret nu upplevdes delas med politikerna.

## **8.2 Övrig personals ansvar**

Som vi tidigare nämnt har intervjuerna resulterat i mycket olika beskrivningar av i vilken grad verksamheternas personal engagerats i prioriteringsarbetet. Det fanns verksamhetschefer som i intervjuerna uppgivit att de tydligt uttalat för sin personal att det är han eller hon som ensam är ansvarig för det förslag som läggs inför arbetet i de horisontella grupperna och att de själva skulle ta ansvar för att ta fram förslag om övrig personal inte ansåg sig kunna eller vilja delta i detta arbete. Nackdelen med detta var att den personal som inte var engagerade i arbetet inte heller skulle komma att känna något ansvar för prioriteringsprocessen och dess resultat framöver, menade man.

I intervjuerna med tjänstemännen framkom att de i ett tidigt skede av prioriteringsarbetet upplevde att det fanns en drömbild bland personalen att de i och med detta prioriteringsarbete skulle bli avlastade allt ansvar för bortval gentemot patienten *"... då kan vi hålla upp listan för patienten att titta, de (politikerna) har bestämt att vi inte ska göra det här ... fast jag skulle hemskt gärna vilja att jag fick men det är inte mitt ansvar"*.

Redan under den första fasen av prioriteringsarbetet växte dock en insikt fram att man som personal hade ett mer aktivt ansvar än vad man från början kanske tänkt sig, menade en tjänsteman.

I de horisontella grupperna kunde också andra personer än verksamhetschefer ingå. I intervjuerna med verksamhetsföreträdarna uttrycktes tveksamhet till lämpligheten i att lägga ansvaret för det horisontella arbetet på en icke-chefsnivå eftersom dessa personer saknade mandat att ta beslut och kunde sakna överblick över den verksamhet de skulle företräda.

När det gäller beslutet om utbudsbegränsningar uttrycktes kluvenhet bland verksamhetsföreträdare, politiker och tjänstemän om vad som bör bestämmas mer centralt i ett landsting och vad som bör vara långt delegerat. Någon verksamhetsföreträdare menade att det vore rimligt att läkarna har stor beslutanderätt över hur många platser de vill ha på avdelningen och där frågan väcktes om detta beslutsutrymme minskat i och med att politikerna nu gick in och tog beslut om detaljer i vården.

### **8.3 Tjänstemännens ansvar**

Då det gäller ansvaret för prioriteringsarbetet i Västerbotten nämndes ofta tjänstemännens ansvar. Som vi påtalat inledningsvis i denna rapport (se läsanvisning s 7) framgick det inte alltid av intervjuerna vilka tjänstemannafunktioner och på vilken nivå som omfattades av de intervjuades resonemang. Verksamhetsföreträdarna beskrev det i stort som att de uppfattat att tjänstemännen haft ansvar för att planera prioriteringsarbetet och hantera de eventuella problem som kunde uppstå på vägen. Verksamhetsföreträdarna såg detta som mycket viktigt; att t ex se till att det vertikala identifieringsarbetet bedrevs på ett så likartat sätt som möjligt inom alla verksamheter. De menade dock att tjänstemän borde ha tagit ett större ansvar för att granska och bereda verksamheternas besparingsförslag innan dessa släpptes vidare i de horisontella diskussionerna "*ansvar att se till att vi lägger saker på rätt nivå*".

Tjänstemannaansvaret för det direkta prioriteringsarbetet beskrevs på ett sätt ha minskat i Västerbottens arbete jämfört med den bild verksamhetsföreträdarna hade av tjänstemännens tidigare roll. Framför allt gällde detta för det horisontella prioriteringsarbetet. Däremot beskrev verksamhetsföreträdare det som oklart vem som egentligen axlade ansvaret för strategiska framtidsfrågor i detta prioriteringsarbete. Å andra sidan menade alla de intervjuade aktörerna att tjänstemännen sammantaget tagit ett mycket större ansvar än tidigare år för att skapa ett systematiskt sammanhållet prioriteringsarbete. Ansvaret för process ansågs med andra ord allmänt ha ökat.

När det gäller tjänstemännens ansvar kommenterade verksamhetsföreträdarna särskilt VO-chefernas roll i arbetet. Övergripande kommenterade både VO-cheferna själva och övriga intervjuade att de haft en tillbakadragen roll under hela processen *"Det var en svår roll att vara områdeschef i den här processen. Vi hade ju gemensamt tagit beslut i landstingsledningsgruppen att vi skulle köra den här processen å ena sidan, men å den andra var det processledningen som höll ihop den och skickade ut uppdragen direkt till verksamhetscheferna."* De önskade t ex själva (inklusive övriga intervjuade tjänstemän) att de haft en större roll i planeringen av upplägget av hela prioriteringsarbetet *"vi har upparbetade samverkansformer med våra verksamheter på ett annat sätt än ledningen"*.

VO-chefernas ansvar och delaktighet vad det gäller de vertikala prioriteringarna beskrevs av både verksamhetsföreträdarna och av dem själva som om det varierat mycket; från obetydligt *"passiva vidareförmedlare av information"* till mycket aktivt. Uppfattningen fanns att signalen från övriga landstingsledningen var att de skulle dra sig tillbaka lite för att skapa en större delaktighet ute i verksamheten. Verksamhetscheferna hade dock allmänt önskat sig mer uppbackning. VO-cheferna kunde själva beskriva att de stöttat sina chefer på olika sätt under det vertikala arbetet samt hållit sig informerade om de förslag som arbetades fram även om de *"stod litet vid sidan om"* själva identifieringsarbetet. I verksamheter med uppenbara svårigheter att överhuvudtaget ta fram några förslag fanns beskrivningar i intervjuerna om en mer aktiv roll. Bland de övriga intervjuade tjänstemännen fanns också uppfattningen att VO-cheferna skulle ha haft ett tydligare ansvar för samordningen av länsövergripande verksamheter.

VO-cheferna uppfattades ha ett helhetsansvar i landstinget på ett helt annat sätt än verksamhetscheferna. Rimligen borde det därför ha varit de som skulle ha utfört den horisontella granskningen och jämkningen, kunde verksamhetsföreträdare mena å ena sidan. Som det var nu uppgavs det variera mycket i vilken grad de gav sina verksamhetschefer stöd under det horisontella granskningsarbetet. Å andra sidan framfördes uppfattningar som verksamhetsföreträdarna menade talade mot att ansvaret skulle ligga på denna nivå; nämligen att VO-cheferna bedömdes ha sämre kunskap om respektive verksamhet än respektive verksamhetschef.

#### 8.4 Politikernas ansvar

Få åsikter uttrycktes om politikernas ansvar för de vertikala prioriteringarna. Det fanns verksamhetsföreträdare som menade att politikerna egentligen har ansvaret att *"säga till"* verksamheterna vad de inte längre ska göra och därmed ha ansvar för vilka utbudsbegränsningar som ska göras också inom verksamheter. Läkarna skulle inte ha behövt fundera över ransoneringar och bortval och var de ekonomiska gränserna för vården skulle gå *"det är inte deras uppgift"*. Samma person kunde dock säga att politikerna inte bör lägga sig i hur vården utformas på verksamhetsnivå *"vi vill ju inte att de ska vara inne i hur-frågor"*.

Politikerna beskrevs inte heller ha haft någon roll i de horisontella grupperna. Ändå uppfattade de intervjuade verksamhetsföreträdarna att de avvägningar som gjordes där i hög grad var av politisk karaktär. Det gällde t ex avvägningen mellan prevention, akutvård och rehabilitering samt mellan olika samhällssektorer som landstinget har ansvar för att hantera (t ex mellan vård, kultur, kommunikation). I frånvaro av de politiska visionerna uppfattades istället verksamhetscheferna vara tvungna att hantera denna typ av prioriteringar vilket de själva kunde ifrågasätta. Hur politikernas konkreta ansvar skulle ha sett ut i detta skede av prioriteringsarbetet var dock lite oklart för de intervjuade verksamhetsföreträdarna. Någon drog parallellen mellan att chefer uppfattade sig ha en alltför bristande kompetens för att kunna göra horisontella prioriteringar – vilken bristande förmåga skulle inte då politiker ha att göra samma typ av avvägningar menade denne person. Att det däremot var politikernas sak att sedan fatta beslut om bortval och inprioriteringar på vad som beskrevs som en *"mer övergripande nivå"* rådde det samstämmighet om i intervjuerna.

Bilden av huruvida politikernas ansvarstagande förändrats i och med detta prioriteringsarbete är kluven i intervjuerna. Politikerna beskrev en situation där personalen i årtal efterfrågat ett större ansvar från politikernas sida när det gällde begränsningar av vården *"nu får ni bestämma er ... vad vill ni att vi ska jobba med annars kommer vi att jobba ihjäl oss"*. Politiker kunde uppfatta att de faktiskt aldrig tidigare hade fattat något tydligt prioriteringsbeslut. De ansåg därmed själva att ansvaret för prioriteringar i den meningen hade ökat betydligt.

Både verksamhetsföreträdare och politiker ansåg att politikernas ansvarstagande ökat i och med att de fattade så detaljerade beslut *"en demokratisk inkl i verksamheten"*. De kunde dock ställa sig frågande till den ansvarsfördelningen som de ansåg gick stick i stäv med hur den politiska styrningen definierats tidigare i landstinget.



*"Om vi säger att detta är en verksamhetsfråga, då ska vi inte gå in och dutta i det sedan. Det är viktigt. Men det är klart går vi in och lägger oss i detaljfrågor ....., ja men då får vi finna oss i att vi får sitta och fatta detaljbeslut också. Så det är lite grann vårt eget (fel)"* menade en politiker. Ansvar för detaljfrågor i vården ansågs också innebära ett ansvar att följa upp besluten på en hög detaljeringsgrad.

Å andra sidan kunde samma sak beskrivas som ett minskat ansvar i intervjuerna med verksamhetsföreträdare, politikerna själva och tjänstemännen. Politiker uppfattades tidigare ha stått för de horisontella prioriteringarna på ett övergripande plan (mellan olika verksamhetsområden). Deras ansvarstagande upplevdes därför också ha minskats i detta arbete i och med att ansvaret för de horisontella prioriteringarna (i alla fall vad det gäller det lågt prioriterade) delades med verksamheten.

### **8.5 Det gemensamma ansvaret**

När det gäller vem som egentligen är den legitima beslutsfattaren fanns en uppfattning bland alla de intervjuade att ansvaret egentligen borde vara delat. Detta ansvar beskrevs i ganska svepande termer *"för att arbetet ska accepteras krävs att alla tar ansvar"*. På verksamhetsnivå kunde det handla om att det fanns konsensus i de förslag som lagts fram, där ansvaret delades av flera i verksamheten. Det gemensamma ansvaret kunde också innebära att man önskade att politikerna skulle ställa sig bakom de förslag som varje enhet tog fram *"att politiker också måste vara med på det"*.

Några verksamhetsföreträdare poängterade att varken verksamhetschefer eller landstingsledningen ensamma kunde ha ansvar för det horisontella prioriteringsarbetet utan att dessa grupper tillsammans borde ta fram trovärdiga och möjliga förslag till politikerna. Å ena sidan menade verksamhetsföreträdarna att så skett i och med att tjänstemännen granskat och berett underlagen både före och efter de horisontella grupperna medan andra verksamhetschefer uppfattade sig mer utlämnade.

En allmän upplevelse bland verksamhetsföreträdarna var att prioriteringsarbetet i Västerbotten innebar ett steg mot ett ökat gemensamt ansvarstagande för prioriteringar där verksamhet, tjänstemän och politiker arbetade mot samma mål i en annan utsträckning än tidigare *"alldeles utmärkt, om man hittar gemensamma bortprioriteringar"*. Ansvar beskrevs omfatta både själva arbetsprocessen (t ex det gemensamma ansvaret för en konstruktiv dialog) och resultatet av prioriteringsarbetet *"att politiker också måste vara med och fatta beslut i slutändan"*.

Från tjänstemannahåll påpekades att olika staber aldrig tidigare arbetat tillsammans så tätt i någon fråga. Politiker lyfte också fram att de varit delaktiga redan från början och tillsammans med tjänstemännen tagit ansvar för upplägget *"från ax till limpa så att säga"*.

## 9. INPRIORITERINGAR

Genomgående vid samtliga intervjuomgångar har de intervjuade lyft det faktum att inprioriteringar har gått ett annat, i mycket, dolt spår jämfört med framtagande av förslagen till utbudsbegränsningar. *”Varför hade det skett på en toppnivå?”* undrade en verksamhetsföreträdare.

### 9.1. Framtagande av förslag till inprioriteringar

Pusselbiten med att i Fas I även ta fram det som var högt prioriterat uppfattades inte som ett uppdrag av flertalet av de intervjuade verksamhetsföreträdarna, även om det fanns verksamhetschefer som ändå gjort detta arbete. Istället nämnde man det som en klar brist att detta steg saknades i identifieringsarbetet i denna fas. Uppfattningen var att det skulle ha varit positivt om man parallellt med att definiera vad som är lågt prioriterat också definierat det som är högt prioriterat inom varje verksamhet (som borde föras in i vården eller öka i omfattning). Alla aktörer; verksamhetsföreträdare, tjänstemän och politiker, instämde i detta. Det fanns dock avvikande meningar bland tjänstemännen. Risken, menade de, med att lägga ett uppdrag som både omfattade bortval och inprioriteringar skulle vara att mindre energi skulle läggas på att definiera det som var lågt prioriterat *”det är ju mycket roligare att sitta och önska vad man skulle vilja ha pengar till istället för att fokusera på vad vi ska ta bort”*.

Även i intervjuerna efter de horisontella grupperna påpekades att steget med inprioriteringar saknades. Frågan ställdes av de intervjuade hur politikerna skulle kunna veta om det som prioriterades in gav mer patientnytta än det som skulle väljas bort. Politiker och tjänstemän beskrev också klara fördelar med om inprioriteringar genomgått samma professionella granskning som förslagen om utbudsbegränsningar.

### 9.2 Beslut om inprioriteringar

#### 9.2.1 Underlag till Prioriteringsforum

Förslagen till inprioriteringar som presenterades på Prioriteringsforum uppfattades av verksamhetsföreträdarna ha tagits fram på samma sätt som alltid; uppvaktning av röststarka *”några verkliga superklinikchefer”*. Även om tjänstemännen också kunde vara kritiska till hur inprioriteringar hanterats i prioriteringsprocessen menade de att processen inte varit *”helt ad hoc”* utan beretts på olika sätt.

De beskrev t ex att alla högprioriterade förändringar i och med nationella riktlinjer hade sammanställs och chefläkarnas analys kring nya läkemedel och politiska initiativ som det fanns beslut på i fullmäktige hade sammanförts på en lista. En vinst med denna beredning menade de var att omfånget på inprioriteringarna minskade.

Verksamhetsföreträdarna uppfattade inte att något steg med granskning från verksamheternas sida liknande den i de horisontella grupperna var inplanerad från början. Man beskrev dock att VO-cheferna gavs möjlighet att inför Prioriteringsforum granska listan för eventuella behov av kompletteringar men att detta möjliggjordes först efter att kritik framförts. Tjänstemännen beskrev det som att listan då växte avsevärt vilket framfördes viss kritik emot. Kvaliteten på de förslag som tillkom beskrevs nämligen som tveksam eftersom de förslag som lyftes in inte upplevdes vara lika noggrant beredda som övriga förslag *”någon som höftade till att de behövde 14 miljoner till för att följa riktlinjerna”*.

### **9.2.2 Presentation av verksamhetens inprioriteringar för politikerna**

Verksamhetsföreträdarna beskrev det som att de tidigt i detta arbete hade förhoppningar om att kunna lyfta olika problemområden inom vården som behövde förbättras och utvecklas. Ingen av de verksamhetschefer vi intervjuade kände till att det på Prioriteringsforum skulle ske en parallell dragning av inprioriteringar. Politikerna menade att de i vissa fall försökte ställa frågor om mervärdet med nya metoder men deras sammanlagda intryck var att inprioriteringar presenterades högst summariskt och utan egentlig diskussion.

Beträffande förslagen till inprioriteringar kunde politikerna notera att här skulle det bli större summor än vad som skulle täckas av föreslagna bortprioriteringar.

### **9.2.3 Landstingsstyrelsens beslut**

Den politiska beredningen av prioriteringslistan beskrevs som helt dold av verksamhetsföreträdarna. Vissa saker som var föreslagna till inprioritering lyftes bort utan att grunderna för dessa beslut fanns tillgängliga; *”Varför de valde bort det de valde bort? Och varför de tog det de tog, det vet jag inte. I några stycken var det helt obegripligt”*. Detta menade man riskerade leda till bristande förtroende för både administratörer och politikerna. Tjänstemännen beskrev det som ett resultat av någon sorts förhandling mellan alliansen och den sittande politiska ledningen. Politikerna uppfattades också ha en ganska klar bild redan innan detta prioriteringsarbete om vilka områden de såg som högt prioriterade och verksamhetsföreträdarna kunde ifrågasätta huruvida arbetet överhuvudtaget hade påverkat dessa inställningar.

Från tjänstemannahåll upplevde man att den politiska beredningen framför allt fokuserats på inprioriteringar och att dessa diskuterats i större utsträckning än bortvalen. Tjänstemännen kunde instämma i att kriterierna för inprioriteringarna *"var lite luddiga"* men uttryckte också en acceptans för att de var av mer övergripande karaktär, t ex i termer av botande, rehabilitering/habilitering och prevention. Andra tjänstemän menade t o m att inprioriteringarna skett helt dolt och på okända grunder; *"dom argumenten har jag inte riktigt sett... vad säger dom till verksamheten när man t ex valt bort en inprioritering?"*. Kopplingen till riksdagens riktlinjer och den nationella modellen för prioriteringar ansågs som svag.

Politikerna själva beskrev det som att diskussionerna om inprioriteringar bl a handlade om tveksamheter i de underlag som fanns. Exempelvis handlade det om hur man på ett tillförlitligt sätt kan avgöra hur belastade olika verksamheter är och hur stort ett vårdbehov egentligen är. Det uttrycktes bland politikerna en osäkerhet om huruvida inprioriteringarna vilade på en lika solid grund som utbudsbegränsningarna *"det blev väldigt mycket en politisk beredning"* d v s diskussionerna handlade mycket mer om olika politiska värderingar än professionella bedömningar om patientnytta. Arbetet med inprioriteringarna beskrevs också av politikerna som en mycket högre grad av politisk prioritering än bortvalen *"det var verkligen en politisk process"*.

I beredningen inför landstingsstyrelsens beslut beskrev politikerna att de ändrade vissa inprioriteringar och att vissa lyftes bort. Exempel på reduceringar av de ursprungliga förslagen var läkemedelskostnader där politikerna menade att dessa skulle kunna äta upp hela resursen som frigjorts för omfördelning vilket inte ansågs som rimligt. Andra inprioriteringar som diskuterades var fler vårdplatser vilket politikerna såg som lättare att diskutera än ställningstaganden till nya mediciner och sådant som emanerar från nationella riktlinjer *"i praktiken går det inte att säga nej till nya behandlingsmetoder när de kommer på det här viset"*. Helt olika områden ställdes också mot varandra i diskussionen; kultur kontra sjukvård, ett som man beskrev det mycket politiskt adekvat val.

Trots en hel del kritik så fanns det dock intervjuade ur alla kategorier som upplevde att detta sätt att arbeta med inprioriteringar ändå skilde sig mot tidigare sätt. Skillnaden var att olika förslag om inprioriteringar ställdes mot varandra i högre grad än tidigare och mer medvetna val gjordes. Politikerna upplevdes av både tjänstemän och verksamhetsföreträdare ha fått en större beredskap att i framtiden stå emot specifika uppvaktningar utan tänka mer i system. Om man ser till resultatet av inprioriteringarna väckte det ont blod att verksamheter som ställt sig utanför prioriteringsarbetet ändå upplevdes ha tillförts nya resurser *"240 procent utav de inprioriterade medlen lades på de verksamheter som inte lämnat in något underlag"*.

## 10. ÖPPENHET OCH INFORMATION

I det prioriteringsarbete som genomfördes i Västerbottens läns landsting 2008 beskrevs i intervjuerna en uttalad ambition till öppenhet. I detta avsnitt redogör vi för olika uppfattningar om öppenheten och information om prioriteringsprocessen. Vi har valt att redovisa åsikterna om öppenhet och information i två delar: en intern som avser förhållanden inom landstinget och en extern som avser relationen till befolkningen.

### 10.1 Intern öppenhet

Såväl bland politiker som bland tjänstemän och verksamhetsföreträdare framhölls att en ovanligt stor öppenhet mellan olika aktörer inom landstinget var inbyggd i prioriteringsprocessen. Det framgår dock också att diskussionerna mellan olika aktörer styrdes till förutbestämda "arenor", där Prioriteringsforum intog en central plats. Enligt en tjänsteman eftersträvades inte någon ohämmad debatt utan förhoppningen var att kunna begränsa denna till ett fåtal arenor. Tjänstemännen framhöll gärna i intervjuerna att förekomsten av mötesplatser har bidragit till enigheten i landstinget.

En politiker noterade:

*"Det har varit dialog och samarbete i organisationen, och det har fungerat bättre än vad jag trodde när vi satte igång. En prioriteringsprocess kan inte bara göras av politiken eller bara av den medicinska professionen eller bara av administrationen, utan man måste samarbeta."*

Enligt en annan politiker hade förtroendevalda fått en större insyn i verksamheterna än vad de brukade ha. Eftersom öppenhet för denna politiker också innefattar att kunna förstå varför man har prioriterat på ett visst sätt i verksamheten, utmärktes dock inte processen av en total öppenhet. Trots insyn förstod politikern inte hur man resonerat överallt i verksamheten.

När det gällde öppenheten i själva *processen* jämförde verksamhetsföreträdarna med tidigare års budgetarbeten och menade att öppenheten i 2008 års prioriteringsprocess var betydligt större.

Verksamhetsföreträdare som intervjuades i Fas I menade att prioriteringsarbetet medfört att den interna öppenheten "*mellan verksamhet och landstingsledning*" ökat väsentligt. Vissa verksamhetsföreträdare uppfattade dock att prioriteringsprocessen hade ett dolt syfte, nämligen att spara pengar, vilket inte redovisades öppet. Andra verksamhetsföreträdare beskrev emellertid syftet som väldigt tydligt (omfördelning) och väl kommunicerat.

Det fanns också en uppfattning bland verksamhetsföreträdarna att möjligheten att påverka upplägget av prioriteringsarbetet var begränsat och såg i processen *"ett väldigt auktoritärt genomförande"*. De gav bilden av en ledning som inte upplevdes lyssna till sina medarbetare och en situation där verkligt öppen kommunikation saknades. Bland verksamhetsföreträdarna uttrycktes dock förvåning över hur lite opposition mot arbetet som kunde registreras.

Öppenheten kring inprioriteringsprocessen och den politiska beredningen kommenterades också i intervjuerna. Från tjänstemannahåll påpekades att initialt var avsikten att i det senare skedet av prioriteringsprocessen gå ännu längre i riktning mot öppenhet, men att politikerna krävde interna överläggningar utan insyn. Det blev därför inte möjligt att leva upp till ambitionen om en större öppenhet, menade en tjänsteman.

Bland intervjupersonerna framkom uppfattningen att den interna öppenheten främjades av begränsningar i den externa öppenheten. Politikerna noterade frånvaron av *"läckage"* från personalen till media, vilket tolkades som ett resultat av förtroende för prioriteringsprocessen. De menade att det hade varit lätt för verksamhetsföreträdarna att inför den politiska beredningsfasen använda media till att skaffa sympatier hos medborgarna och därigenom sätta press på politiken och göra det omöjligt att enas kring vissa frågor.

Verksamhetsföreträdarna å sin sida kunde betona fördelarna med den politiska enighet som utmärkt prioriteringsprocessen och att arbetet gynnats av att *"vi har sluppit alla politiska utspel (i media) som skapar oreda"*.

Vi registrerade varierande synpunkter på förekomsten av öppenhet mellan verksamheterna. En verksamhetsföreträdare uppfattade öppenheten i Fas I som mindre än väntad och önskade inför framtiden förbättringar i det avseendet: mer diskussioner mellan verksamheter då de vertikala prioriteringarna togs fram eftersom många patientgrupper vårdas av flera enheter och samverkan är nödvändig.

I Fas II beskrev verksamhetsföreträdarna inslaget av öppenhet mellan verksamheter som att enbart visa upp vad som var lägst prioriterat. Insynen inom de horisontella grupperna uppfattades som relativt god, men upplägget medgav att deltagarna endast hade insyn i ett tvärsnitt av landstingets totala verksamhet (det som fanns representerat i respektive grupp). Förslagen som fördes vidare till Prioriteringsforum var tillgängliga för alla medan de som valdes bort inte redovisades öppet och åsikten uttrycktes att det hade varit önskvärt att få tillgång till hela underlaget före Prioriteringsforum. Däremot ansåg de intervjuade verksamhetsföreträdarna att det var rätt att inte kommunicera mellan de horisontella grupperna under arbetets gång för att inte störa processen.

Åsikten bland politiker, tjänstemän och verksamhetsföreträdare var att öppenheten inom landstinget varierat med avseende på i vilken grad samtliga medarbetare gavs insyn i och involverades i prioriteringarna. Det fanns dock ingen tydlig uppfattning bland de intervjuade om detta skulle tolkas som ett problem. Ingen entydig bild framträder heller om orsakerna till variationerna i insyn och deltagande i prioriteringsprocessen.

En politiker såg delaktighet som *"jätte viktig"* eftersom det kan påverka uppslutningen bakom processen medan en annan politiker menade att det inte är ett självändamål att hela personalen ska vara med och diskutera prioriteringar.

De verksamhetsföreträdare som intervjuats och som förespråkade en stor öppenhet gentemot personalen menade att det handlade om att förebygga en *"utanförskapsdiskussion"*. Informationen till personal som inte aktivt deltagit i prioriteringsarbetet beskrevs i en verksamhet ha skett genom att arbetsmaterialet kring prioriteringar löpande lagts ut på intranätet tillgängligt för alla medarbetare att reagera på. Men det förekom också åsikter om att den personal som inte varit direkt inblandad i prioriteringsarbetet inte kände till hur det fortskredit och vilka förslag som tagits fram i den egna verksamheten. En anledning till bristande öppenhet uppgavs vara att verksamhetscheferna inte ville oroa medarbetarna i onödan.

Synen på vilka restriktioner som rådde inom verksamheterna vid genomförandet av prioriteringsprocessen varierade bland de intervjuade. En verksamhetsföreträdare menade att alla fick säga sitt i startskedet men sedan rådde tystnadsplikt för cheferna. En annan representant för verksamheten menade dock att det internt rådde stor öppenhet och att det inte var förbjudet att tala om något, även om det utgick vissa påbud om återhållsamhet i vad som framkom i de horisontella grupperna. En tjänsteman förklarade att det förekom en del oklarheter om huruvida materialet från Fas I och II fick visas upp och i så fall för vem.

## **10. 2 Intern information**

Flera tjänstemän framhöll att landstinget från början (våren 2008) lade sig vinn om att planera och kontrollera kommunikationen om prioriteringsarbetet och i detta ingick att utforma och sprida ett enhetligt *"budskap"*. Informationschefen ansågs här ha haft en central och viktig roll. Tjänstemännen menade också att den kommunikationsgrupp bestående av tjänstemän och politiker som bildats haft stor betydelse för att ta ställning till och utveckla information och öppenhet i prioriteringsarbetet.



Likaså ansåg både politiker och tjänstemän att det var värdefullt att processledningen redan i ett tidigt skede diskuterade med politikerna – inom styrgruppen för Strategiskt vägval – hur ”budskapet” skulle utformas. Kärnan i detta beskrevs ha blivit att prioriteringarna syftade till en omfördelning av resurser för att landstinget skulle kunna möta nya utmaningar inom hälso- och sjukvården. Det fanns åtskilliga bland de intervjuade, både verksamhetsföreträdare, tjänstemän och politiker, som ansåg att det genomtänkta budskapet senare visade sig vara en framgångsfaktor.

Cheferna uttryckte i intervjuerna uppskattning för det stöd de fått från informationsenheten under arbetets gång. Det ansågs dock inte tillfyllest att enbart ta fram ett gemensamt informationsmaterial – det krävdes också en markering av enigheten, menade de intervjuade tjänstemännen. De såg en stor poäng i att för verksamhetscheferna – som skulle ansvara för den vertikala prioriteringen – visa den politiska uppslutningen bakom landstingets ”budskap” och hela prioriteringsprocessen. Deltagandet av politiker från både majoritet och opposition i en tidig pressträff där de förmedlade en samlad bild av syftet för prioriteringsarbetet lyftes i intervjuerna med tjänstemännen fram som en viktig signal också in i organisationen.

Ett systematiskt informationsarbete innebar att cheferna i verksamheten fick riktad information om hur dessa konkret skulle lägga upp arbetet (angående tydlighet i denna information se Kapitel 3). I intervjuerna uttrycks en viss osäkerhet från verksamhetsföreträdarnas sida i vilken mån medarbetare i övrigt kände till den information om prioriteringsarbetet som landstinget publicerat internt. Några tjänstemän påpekade att det varit viktigt att den informationen inte skulle upplevas som en ”reklamkampanj” i avsikt att skönmåla prioriteringsarbetet, utan att det skulle framgå att det också skulle komma att innebära stora ansträngningar för landstingets personal. Vissa verksamhetsföreträdare ansåg dock att landstinget medvetet förmedlat en bild av prioriteringsarbetet som mycket framgångsrikt och att detta påverkade synen på processen (det kunde kännas som om den officiella bilden var den enda som accepterades av ledande tjänstemän och politiker).

Det interna informationsarbetet bestod inte enbart av att forma ett gemensamt budskap och att sprida detta, utan också att ”känna av” hur prioriteringsarbetet fortgick inom verksamheten. Det innebar t ex att metodstödjarna återkommande gav feedback från det vertikala arbetet vilket tjänstemännen upplevde som mycket värdefullt.

### 10. 3 Extern öppenhet

Den syn på extern öppenhet som gavs uttryck för i intervjuerna, särskilt hos tjänstemännen och politikerna, innebar att arbetsgången (processen) skulle redovisas detaljerat för medborgarna i ett tidigt skede och även resultatet när detta förelåg efter det politiska beslutsfattandet. Resultatet i form av listor över åtgärder skulle inte enbart publiceras utan också kunna förklaras och försvaras inför befolkningen, menade en tjänsteman. Detta uppfattades som mycket lovvärt av både verksamhetsföreträdare, tjänstemän och politiker.

En viktig del av strategin för kommunikation ansågs vara kommunikationen med allmänhet och medierepresentanter om prioriteringar. Tjänstemän menade att de uppmanade de förtroendevalda att tänka på konsekvenserna av att diskutera prioriteringar på en alltför hög detaljeringsnivå bland befolkning och media.

Vissa politiker uttryckte i intervjuerna en önskan om att efter Prioriteringsforum kunna ha en öppen diskussion med organisationer och befolkning om konkreta fall - innan den politiska beredningsfasen tog vid. Bakom denna önskan låg dels en demokratisk tanke – kravet på att informera medborgarna - och dels fanns ett pedagogiskt inslag – att låta allmänheten förstå vilka svåra avvägningar politikerna stod inför. Önskemålet om tidiga diskussioner var dock i minoritet varför dessa aldrig kom att realiseras, menade en politiker. I intervjuerna med politikerna framkom att inslaget av återhållsamhet vållade huvudbry för vissa politiker. En politiker berättade om ett besök hos en lokal partiorganisation som upplevdes som problematiskt eftersom det inte fanns mycket att berätta om prioriteringsprocessen – politikern fick lägga band på sig för att inte bli för konkret.

Det var dock inte alla politiker som var störda av restriktionerna - att vänta med att tala konkret om prioriteringar tills beslutsfattandet var klart. En politiker menade att det var en helt naturlig del i ett demokratiskt system, att förtroendevalda hanterar frågorna först och sedan presenterar resultatet.

De politiker som intervjuats var dock alla medvetna om vilka självpåtagna regler som de hade att rätta sig efter. Uttalanden till media reserverades för de arrangerade presskonferenserna och då uppträdde politikerna i enighet. En politiker förklarade skillnaden mellan prioriteringsprocessen och andra situationer så här: *"Vi har varit betydligt bättre på att inte läcka."*

Bland tjänstemännen uttrycktes oro inför risken att massmedia skulle få tag på konkreta förslag till bortprioriteringar i ett tidigt skede av processen. Risken för "läckage" var uppenbar i en så stor organisation. En politiker som blev uppvakad av massmedia men som avstod från att lämna upplysningar, beskrev sin ståndpunkt så här: *"Jag hade en annan uppfattning än media. I en demokrati behövs rådrum i beslutsfattandet, att beredningsstadiet kan respekteras."*

Även verksamhetsföreträdarna var medvetna om att prioriteringsprocessen var omgärdad av restriktioner med avseende på hur och när underlag och resultat skulle kommuniceras. De underlag som togs fram genom den vertikala rangordningen (Fas I) och den horisontella granskningen (Fas II) skulle så långt som möjligt betraktas som ett internt arbetsmaterial och inte spridas till externa aktörer (i första hand massmedia). I intervjuerna uttrycks en stor förståelse bland verksamhetsföreträdarna för detta, då man var orolig att medias uppmärksamhet kunde förstöra arbetet om intresset hade fokuserats på missnöje. Att allmänheten informerades via media om att prioriteringsarbetet pågick, tidsramen och vad landstinget önskade uppnå med arbetet, upplevde dock verksamhetsföreträdarna som viktigt.

Det var förvånansvärt tyst under hela processen, konstaterade samtliga intervjuade och menade att det inte förekom mycket i media och inte heller några utspel från patientorganisationer.

#### **10.4 Extern information**

Vid intervjuerna framkom en proaktiv hållning till extern information avseende prioriteringsprocessen. En strikt planering, var det uttryck som en politiker använde för att beskriva hur landstinget i förväg tänkt igenom hur media och patientorganisationer skulle informeras. Vid de möten med patientorganisationer som genomfördes, beskrev politikerna att de enbart informerade om prioriteringsprocessens syfte och hur den skulle genomföras – en i sig mycket viktig information, menade de.

*"Det var skönt att känna att vi hade diskuterat igenom roller och ansvar",* menade en tjänsteman och syftade på situationen inför den första större presskonferensen om prioriteringsarbetet. Politikerna beskriver i intervjuerna att de accepterat hela ansvaret för att berätta för medborgarna (via t ex media eller organisationer) att landstinget hade börjat arbeta på ett nytt sätt med resursfördelning och hur det skulle gå till. I intervjuerna uttrycks ingen avvikande uppfattning om denna ansvarsfördelning.

En politiker kände förvåning över det svala intresse journalisterna visade för prioriteringsfrågan vid den första presskonferensen som landstinget arrangerade. Politikerna tyckte att det var "*chockerande dåliga frågor*"!

En annan politiker spekulerade i varför det var så tyst från media om prioriteringsarbetet i Västerbotten och undrade om det kunde ha sin grund i att prioriteringarna blev avdramatiserade när landstinget hela tiden berättade om hur processen fortgick. En annan förklaring som lyftes i intervjuerna var frånvaron av "läckage" som gjorde att det inte fanns något kontroversiellt att rapportera. Ytterligare en förklaring handlade om den politiska enigheten eller som en tjänsteman uttryckte det "*den politiska enigheten var ett fantastiskt stöd och en trygghet i hela processen, eftersom det inte gick att spräcka enigheten*".

En tjänsteman ansåg att prioriteringsprocessen var pedagogiskt lätt att förklara eftersom den var upplagd som en omfördelning av resurser där en utbudsbegränsning frigör medel som kan satsas på att utveckla t ex psykiatrik och hjärtsjukvården.

Bland såväl tjänstemän som verksamhetsföreträdare uttrycktes ett visst tvivel om listan över beslutade in- och bortprioriteringar, som presenterades på landstingets hemsida, verkligen var optimal. En verksamhetsföreträdare menade att den borde ha redigerats och bearbetats innan den lades ut till allmänheten bl a för att tydliggöra innebörden av de olika besluten.

## 11. SAMMANFATTANDE BILD AV RESULTATET

Innan vi går över till att diskutera de viktigaste fynden från intervjuerna presenterar vi en sammanställning av de uppfattningar som framförts om prioriteringsarbetet i Västerbotten. Detta görs utifrån de frågeområden vi valt för studien.

### *Syfte och motiv*

- Att genomföra ett prioriteringsarbete i syfte att omfördela resurser, snarare än att göra besparingar, ansågs allmänt som en grundförutsättning för att politiker och verksamhet skulle vilja medverka i arbetet.
- Alla accepterade inte motiven för prioriteringsarbetet; det fanns en icke-acceptans för begränsning av resurser till vården och upplevelsen av att vara självklart högprioriterad enligt riksdagens riktlinjer kunde också leda till att man ställde sig utanför prioriteringsarbetet.
- Omfördelningen berörde alla landstingets verksamheter, ingen var undantagen vilket beskrevs ha skapat en känsla av rättvisa.

### *Fas I – Identifieringsfasen*

- Att organisera det vertikala prioriteringsarbetet utifrån verksamhetsområde uppfattades både som självklart och som begränsande (vårdprocesser upplevdes ha kunnat ge andra typer av förslag till omfördelning).
- Identifieringsarbetet ansågs i princip väl befogat. Ledningens signal om ett pragmatiskt förhållningssätt till faktagranskning och engagemang av övrig personal accepterades av vissa men inte alla.
- Uppdraget i det vertikala arbetet uppfattades olika. Även förslagen som blev resultatet av arbetet upplevdes vara av olika karaktär; effektiviseringar, ransoneringar och vissa strukturförändringar. Vissa tyckte att denna bredare ansats var en bra utveckling av arbetet, andra hade önskat mer enhetliga förslag.
- Den avsatta tiden för prioriteringsarbetet har varit ett återkommande, centralt ämne i våra intervjuer. Den samlade bilden tyder på att den varit för kort. Följden uppfattades bli att ha blivit bristande kvalitet på beslutsunderlagen. Bilden är dock inte entydig; ett visst tempo uppfattas som nödvändigt och mervärdet av ytterligare tid ifrågasätts delvis.
- Att utgå från en och samma prioriteringsmodell uppfattas ha gett en systematik som uppskattats. Den nationella modellen har tolkats på olika sätt vilket minskat jämförbarheten mellan verksamheter. Den uppfattades inte heller som självklart tillämpbar för icke vårdande verksamheter i landstinget.
- Behovet av kunskaps- och administrativt stöd har uppmärksammat (t ex i form av metodstöd) men ytterligare stöd efterfrågas.

- Servicefunktioner hade svårigheter att identifiera sina utbudsbegränsningar innan dess beställare, vårdverksamheten, gjort sina.

### ***Fas II – Horisontell granskning/jämkning i grupper***

- Att arbeta i en heterogent sammansatt grupp upplevdes i och för sig som svårt men också värdefullt för systemlärande om landstinget och som ett led i att stärka acceptansen för en omfördelning av resurser.
- Kriterier för granskning mellan faserna saknades; vilka förslag skulle accepteras och vilka behövde kompletteras eller lyftas bort?
- De horisontella gruppernas förslag upplevdes få en för stor betydelse eftersom mycket lite avfärdades av politikerna. Det ansvar för omfördelningen som därmed kom att ligga på verksamhetscheferna upplevdes av verksamhetsföreträdarna många gånger som orimligt stort.
- Granskningsledarna uppfattades som en garant för kvaliteten i diskussionerna i grupperna och för att grupperna kom fram till ett resultat.

### ***Fas III – Prioriteringsforum***

- Prioriteringsforum uppfattades som en viktig mötesplats mellan verksamhet och politik för att skapa tillit till att prioriteringsarbetet genomfördes på ett rimligt sätt.
- En absolut förutsättning för att komma i mål med prioriteringsarbetet ansågs av alla intervjuade vara den politiska enighet om målet med prioriteringsarbetet som rått under hela arbetet, en enighet som manifesterades på forumet.
- Det var först i och med forumet som inprioriteringarna blev kända för verksamhetsföreträdarna vilket de uppfattade som mycket negativt.

### ***Fas IV – Politisk beredning och beslut***

- Den politiska beredningen skedde över parti- och blockgränser vilket uppfattades som nyskapande och positivt, liksom att beslutet sedan togs i full enighet.
- Kritik framfördes mot att förslagen som politikerna skulle besluta om hade olika karaktär. Vissa frågor ansågs inte vara av politisk karaktär. Andra ansåg att alla förslag hade sitt berättigande också i den politiska hanteringen.
- Flera viktiga frågor lyftes ut för en fortsatt, djupare beredning för att värna enigheten vilket ansågs som ett klokt och viktigt steg.

### ***Ansvarsfördelningen***

- Det gemensamma ansvaret för horisontella prioriteringar bland samtliga aktörer anses ha ökat jämfört med tidigare års resursfördelningar. Samtliga aktörer beskrivs ha fått både ett minskat och ett ökat ansvar. Bara VO-cheferna ansågs totalt sett ha fått ett minskat ansvar vilket framför allt verksamhetscheferna ställde sig kritiska till.

### ***Inprioriteringar***

- En genomgående kritik handlade om avsaknaden av uppdraget att parallellt med att identifiera utbudsbegränsningar på samma ”goda” grunder också identifiera motsvarande inprioriteringar.

### ***Öppenhet och information***

- I intervjuerna framhölls värdet av ett enhetligt budskap om syftet med och genomförandet av prioriteringsprocessen.
- Det material som fanns tillgängligt för verksamhetschefer och politiker upplevdes som ett gott stöd.
- Det uppfattades finnas en tydlig rollfördelning kring intern och extern information.
- En grupp intervjuade – bestående av såväl politiker, tjänstemän som verksamhetsföreträdare - framhåller den ovanligt stora öppenheten mellan olika aktörer inom landstinget som var inbyggd i prioriteringsprocessen – men bilden av en landstingsledning som inte upplevdes lyssna till sina medarbetare och en situation där verkligt öppen kommunikation saknades fanns också bland verksamhetsföreträdarna.
- Öppenheten inom landstinget har varierat med avseende på hur medarbetarna fick insyn i och involverades i prioriteringarna men de intervjuade hade ingen entydig uppfattning om detta bör tolkas som ett problem.
- Omedelbart efter det politiska beslutet fanns listor över dess innehåll tillgängliga, men bland tjänstemän och verksamhetsföreträdare finns ett visst tvivel om landstinget lyckades leva upp till sin ambition att förklara innehållet i listan över in- och bortprioriteringar (framför allt argumenten bakom besluten).
- I ett tidigt skede informerades massmedia om prioriteringsarbetet och politikerna visade i sina externa kontakter upp enighet och undvek att ”läcka” uppgifter under genomförandet av prioriteringsprocessen, vilket de menade hade betydelse för den begränsade massmediala uppmärksamheten kring prioriteringsarbetet i Västerbotten.
- Öppenheten vad det gäller insynen i beslutsunderlagen ansågs inte som fullgod, varken i de horisontella grupperna eller i den politiska beredningen.

## 12. VÅRA SLUTSATSER OCH REFLEKTIONER

Denna studies syfte var att lyfta fram olika sätt att se på prioriteringsarbetet i Västerbotten och vår förhoppning är att den också kan innebära ett lärande om hur ett sådant landstingsomfattande arbete kan uppfattas. Det finns moment i Västerbottens arbete som är helt nya eller genomförda på ett annat sätt än tidigare prioriteringsarbeten i Sverige och därför är av särskilt intresse. Vi menar att det finns lärdomar att dra från processen i Västerbotten, som också andra huvudmän bör reflektera över och själva överväga nyttan av. Vi vill peka på och diskutera några inslag som vi bedömer vara centrala i det sammanhanget.

- Prioriteringsprocessen i Västerbotten bestod officiellt av tre (eller möjligen fyra) olika faser – vi menar att det fanns ytterligare **en förberedande fas** som var nog så viktig där ett centralt inslag var uppslutningen kring **en gemensam problemdefinition**.

I Västerbottens läns landsting hade en probleminsikt om brister i systemet för resursfördelning vuxit fram under lång tid och i landstinget fanns mångårig kunskapsuppbyggnad och praktiska erfarenheter från t ex medicinskt programarbete (Kernell Tolf, Bäckman och Carlsson 2003, Västerbottens läns landsting 2003, Västerbottens läns landsting 2005, Waldau 2007, Lindström och Waldau 2008).<sup>39</sup> Det är rimligt att anta att också erfarenheter som byggts upp nationellt och i andra landsting har påverkat utformningen av arbetet.

När det gäller problemdefinitionen presenterades prioriteringsprocessen i Västerbotten som en omfördelning av resurser, med syftet att säkerställa sjukvårdens utveckling. Detta var mycket viktigt, eftersom det antagligen avdramatiserade företeelsen prioriteringar. Forskning visar att påverkan kan ske genom att individer förmås se på en fråga på ett visst sätt – genom att vissa aspekter betonas och andra undertrycks påverkas opinionen. Fenomenet benämns ”framing” och är vanligt förekommande (Chong och Druckman 2007). Vad som är intressant är att landstinget uppmärksammade frågan om hur ett ”budskap” om prioritering kan utformas och byggde en medveten kommunikationsstrategi kring detta budskap. Intervjuerna visar att också verksamhetsföreträdarna uppfattat detta budskap kring motiven för prioriteringsarbetet (även om motargument och viss misstro till avsikterna fanns).

Vi vill med detta säga att erfarenheterna från Västerbotten tyder på att det inte räcker med att gå direkt på de vertikala rangordningarna.

---

<sup>39</sup> Landstinget hade dessutom byggt in prioriteringar i sin tjänstemannaorganisation genom att tydliggöra uppgiften i en särskild tjänstebefattning (s k prioriteringsstrategi).



Det behövs också en ”Fas 0” för att lägga grunden för uppslutningen kring prioriteringsarbetet. Varje huvudman som tänker sig att genomföra en prioriteringsprocess av Västerbottens omfattning bör ställa sig frågan hur man tänkt sig att skapa tillförsikt både internt i organisationen och externt hos allmänheten. I vilken mån det krävs en längre tid för framväxten av probleminsikt och en ”mognad” inom ett landsting innan man kan gripa sig an att förändra resursfördelningen i riktning mot öppna prioriteringar kan man bara spekulera om – här behövs mer jämförande studier mellan landsting med olika förutsättningar för att kunna dra några slutsatser.

- Ett annat lika centralt och viktigt inslag i förberedelserna för prioriteringsarbetet i Västerbotten var överenskommelsen om **en politisk enighet**.

Att politiker i både majoritet och opposition accepterade problembilden och enhälligt slöt upp kring ett mer öppet och systematiskt sätt att arbeta med prioriteringar på förstärkte tilltron till processen bland medarbetarna i landstinget i Västerbotten. Detta framgår tydligt av intervjuerna.

Den politiska enigheten hade tre olika inslag. För det första enighet om bedrivandet av prioriteringsarbetet och hur arbetsformen skulle se ut. För det andra enighet om vad prioriteringarna skulle syfta till: omfördelning. För det tredje, enighet om resultatet (listorna med in- och bortprioriteringar).

När det gäller den politiska beredningen tyder intervjuerna på att här fanns inslag av både ”konsensusdemokrati” och ”kompromissdemokrati” (Lantto 2005). I den förra är ambitionen att lyssna på relevanta intressen och hitta en lösning som så många som möjligt godtar.<sup>40</sup> I fallet med förslagen till bortprioriteringar valde politikerna att i stor utsträckning lita till verksamhetsföreträdarnas bedömningar. ”Konsensuskapandet” skedde främst genom att kontroversiella förslag lyftes åt sidan – ett klassiskt förfarande för att nå fram till enighet. Däremot tycks beredningen av och beslutsprocessen kring inprioriteringarna ha haft ett inslag av ”kompromisskapande” i form av sammanvägning av olika intressen och åsikter – att ge och ta. Man skulle kunna sammanfatta den politiska hanteringen som att den innehöll ett större inslag av ”konsensuskapande” än normalt men att detta kompletterades med traditionella ”kompromisskapande” åtgärder.

Eftersom landstinget i Västerbotten prövade öppna prioriteringar för första gången var den politiska enigheten internt av synnerligen stor betydelse. Vi måste ändå resa frågan om en sådan enighet enbart är av godo.

<sup>40</sup> I sin yttersta form innebär detta en avpolitisering av beslutsfattandet där besluten i praktiken delegeras till experter.

I ett vidare demokratiskt perspektiv kan enighet ibland uppfattas som något negativt – det försvårar befolkningens ansvarsutkrävande om tydliga alternativ saknas. Ett annat läge uppstår om denna form av resursfördelning skulle bli rutin i ett landsting – då måste processen tåla att olika alternativ öppet ställs mot varandra i den politiska berednings- och beslutsfasen. Enighet eller ej, en politisk uppslutning runt själva processen måste troligen ses som en viktig komponent i ett prioriteringsarbete.

- Det är inte givet att **syftet** med ett landstingsomfattande prioriteringsarbete alltid måste vara omfördelning.

Även om vi bedömer att omfördelningssyftet i Västerbotten har haft en motiverande effekt för viljan att pröva ett nytt arbetssätt för resursfördelning är det samtidigt nödvändigt att påpeka att prioriteringar kan resultera i såväl tillskott, omfördelning som utfasning av aktiviteter. Både riksdagens etiska plattform och den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar är neutrala i förhållande till syftet med prioriteringarna.

I Västerbotten upplevde man att verksamhetsföreträdarna uttalade en stark motvilja mot tidigare års mer traditionella sätt att hantera resursfördelning och att detta inte längre var en framkomlig väg. Att därför förbehålla ett medvetet, systematiskt prioriteringsarbete med ambitionen att skapa ökad insyn endast för omfördelningsarbete förefaller oklokt och dessutom i strid med riksdagens riktlinjer om öppna prioriteringar i vården.

- Den stora innovationen i Västerbotten var att involvera verksamhetsföreträdare i en **gemensam horisontell granskning**<sup>41</sup>, enligt oss ett viktigt inslag för att öka tilltron till beslutsunderlaget.

Tidigare har den horisontella fasen ofta framställts som reserverad för politikerna. En av slutsatserna från studierna av Östergötlands prioriteringsarbete var dock att vårdverksamheternas ansvar för att ta fram gemensamma beslutsunderlag borde kunna öka. Likaså framhölls möjligheten att verksamhetsföreträdare skulle granska varandras underlag, något som antogs kunna öka trovärdigheten och legitimiteten i ett prioriteringsarbete (Bäckman et al 2008). Västerbottens arbete har visat att detta moment var möjligt att genomföra.

---

<sup>41</sup> Man kan lägga synpunkter på om detta skede verkligen innebär en fullständig granskning – mycket kraft i Fas II lades på att uppfylla de ekonomiska ”beting” som varje grupp hade fått sig tilldelat. Fokus uppfattades hamna mycket på pengar och mindre på patientnytta och den etiska plattformen.

Bland verksamhetsföreträdarna framkommer både positiva och negativa förhållningssätt. Till det positiva hör att underlagens kvalitet ökat jämfört med om ingen granskning skett. De som däremot var kritiska mot att delta i detta arbete menade att det inte går att jämföra så olika enheter som det här var frågan om. Ändå görs det redan idag fast av politiker. Att säga att horisontella prioriteringar inte bör ske syns inte som en framkomlig väg i vårt sjukvårdssystem. Frågan hamnar då åter på vem som ska ansvara för dessa.

Argumenten mot att verksamhetsföreträdare skulle delta i horisontellt arbete handlade i Västerbotten framförallt om två saker; bristen på kompetens att granska andras verksamheter samt risken för konflikt verksamheter emellan med försämrat samarbete som följd. Vad det gäller de olika professionernas kompetens måste den ställas i relation till politikernas kompetens att göra motsvarande bedömningar. Kritik har tidigare framförts mot politikernas bristande legitimitet att fatta beslut i en tung kunskapsorganisation varför det är svårt att betrakta de vårdverksammas bristande kompetens som ett argument mot att delta i horisontellt arbete.

Det andra argumentet var att ett horisontellt prioriteringsarbete kan skapa konflikter i verksamheten vilka skulle kunna undvikas om verksamhetsföreträdare hölls utanför arbetet. Västerbotten gav inga tydliga indikationer på att konflikter skapats även om det fanns upprörda röster över kollegornas förslag till utbudsbegränsningar. Det är uppenbart att en prioriteringsprocess med inslag av kollegial granskning kräver en genomtänkt hållning med avseende på graden av öppenhet mellan verksamheter (det är möjligt att det inte finns någon idealisk lösning som tillfredställer alla). Det är långt ifrån säkert att total öppenhet är realistiskt. Samtidigt lyfte många fram vinsterna i att mötas över verksamhetsgränser och att dessa mötesplatser har ytterligare potential att utvecklas till ett forum för att skapa en djupare helhetssyn på landstingets åtagande och möjligheter. Att vara medveten om att en konfliktrisk finns förefaller dock viktigt liksom att, som i Västerbotten, försöka förebygga med umgängeskoder, kompetent mötesledning m m.

Även om vi fortfarande måste betrakta horisontellt prioriteringsarbete som otillräckligt beprövat finner vi i vår studie inget som direkt styrker att verksamhetsföreträdare inte bör delta i horisontella prioriteringar, åtminstone inte när det gäller att ta fram underlagen till politikerna.

Horisontell prioritering tycks indikera att det handlar om prioriteringar där hänsyn måste tas till en så betydande faktagrund och/eller många olika typer av värderingar att en kategori aktörer rimligen inte ensam kan vara ansvariga. Flera måste dela ansvaret för att trovärdigheten i ett prioriteringsarbete ska kunna betraktas som rimlig.

- En annan innovation var ambitionen att skapa intern tillit genom att samla politiker, tjänstemän och chefer från de olika verksamheterna i **en gemensam mötesplats kring prioriteringar**.

Prioriteringsforum prisades av alla intervjuade parter. Det gav nya kunskaper om förhållanden i landstinget, visade vilka överväganden som fanns bakom förslagen och gav trygghet åt politikerna att våga gå vidare. Poängen med forumet var också att det gav verksamhetsföreträdare, ovana att möta politikerna direkt, en känsla för allvaret i situationen och den uppslutning som fanns bland politikerna. Forumet tjänade till att stärka den interna tilliten till processen bland alla inblandade parter. Även de horisontella grupperna var viktiga mötesplatser där deltagandet utgjorde en viktig manifestation från verksamhetsföreträdarna – en uppslutning kring prioriteringstanken (även om några verksamheter av olika skäl inte medverkade).

Det behöver inte finnas någon motsättning mellan ambitionen att klargöra ansvaret för olika aktörer och byggandet av legitimitet för en prioriteringsprocess. I runda tal har tanken på att förtydliga ansvaret för politiker och verksamhetsföreträdare funnits runt om i svenska landsting i 20-års tid – politikerna ska vara befolkningsföreträdare och verksamheten koncentrera sig på det den är bra på – att producera god vård. Men i en gemensamt finansierad hälso- och sjukvård går det inte att resa murar mellan de olika aktörerna – det fungerar inte i en prioriteringsprocess som ytterst bygger på tillit. Den ena parten måste kunna lita på att den andra parten tar sitt ansvar fullt ut. Redan Prioriteringsdelegationen lyfte fram mötesplatser som ett viktigt verktyg för att öka tilliten, inte minst mellan verksamhetsföreträdare och politiker (Socialdepartementet 2001). Vikten av en ”dialogfas” fanns också med i analysen av Östergötlands prioriteringsarbete (Bäckman 2008).

Prioriteringar har beskrivits som ”riskpolitik” (Bennich-Björkman 2004) och därför fordras en hög grad av samsyn och inomorganisatoriskt förtroende som kan vara svårt att etablera i ett beslutssystem som sjukvårdens. Västerbottens läns landsting har visat ett sätt att stärka den interna tilliten till processen bland inblandade parter. Det är möjligt att andra landsting hittar lösningar som ser annorlunda ut, men exemplet Västerbotten visar att en prioriteringsprocess behöver mötesplatser.

- Omfördelningsarbetet har visat att det krävs en viss **balans i processen kring utbudsbegränsningar och inprioriteringar**, vad det gäller öppenhet och delaktighet.

I den nationella översynen av landstingens prioriteringsarbete påpekades att beslut om införandet av nya metoder i vården eller expansion av redan befintlig verksamhet i liten grad fattas med hänsyn taget till konsekvenserna d v s varifrån resurserna ska tas och om något annat måste tas bort eller ransoneras på annat sätt i vården (PrioriteringsCentrum 2007). Västerbottens prioriteringsarbete bygger däremot helt på att sådana överväganden måste göras. Verksamheternas uppdrag har nästan helt fokuserats på utbudsbegränsningarna. Huvudkritiken i intervjuerna med verksamhetscheferna handlar om att grunderna för inprioriteringar blev otydliga och icke-synliga och att underlagen fortfarande byggde på starka företrädare, såväl från verksamheten som från politiker, snarare än en systematisk genomgång av olika alternativ.

Orsakerna till att man i Västerbotten valt detta angreppssätt framgår inte klart av intervjuerna. Arbetet i sig har ju beskrivits som ett lärande, där allt inte varit ”färdigt” från början och där utrymme finns för framtida korrigeringar. Vi menar att Västerbottens arbete gett upphov till nya, viktiga frågor kring hur relationen mellan inprioriteringar och bortval kan se ut i ett omfördelningsarbete. Skulle t ex ett prioriteringsarbete som omfattar även de högt prioriterade verksamheterna bli för omfattande att genomföra i en och samma omgång? Skulle det bli som man beförde i Västerbotten att bortvalsdiskussionerna skulle komma i skuggan av förslag på inprioriteringar? Dessa frågor har vi inget svar på idag eftersom inget sådant komplett arbete är gjort i ett landsting. Ovedersägligt verkar dock vara att för att öka tilltron ytterligare både till själva prioriteringsprocessen och dess resultat behövs en tydlig struktur både för bortvalen och ”invalen”.

- En medveten **kommunikationsstrategi** har ökat öppenheten kring syfte, process och beslut men innehåller enligt vår bedömning ytterligare förbättringspotential.

Processledningen i Västerbotten har tagit intryck av Daniels och Sabins syn på öppenhet: att i öppenhet ska ingå inte bara tillhandahållandet av information, utan även en förklaring av skälen bakom prioriteringarna (Daniels och Sabin 2002). Skälen för att ge sig in i prioriteringsarbetet ägnade landstinget möda åt att utveckla och motivera, liksom att förklara hur processen var utformad vilket också noterats av de intervjuade.

Däremot är det mer tveksamt om landstinget lyckades leva upp till sina ambitioner att förklara skälen bakom resultatet. Resultatet av prioriteringsarbetet i form av en ganska osorterad lista lades ut på landstingets hemsida i anslutning till det politiska beslutet. De motiv som presenterades säger knappast allt om varför just ett visst förslag finns med och inte något annat. Vår bedömning är att öppenheten i form av förklaringar har en klar utvecklingspotential.

Däremot är det svårt att se hur det politiska beslutsfattandet i en ny situation – vilket prioriteringsprocessen i Västerbotten var – hade kunnat göras öppet och vad detta i så fall skulle ha bestått av. Med tanke på att den politiska beredningen hade inslag av ”kompromisslösning” är det svårt att se hur en öppen dialog skulle se ut. Det illustrerar den klassiska avvägningen i en demokrati mellan insyn och effektivitet – ett effektivt beslutsfattande som leder till resultat klarar ibland inte öppenhet. Detta väcker frågor om hur den externa informationen och dialogen ska utformas i en prioriteringsprocess.

- Arbetet i Västerbotten har visat att en **handlingsstrategi för ”särfall”**, d v s de verksamheter som inte fullföljer sitt prioriteringsuppdrag, är viktigt för tilltron till arbetet.

I Västerbotten fanns verksamheter som såg sig som självklart högprioriterade, sanktionerade av riksdagens prioriteringsgrupper<sup>42</sup> och som därmed ställde sig utanför prioriteringsarbetet. Uppföljningar av riksdagens riktlinjer visar att dessa prioriteringsgrupper tillhör de mest kända delarna av riktlinjerna (PrioriteringsCentrum 2007). De används inte sällan som argument just i resursfördelningssituationer. Socialstyrelsen ställer sig dock mycket kritisk till dessa grupper. En prioriteringsordning som bara utgår från hur svåra olika tillstånd är och inte beaktar patientnytta eller kostnadseffektivitet av olika insatser står i strid med riksdagens riktlinjer och Socialstyrelsen föreslår därför regeringen att dessa grupper tas bort eller kraftigt omarbetas ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se))<sup>43</sup>. Även andra oklarheter i Västerbotten (t ex synen på kostnadseffektivitetsprincipen och vad som ska omfattas av denna) styrker Socialstyrelsens förslag om en vidare utredning för att öka tydligheten i riksdagens riktlinjer. Även om större tydlighet i en framtid skapas i riktlinjerna är det rimligt att anta att en total uppslutning kring ett prioriteringsuppdrag kommer att vara ovanlig. Särfallen måste hanteras på något sätt – inte minst för de andra verksamheternas skull.

<sup>42</sup> Där prioriteringsgrupp I bl a gäller vård av människor med nedsatt autonomi, svåra kroniska sjukdomar och livshotande sjukdomar (Prop kap 7.3 s 31) (Socialdepartementet 1996/97).

<sup>43</sup> Prioriteringsgrupperna fokuserar ofta bara på svårighetsgrad, t ex svåra kroniska sjukdomar, och tar inte hänsyn till att visa insatser för dessa patientgrupper har stora patientnytta medan andra ger en betydligt mindre nytta.

- Vikten av **metodstöd** i tillämpningen av den nationella prioriteringsmodellen har blivit tydligt.

I Västerbotten visade man stor respekt för komplexiteten i prioriteringar och försökte, genom tillskapandet av särskilda metodstödjare, skapa så goda förutsättningar som möjligt för att tillämpa den nationella prioriteringsmodellen (även om intervjuerna tyder på att ännu mer stöd hade behövts).

Vi menar, både utifrån Västerbottens exempel men också andra sammanhang där modellen tillämpats, att detta är en nödvändighet för att skapa en så likartad tolkning av modellen som möjligt och därmed öka chansen till jämförbarhet mellan olika aktörers prioriteringar. Stöd behövs också för att se kopplingen till etiken. I västerbottens egen enkätstudie sade sig 51 procent ha utfört etiska diskussioner (Waldau 2009). Intervjuerna tyder dock på att kopplingen till riksdagens etiska plattform ibland tappades bort; ”*vi hade inga etiska diskussioner*” sade flera olika intervjukategorier i Västerbotten – ändå grundar sig hela modellen på riksdagens etiska plattform. Oavsett vilken modell som ett landsting väljer behöver frågan ställas – vilket metodstöd kommer man i verksamheten att behöva?

- Oklarheter i uppdraget i ett prioriteringsarbete leder till olikheter i resultat.

Av intervjuerna i Västerbotten går tolkningarna av vad som förväntades bli resultatet av prioriteringsarbetet isär. Vissa uttrycker en acceptans för en bredare ansats som omfattar många olika typer av resursfördelningsaktiviteter, medan andra uttrycker ett missnöje över att arbetet inte blev så fokuserat på prioriteringar som man föreställt sig. Oavsett vilket av dessa angreppssätt man väljer förefaller det viktigt att eftersträva en så gemensam målbild som möjligt – vilken typ av förslag och beslut ska arbetet resultera i? Att internt klargöra vilken innebörd som läggs i olika typer av aktiviteter förefaller vara en viktig utgångspunkt i ett prioriteringsarbete.

- Slutligen, helt kort, måste Västerbottens arbete sägas ge en ny insikt angående den **tid** som avsätts för att genomföra ett prioriteringsarbete där underlagsfasen förefaller vara den fas som inte får tidspressas för hårt.

### **12.1 Frågor för framtiden**

Att ha tillfälle att följa en hel prioriteringsprocess och i den processen fånga upp deltagarnas uppfattningar ger förstås upphov till många erfarenheter.

PrioriteringsCentrums uppdrag har varit dubbelt; dels att bidra till det interna lärandet i Västerbotten där beskrivningen av deltagarnas egna uppfattningar är en del av återkopplingen på arbetet. PrioriteringCentrum har dessutom ett nationellt ansvar för kunskapsutveckling och spridning av kunskap och erfarenheter. Ovan lyfte vi några centrala områden som vi menar att varje landsting behöver beakta inför planeringen av ett systematiskt prioriteringsarbete; gemensam problemdefinition och politisk enighet, syfte, mötesplatser, kommunikationsstrategi, ansvar för framtagande av horisontellt beslutsunderlag, process för inprioriteringar i förhållande till process för utbudsbegränsningar, strategi för hantering av särfall, metodstöd, gemensamma målbilder och tid till förfogande.

Arbetet har också gett nya insikter om sådana områden där det finns ett nationellt intresse av att fortsättningsvis bevaka utvecklingen av. Det gäller t ex aspekter av prioriteringsarbete som är otillräckligt beprövade (eller där erfarenheter inte är dokumenterade och mer allmänt spridda i Sverige) eller områden där det redan nu står klart att en utveckling skulle vara lovvärd.

Ett sådant område som fortfarande är i sin linda är öppenheten i prioriteringar. Sambandet mellan hur landstingen hanterar detta och hur verksamheten och allmänhet reagerar behöver studeras ytterligare. Hur hänger t ex en nedtonad mediabevakning (som i Västerbotten) samman med landstingets åtgärder? Hur bör prioriteringsbeslut presenteras för allmänheten för att tydliggöra grunderna för besluten?

Ett annat område som vi vill lyfta fram, där ett nationellt utvecklingsarbete vore av intresse, hänger ihop med den nationella prioriteringsmodellen. Utvärderingar på olika områden har idag gett oss en god kunskap om vilka delar av modellen som brukar skapa tolkningsproblem (Ahlström et al 2008; Broqvist 2004 och Jacobsson 2006). I intervjuerna kring arbetet i Fas I i Västerbotten bekräftas på olika sätt denna bild.<sup>44</sup> Att sträva mot att skapa ännu bättre förutsättningar för samsyn i tolkningen av modellen är en angelägen, gemensam uppgift för olika aktörer på området. En annan sådan fråga som väcktes i Västerbotten och som bör bevakas handlar om hur modellen kan tillämpas vad det gäller vårdprocesser och teaminsatser. Att studera modellens tillämpning inom den typen av prioriteringsarbeten är också en viktig framtida uppgift (där prioriteringsarbeten inom habiliteringsverksamhet i Östergötland och Södermanland utgör några sådana intressanta exempel).

Det måste fortfarande betraktas som oklart vad som ska känneteckna en god (eller framgångsrik) prioriteringsprocess.

<sup>44</sup> Även om vissa problem som i intervjuerna hänförs till modellen egentligen har andra orsaker som t ex bristen på forskning och vetenskapliga belägg.



Som vi poängterade inledningsvis gör denna studie inga anspråk på att vara en utvärdering av huruvida arbetet i Västerbotten ”lyckades” eller ej. En sådan utvärdering bör göras utifrån i förväg tydligt formulerade kriterier – sådana saknas i stor utsträckning idag men skulle kunna handla om skapandet av ett internt förtroende i organisationen vilket gör det möjligt att upprepa processen, de facto realiserande av förslag till bort- och inprioriteringar och acceptans av prioriteringsprocess/resultat hos allmänheten osv (Rossi m fl 2004). Erfarenheter från Västerbotten kan utgöra ett viktigt underlag vid en framtida utveckling av sådana kriterier. Erfarenheter från pågående prioriteringsarbeten i andra landsting (som t ex Kronoberg och Västmanland) kommer att ge ytterligare vägledning i frågan.

Många av de aspekter som i studien av Östergötlands prioriteringsarbete lyftes upp som viktiga att beakta (Bäckman et al 2008) förefaller ha övervägts och skapats strategier för i Västerbottens arbete. De faser som Bäckman m fl menade ingår i en procedur för politiska prioriteringar (förutsättningsfas, underlagsfas, dialogfas, beslutsfas, offentlighetsfas och uppföljningsfas) känner vi igen i Västerbottens arbete. Vi hävdar inte att Västerbottens läns landsting i alla avseenden bör stå som modell för prioriteringsarbete i svensk sjukvård. Men detta landsting har gjort en viktig insats för att visa hur en genomtänkt och systematisk process kan formuleras. Prioritering är inte bara en teknisk aktivitet – att ta fram evidens, att bedöma, att sortera och att rangordna – utan i minst lika hög grad en mental aktivitet. Arbetet måste genomföras med målet att skapa tillit i organisationen – i alla led. Det är den viktigaste lärdomen från Västerbotten.

## REFERENSER

- Ahlström M, Blomé U, Broqvist M, Göransson I, Nilsson A-K, Pettersson U. 2008. Ett praktiskt försök – Nationell prioriteringsmodell tillämpad i Landstinget i Kalmar Län. Rapport 2008:5. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Alexandersson M. 1994. Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I Starrin B. & Svensson P.G. 1994. Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur.
- Bennich-Björkman L. 2004. Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala. Rapport 2004:2. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Bäckman K, Andersson A, Carlsson P. 2004. Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska beslutsprocessen. Rapport 2004:4. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Bäckman K, Lindroth K, Carlsson P. 2005. Öppna prioriteringar i Östergötland. Del II. Massmediernas rapportering av beslutsprocessen. Rapport 2005:7. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Bäckman K, Karlsson E och Carlsson P. 2006. Öppna prioriteringar i Östergötland. Del III. Uppföljning av de politiska besluten – hur gick det sedan? Rapport 2006:3. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Bäckman K, Nedlund A-C, Carlsson P, Garpenby P. 2008. Erfarenheter av öppna politiska prioriteringar. Uppföljning av prioriteringar i Östergötland efter fyra år. Rapport 2008:6. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Carlsson P, Kärvinge C, Broqvist M, Eklund K, Hallin B, Jacobsson C, Jacobsson Ekman G, Källgren C, Lindh M, Nordlander B, Rosén P, Sjöblom U, Sohlberg A. 2007. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport 2007:1. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Chong D, Druckman J.N. 2007. Framing theory. *Annu. Rev. Polit Sci.* 10: 103-26.
- Daniels N, Sabin J. 2002. *Setting Limits Fairly. Can we learn to share medical resources?* Oxford: Oxford University Press.

Jacobsson C. 2006. Öppna prioriteringar inom omvårdnad – ett samarbetsprojekt mellan SSF och Vårdförbundet. Rapport 2006:5. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Kernell Tolf M, Bäckman K och Carlsson P. 2003. Programarbete – ett steg på vägen mot öppna prioriteringar. Rapport 2003:8. Linköping: Prioriteringscentrum.

Lantto J. 2005. Konflikt eller samförstånd? Management- och marknadsreformers konsekvenser för den kommunala demokratin. Stockholm Studies in Politics 108. Stockholm: Stockholms universitet.

Lindström H, Waldau S. 2008. Ethically acceptable prioritisation of childless couples and treatment rationing. "Accountability for reasonableness". Eur. J Obstet Gynecol 139;2:176-186.

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

Lundborg K, Waldau S. 1998. Prioriteringar i vården. Vad säger studiecirkelarna om vårdens svåra val? Västerbottens läns landsting.

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. Rapport 2007:2. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Evaluation. A Systematic Approach. Seventh Edition. Sage. 2004.

SCB. 2008. Tabell: Folkmängd i riket, län och kommuner 31/12/2007 och befolkningsförändringar 2007. [www.scb.se/Pages/TableAndChart\\_228181.aspx](http://www.scb.se/Pages/TableAndChart_228181.aspx) . 2008-02-02

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

Socialdepartementet. 2001. Slutrapport från Prioriteringsdelegationen. Prioriteringar i vården. Statens offentliga utredningar SOU 2001:8.

Socialstyrelsens hemsida [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

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

Västerbottens läns landsting. Hemsida: [www.vll.se](http://www.vll.se) .

Västerbottens läns landsting. 2003. Så arbetar vi med prioriteringar. Riktlinjer för hälso- och sjukvården i Västerbottens läns landsting. Umeå.

Västerbottens läns landsting. 2005. Värderingar och val. Ett studiematerial om folkhälsa, etik och prioriteringar. Folkhälsonämnderna. Umeå.

Västerbottens läns landsting. 2007. Så säkras god ekonomisk hushållning och utveckling av landstingets organisation. Strategiska vägval och insatser. 2007-11-05. Umeå.

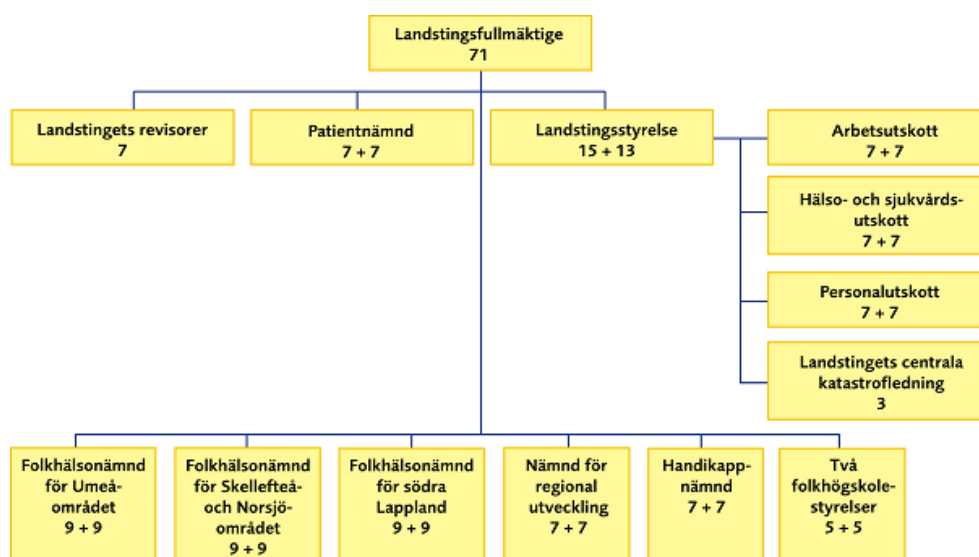
Västerbottens läns landsting. 2008a. Anvisningar för prioriteringsarbetet. Juni 2008. Umeå.

Västerbottens läns landsting. 2008b. Reviderade anvisningar för prioriteringsarbetet. Augusti 2008. Umeå.

Waldau S. 2007. Local prioritisation work in health care – Assessment of an implementation process. Health policy 81:133-145.

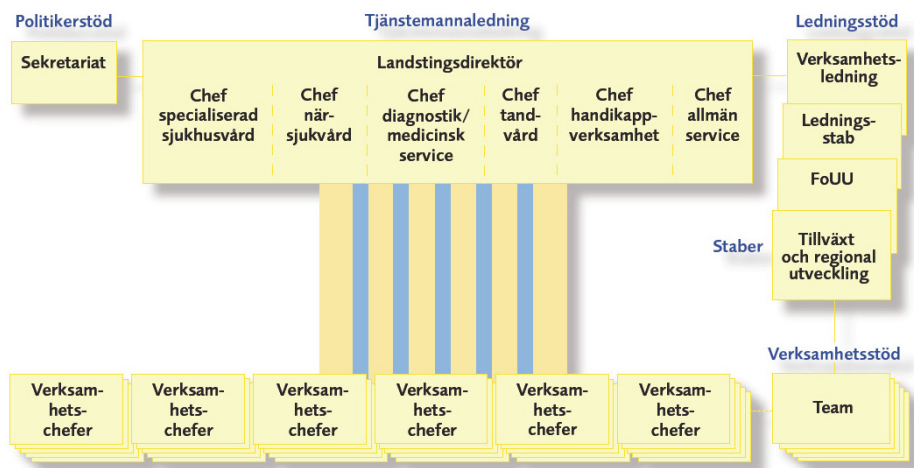
Waldau S m fl. 2009. Prioriteringar I Västerbotten 2008. Del I. Procedur, genomförande och uppföljning. Rapport 2009. Linköping: PrioriteringsCentrum.

## Västerbottens läns landstings politiska organisation.



Figur över landstingets politiska organisation (www.vll.se).

## Västerbottens läns landstings tjänstemannaorganisation.



Figur över landstingets tjänstemannaorganisation (Västerbottens läns landsting, personlig kontakt).

## Beskrivning av metod för studie av horisontell arbetsgrupp – observationsstudie.

---

### **a. Observation**

#### **Urval**

Avsikten var att följa en av de tio grupper inom Västerbottens läns landsting som i oktober 2008 hade i uppdrag att genomföra horisontella prioriteringar i Fas II av landstingets prioriteringsprocess. Gruppen valdes ut efter två kriterier:

- (a) att gruppens tre mötesdagar var samlade under en vecka, samt
- (b) att observatören inte hade någon relation (privat eller yrkesmässig) till någon av deltagarna eller till granskningsledare eller administratör.

#### **Deltagarinformation och samtycke**

En förutsättning för att kunna genomföra observationsstudien var att samtliga nio deltagare i gruppen inte hade något att invända mot att bli studerade. Ett informationsbrev som beskrev syftet med och förutsättningarna för studien distribuerades i god tid före det första mötet genom landstingets elektroniska intranät. Deltagare som motsatte sig närvaron av en observatör uppmanades höra av sig före visst datum. Deltagarna fick förutom information om observationsstudien även vetskap om en planerad uppföljning genom telefonintervjuer efter sista mötesdagen.

#### **Metod**

Metoden som användes var observation. Observatören var närvarande hela tiden vid gruppens möten under tre dagar i oktober 2008. Detta var en öppen observation i den meningen att alla närvarande kunde se att observationen pågick (the observer as participant). Vid inledningen till det första mötet informerade observatören om syftet med studien och om den fortsatta hanteringen av materialet.

Anteckningar fördes under alla mötesdagar. Endast verbal kommunikation noterades (icke-verbal kommunikation bedömdes inte relevant i denna studie). Metoden kan karaktäriseras som icke-strukturerad observation, d v s det fanns inget formulär för att i förväg strukturera observationsanteckningarna. Inlägg från de närvarande i lokalen knöts till en siffra eller bokstav och varje inlägg noterades i kronologisk ordning. Inga samtal om innehållet i gruppens arbete fördes med deltagarna under eller vid sidan av mötet under denna tid.

#### **Databearbetning/analys**

Omedelbart efter de tre mötesdagarna skrevs anteckningarna rena på dator i MS Word. Att observera genom denna metod medför att processen från början kartläggs selektivt (inlägg och samtal vid mötet spelades inte in elektroniskt eller på annat vis). Alla ord som sägs kan inte noteras – sammanfattningar av diskussioner måste göras. Avsikten var att få en översiktlig uppfattning om vad som utmärkte arbetet i gruppen – hur den "horisontella prioriteringen" skapades genom ett antal olika moment, och hur deltagarna agerade i olika situationer.

Det innebär att vissa inlägg och diskussioner noterades mer översiktligt, medan andra noterades mer detaljerat. Materialet analyserades induktivt genom en enkel tematisk analys.

### **Konfidentialitet**

Inför genomförandet av observationsstudien lovades deltagarna anonymitet. I den information som gick ut och som låg till grund för samtycke uttrycktes det på följande sätt: "När resultaten presenteras ska det så långt möjligt vara omöjligt att identifiera vad enskilda personer har sagt eller gjort i materialet."

Däremot utlovades ingen "avidentifiering" av gruppen. Här får en avvägning ske mellan kravet på konfidentialitet och kravet på att innehållet i studien ska vara begripligt för läsaren. Det finns en möjlighet att identifiera gruppen genom att det i texten nämns vilka verksamhetsområden som ingick. Via dessa verksamhetsområden finns möjlighet att identifiera deltagarna (om någon skulle göra sig det besväret). Vi övervägde först att i texten helt utesluta de verksamhetsområden som ingick i gruppen, men avstod eftersom en total "anonymisering" skulle ha gjort att observationsstudien förlorade i värde. Observationsstudien handlar om riktig prioritering – den svåra situation som riktiga verksamhetsföreträdare ställs inför när de ska lösa en komplicerad uppgift. I de horisontella grupperna ingick olika verksamheter, med olika förutsättningar, och det måste vara av intresse för läsaren att förstå gruppens sammansättning; mellan vilka områden prioriteringen skulle ske. Det är en viktig upplysning för att förstå den situation som gruppen hade att tackla. Vi har valt att utesluta alla former av citat i observationsstudien och så långt det är möjligt försökt "anonymisera" den diskussion som förekom. Vi anser därmed att kravet att det i materialet så långt möjligt ska vara omöjligt att identifiera vad enskilda personer har sagt eller gjort är uppfyllt.

## **b. Intervju**

### **Urval**

Avsikten var att efter de tre mötesdagarna intervju samtliga nio deltagare i gruppen samt granskningsledaren. Telefonintervjuer med granskningsledaren och åtta deltagare genomfördes under oktober 2008. Det var trots upprepande försök (telefon och e-post) inte möjligt att etablera kontakt med en av deltagarna som därför uteslöts från intervjudelen.

### **Deltagarinformation och samtycke**

Under den sista dagen av gruppens möten tillfrågades deltagare och granskningsledare individuellt om de gick med på att delta i uppföljande intervjuer.

### **Metod**

Semi-strukturerade intervjuer användes. Ett tiotal frågor grupperade i tre olika teman användes: gruppens förutsättningar, genomförandet av uppgiften och bedömning av värdet av arbetsformen.

### **Databearbetning/analys**

Materialet har analyserats genom en enkel tematisk analys.



***Konfidentialitet***

Materialet från intervjun har så långt möjligt avidentifierats. Vi har bedömt att det är rimligt att ange granskningsledarens synpunkter; andra åsikter har avidentifierats. Citat används men knyts inte till person eller verksamhet.

## Observationsstudie av en arbetsgrupp för horisontella prioriteringar.

---

I detta avsnitt redovisas arbetet med horisontella prioriteringar i en av de grupper som var verksam under Fas II i landstingets prioriteringsprocess. Den första delen utgörs av en observationsstudie där gruppens arbete har följts i detalj under tre dagar. I den andra delen, som bygger på intervjuer, redovisas deltagarnas och granskningsledarens intryck av gruppens arbete.

### **Dag 1**

I början av oktober 2008 har 11 personer samlats i ett grupprum i landstingshuset i Umeå. Klockan närmar sig 08.30 och det är dag 1 för en av de tio arbetsgrupper som har uppdraget att under tre dagar genomföra en horisontell prioritering. I rummet finns nio personer som representerar delar av landstingets centrala administration, delar av anesthesi-operation-intensivvård (AnOpIVA), delar av landstingets fastighetsförvaltning, delar av kirurgi-ortopedi, delar av primärvården, delar av radiologin, neurocentrum, hörselrehabiliteringen, samt ögonkliniken. Runt ett ovallt bord sitter verksamhetschefer, medicinskt ledningsansvariga och andra personer som är bemyndigade att företräda hela eller delar av sin verksamhet. I rummet finns också en granskningsledare, som ska fungera som gruppens opartiska ordförande - en från ett annat landsting inlånad läkare. Där finns också en administratör/controller från Västerbottens läns landsting, som efter den inledande presentationen av de närvarande, övergår till att via bärbar dator och projektor visa gruppens uppgift på en vit duk. Uppdraget är att i slutet av dag tre lämna ifrån sig ett förslag på 4 procent av gruppens samlade nettobudget – ett förslag till bortprioritering som kommer att föras vidare till landstingets politiker i nästa steg av prioriteringsprocessen. Gruppens "målvärde" dag 1 är satt till 19,5 miljoner (aktiviteter som sammantaget representerar de 4 procent som gruppen ska identifiera för eventuell senare bortprioritering). Deltagarna förutsätts ha mandat att företräda sin verksamhet för det beting som tilldelats gruppen. Det skriftliga material, som visar betinget inklusive vertikal rangordning för de olika verksamheterna (steg 1), får inte spridas eller föras ur rummet. De förändringar i materialet som gruppen tar beslut om, liksom beslutade prioriteringar, kommer att ändras direkt på Excel-blad i datorn, synbart för alla på vita duken och resultera i nya pappersversioner som delas ut till deltagarna fortlöpande.

Efter att pappersversionen med sammanställningen av de nio verksamheternas vertikala prioriteringar och gruppens beting i kronor har delats ut bland deltagarna påbörjas en genomgång verksamhet för verksamhet, från lägsta rangordning och uppåt (10:or, 9:or, 8:or o s v. i respektive verksamhets rangordningslistor).

Det visar sig snart att uppdraget att genomföra en vertikal prioritering (steg 1) har resulterat i olikheter i rangordningen. Antalet åtgärder per verksamhet (motsvarande 10 procent av varje verksamhets nettobudget) varierade från 4 till 19.

Det innebär att för vissa verksamheter är betinget fördelat på ett fåtal stora poster, där var och en omfattar många patienter, medan det för andra verksamheter utgörs av många åtgärder, där vissa berör få patienter. Bland de listade åtgärderna finns förslag att helt upphöra med insatser, att glesa ut insatser men också sådana förslag som snarast avser att arbeta mer effektivt (alltså inte en prioritering). Runt bordet återfinns sådana verksamheter som identifierat flera lågt rangordnade aktiviteter (10:or), men också sådana som har med sig få 10:or och en betydande spridning uppåt i rangordningen. En verksamhet saknar helt 10or i sin rangordning. Några verksamheter har ett stort spann för vissa åtgärder (3-6, 4-6) vilket inledningsvis skapar viss förvirring om rangordningen (dessa spann korrigeras under dag 1). En verksamhet har valt ut enbart en diagnos och knutit alla förslag till denna.

Den första dagen används till att låta deltagarna, efter en kort presentation av sitt område, gå igenom identifierade åtgärder, klargöra vad dessa avser och hur man har bedömt åtgärden (svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet) och det åtföljande utrymmet för besparing i kronor. Bland deltagarna uttrycks på vissa håll osäkerhet om det belopp som är sammankopplat med åtgärden verkligen är korrekt. Vissa deltagare uppmanas att kontrollera åtgärder och belopp till påföljande mötesdag.

En verksamhet levererar ett stort bidrag i kronor genom ett förslag att glesa ut kontroller för diabetiker och föra över kostnaden för mätstickor till patienten. Förekomsten av kontroller inom svensk sjukvård diskuteras bland deltagarna liksom evidensen för rutinmässiga kontroller av patienter. Medvetenhet finns att förslaget skulle kräva beteendeförändringar bland såväl förskrivare som patienter för att kunna genomföras.

Det som vällar längst diskussion är förslaget från AnOpIVA att sluta intensivvårda patienter med svåra tillstånd och dåliga utsikter till överlevnad. Åtgärdens patientnytta är satt som "liten" och kostnadseffektiviteten som "tveksam" (svårighetsgraden finns dock noterad som "mycket stor"). Det noteras allmänt i gruppen att, för att förverkliga förslaget, skulle det krävas upplutning bland såväl kliniska företrädare som politiker och viss skepsis uttrycks om möjligheten att realisera förslaget. Från AnOpIVA hävdas dock med emfas att förslaget är en "klockren" 10:a, mot bakgrund av uppdraget att använda resurserna inom intensivvården så att fortsatt liv är meningsfullt ur patientens perspektiv. Intensivvården kan dock inte avvisa patienter utan föreslaget förutsätter en djupare diskussion med bland annat opererande specialiteter om hur patienter med dålig prognos ska behandlas.

För några verksamheter sker en ändring av rangordningen av vissa åtgärder efter att frågor ställts från deltagarna om hur man inom den aktuella verksamheten egentligen resonerat. Så ändras t ex en typ av läkemedelsbehandling vid MS från 7 till 8, där det vetenskapliga stödet för åtgärden bedömdes som begränsat.

Några tendenser som visar sig i gruppen under den första dagen redovisas i det följande.

Skepsis från något håll mot att över huvud taget ta med sådana åtgärder som varit föremål för tidigare principbeslut om att landstinget framdeles ska upphöra med dessa aktiviteter. Det hävdas att sådant inte borde ha inkluderats i betinget.

Antydningar om att det material som presenteras för gruppen rymmer "taktiska dispositioner" på så sätt att 10:or har satts på åtgärder som kan betraktas som "politiskt omöjliga" att bortprioritera. Underförstått att åtgärderna har valts ut på grundval av att de med stor sannolikhet kommer att underkännas i den politiska beredningen och därmed undgår verksamheten en bortprioritering.

Påpekanden sker om svårigheten att jämföra åtgärder med helt olika kriterier på nytta, såsom minskade ytor i fastighetsbeståndet med kliniska åtgärder.

Insikt visas om att vissa verksamheter representerade runt bordet står i ett beroendeförhållande till sina "leverantörer" av patienter (de äger ej sina patienter), vilket i praktiken gör det omöjligt att på egen hand utarbeta förslag till bortprioritering. Exempel är AnOplIVA och Röntgen. Antydningar görs om "tokigheter" i processen då verksamheter som inte äger sina patienter först borde ha diskuterat med sina "leverantörer" (kirurgi, medicin, onkologi m fl) om förändringar av indikationer för olika åtgärder, innan man lämnar underlag till prioritering. Det hävdas att sådana diskussioner inte hade rymts inom tidsramen.

Tvivel uttrycks om genomförbarheten av bortprioriteringar för politiskt eller etiskt känsliga åtgärder och åtgärder som i huvudsak riktar sig mot en viss åldersgrupp (barn eller äldre). Det finns dock en stor medvetenhet i gruppen om att åldersprioritering som sådan inte får förekomma. Det hindrar dock inte att vissa föreslagna bortprioriteringar ofrånkomligen riktar sig huvudsakligen mot en åldersgrupp, eftersom sjukdomar inte är jämnt fördelat över åldersspannet.

Granskningsledaren uppmanar i slutet av dagen deltagarna att konkretisera hur de gått tillväga med den vertikala rangordningen inom respektive verksamhet. Detta för att klargöra förutsättningarna för jämförbarhet mellan siffrorna i rangordningen.

## **Dag 2**

Vid mötet den första dagen hade granskningsledaren uppmanat alla deltagare att bereda sig på att redogöra för hur de resonerat kring och gått tillväga med sin vertikala rangordning. När gruppen träffas på morgonen dag 2 är det endast en verksamhet som kan presentera en total rangordning av alla sina åtgärder från 1 till 10 (denna förevisas på vita duken). Någon möjlighet att jämföra rangordningen mellan de olika verksamheterna finns dock inte (något sådant uppdrag - att inkludera alla åtgärder i rangordningen - har aldrig lämnats inom landstinget).

En diskussion följer om hur landstingets prioriteringar på individnivå ska genomföras och hur dessa ska tydliggöras – vilken sällning av patienter som ska ske i primärvården och vad som faller på sjukhusklinikerna att besluta om. Huruvida det är möjligt att införa enhetliga regler inom landstinget och vilket ansvar som faller på enskilda läkare.

Tidigt under dag 2 lämnar granskningsledaren information om att radiologi och fastighetsförvaltning fortsättningsvis inte ska ingå i gruppens beting – dessa verksamheter ska lyftas ut och hanteras i särskild ordning vid annat tillfälle.<sup>45</sup> Därmed måste gruppens beting justeras nedåt. Vissa frågetecken kvarstår avseende AnOpIVA – om denna verksamhet också ska behandlas i särskild ordning vid senare tillfälle. Tillsvidare ingår dock AnOpIVA i gruppens beting.

Under dag 2 ägnar sig gruppen åt att förtydliga de texter som är knutna till de olika åtgärderna. Deltagarna uppmanas att uttrycka sig tydligt så att politikerna förstår bakgrunden till förslagen, och vad de syftar till – att helt upphöra med insatser, att ändra indikationer och därmed glesa ut t ex kontroller, eller att flytta över kostnader till patienter och införa avgifter. En diskussion förs om hur rubrikerna ”syfte” och ”konsekvens” på bladet för vertikal rangordning ska tolkas. En viss förvirring föreligger och det betonas från flera håll att gruppen måste lägga tid på att förtydliga konsekvensbeskrivningarna. Flera texter, knutna till de åtgärder som har aktualiserats, visas för deltagarna i form av ett Excel-blad på den vita duken, och korrigeras under dagen. Exempel på ett sådant förtydligande är att förändringen avser ”onödiga rutinmässiga kontroller” eller berör enbart vuxna och inte barn.

Exempel lämnas på olikheter i service till befolkningen som förekommer inom landstinget, genom att vissa geografiska delar av länet tidigare har särbehandlats. Åsikten framförs att förslag som avser förändringar på sådana punkter kan vara svåra att hantera för politikerna. Sannolikheten för att de ska tas upp till politisk behandling bedöms som liten.

I gruppen är det särskilt två verksamheter som har bidragit med åtgärder rangordnade från 10 till 8, och till vilka knutits betydande belopp för potentiell besparing. Det gäller primärvården samt AnOpIVA som har var sin dominerande 10:a. Primärvården bidrar dessutom med en 8:a till vilken knutits en stor summa för möjlig besparing. Bakom förslagen finns dock en problematik som kommer upp till diskussion vid bordet under dag 2. I primärvårdens fall är problemet om det verkligen går att realisera ett av förslagen – där bakgrunden är onödig användning av tester. Det förutsätter beteendeförändringar bland både förskrivare och bland patienter. I fallet med utglesning av rutinmässiga kontroller finns en osäkerhet dels om detta kan ske utan oacceptabla konsekvenser för patienter och dels om den uppskattade summan verkligen har grund i faktiska förhållanden. Det framgår att den uppskattade besparingen bygger på en extrapolering från ett område i länet, då hela primärvården inte har haft möjlighet att samlas för att tillsammans gå igenom denna punkt. Granskningsledaren konstaterar att det handlar om mycket pengar men att uppgiften bygger på en grov skattning. Gruppens administratör/controller får i uppdrag att ta kontakt med primärvården för att till nästa mötestillfälle försöka kontrollera vad som finns bakom uppgiften.

Förslaget från AnOpIVA att upphöra med intensivvård som inte bedöms gagna patienten – rangordnat som 10 – möter inget motstånd i gruppen, men föranleder ett konstaterande att detta kräver en bredare diskussion inom landstingen, än den som kan föras vid bordet.

---

<sup>45</sup> Motivet för att lyfta ut serviceverksamheter klargjordes inte för gruppen. Deltagarna fick upplysning om att fastighetsverksamheten ska hanteras i ”ledningsgruppen” först och att radiologi hanteras separat den 14 oktober.

Det efterfrågas en gemensam etisk värdegrund för olika verksamheter som hanterar svårt sjuka patienter, samt mer av gemensamma riktlinjer och en diskussion på chefsnivå i landstinget. Den förklarande texten bakom denna punkt utvecklas också och förtydligas.

### **Dag 3**

Under den sista dagen av gruppens arbete sker ett ifrågasättande av såväl enskildheter som hela den metod och det genomförande som landstinget har valt. När nya listor delas ut bland deltagarna på morgonen syns resultatet av den sammanställning som gruppen genomfört under den första och andra dagen. Åtgärder från de olika verksamheterna vilka är rangordnade från 10 till 8 bildar nu en kolumn där summan är drygt 18 miljoner kronor. Gruppens "målvärde" är dock endast 14 miljoner, vilket innebär att den horisontella prioriteringen vid ingången till tredje dagen resulterat i ett "överskott". Av de 18 miljonerna medverkar primärvården med drygt 6, AnOplVA med närmare 5 och administrationen med drygt 4 miljoner. Därefter är det ett glapp ner till ögonkliniken som skjuter till drygt 1 miljon – övriga tre verksamheter ligger under 1 miljon (fastighetsförvaltning och röntgen deltar de facto inte längre på samma villkor som övriga verksamheter i gruppen eftersom beslut tagits om att dessa ska prövas i ett senare skede av prioriteringsprocessen).

Den diskussion som förs under resten av förmiddagen kan grupperas runt tre teman. För det första om den metod som landstinget valt, med vertikal och horisontell rangordning, ger ett rimligt utfall såsom det återspeglas i gruppens prioriteringsordning. Det höjs röster för att primärvården – en verksamhet som anses ha politiskt stöd – står för en allt för stor del av gruppens beting. Det hävdas att resultatet framstår som märkligt, om man tar hänsyn till hur relationen ser ut mellan kärnverksamhet och serviceverksamhet. För det andra, om de belopp som är knutna till vissa åtgärder kan bedömas som tillförlitliga – de bygger i många fall på skattningar. Från primärvårdens sida noteras att förslaget att glesa ut vissa kontroller av kroniskt sjuka är svårbedömt – om den angivna summan verkligen kan realiseras. I gruppen råder oenighet om potentialen för utglesning av rutinkontroller. Rangordningen för åtgärden ändras från 8 till 7. Det innebär att åtgärden hamnar över det "streck" som går mellan det som gruppen tvingas bortprioritera för att uppfylla sitt beting och det som kan lämnas orört. För det tredje initierar granskningsledaren en ny prövning av rangordningen i båda riktningar – om någon åtgärd med rangordning 6 eller 7 i gruppens mening borde vara en 8 (och därmed en potentiell bortprioritering), eller om någon åtgärd med rangordning 8 borde höjas upp, och därmed inte bli aktuell för bortprioritering.

Men det sker inget explicit ifrågasättande av andra verksamheters vertikala rangordning, utan processen fortskrider genom att granskningsledaren lyfter olika åtgärder för diskussion, vilket kan resultera i att den berörda verksamhetsföreträdaren själv rannsakar rangordningen och föreslår en förflyttning i någon riktning. Det finns dock ett undantag som gäller den vertikala rangordningen för vissa åtgärder inom administrationen. Ett exempel är verksamhetsstöd för basenheter (deltagande av personalspecialister i samverkans- och ledningsgrupper).

Åtgärden som initialt var rangordnad som 7, blir föremål för uppmärksamhet genom ett påpekande från en deltagare att den borde flyttas till 8 (och därmed kunna bli föremål för övervägande om bortval). Det visar sig dock att gruppen inte alls är enig om värdet av verksamhetsstöd. Vissa deltagare uppfattar det som värdefullt medan andra anser att det kan glesas ut eller helt upphöra. Eftersom inte konsensus kan uppnås på denna punkt får den ursprungliga rangordningen stå kvar. Ifrågasättandet av administrationens rangordning från en deltagare är det enda tydliga misstroendet som kom till uttryck inom gruppen under de tre dagarna.

Diskussionen fram till lunch resulterar i att några åtgärder från ögonkliniken höjs upp i rangordningen och därmed försvinner från förslaget om bortprioritering. Gruppen befinner sig dock fortfarande i det läget att den när klockan närmar sig 12 ligger något över "målvärdet" (14 miljoner) i sitt förslag. Ett resonemang förs om något kan lyftas tillbaka från resultatcolumnen, men man lyckas inte nå enighet. Man enas om att låta resultatet stanna på 14, 9 miljoner. Den horisontella prioriteringen blir i grunden en återspeglning av hur de olika verksamheterna har gjort sin vertikala rangordning. Verksamheter som identifierat en eller flera åtgärder som rangordnats som 10, och som i anslutning till dessa identifierat stora belopp, får bidra med en större andel av gruppens beting.

Gruppens förslag efter tre dagars arbete betyder att tre verksamheter bidrar med över 85 procent av det totala betinget – AnOpIVA och primärvården med drygt 30 procent vardera och administrationen med närmare 25 procent. Förändringarna mellan dag 2 och dag 3 innebär framför allt att primärvårdens andel minskas, samt i någon mån även administrationens och ögonkliniken.

Strax före klockan 12 är gruppen färdig med sitt arbete och skiljs åt för lunch. Alla skriftliga underlag samlas in. Projektorn släcks ner.

### ***Vad tycker deltagarna om tillvägagångssättet vid den horisontella prioriteringen i gruppen?***

Redovisningen bygger på telefonintervjuer med åtta deltagare i arbetsgruppen samt med granskningsledaren. Intervjuerna genomfördes under veckorna efter att gruppen avslutat sitt arbete.

#### ***Förutsättningar***

##### ***Uppgiften***

Att gruppens uppgift var att göra en horisontell prioritering stod klart för alla inför den första dagen, men insikten om hur detta skulle ske i detalj – förutom att uppdraget var att förstå och komplettera underlagen – varierar bland deltagarna.

Granskningsledaren hade genom två telefon- och videomöten skaffat sig en klar bild av de steg i processen som skulle följas under de tre dagarna. Deltagarna ger uttryck för att de inför den första dagen inte hade en tydlig föreställning om hur genomförandet av en "horisontell prioritering" skulle gestalta sig.

"Man kommer ju från en vertikal prioritering och jag tror att man är lite grann kvar i den vertikala prioriteringen när man går in i gruppen."

”Det var tydligt och begripligt vad uppgiften var, även om jag hade oerhört svårt innan att förstå hur det egentligen skulle fungera.”

”Alltså, jag visste ju vad det övergripande målet var, men att säga att jag helt förstod hur det mer precist skulle gå till, det är kanske att ta i.”

#### *Information*

Kännedomen om varför landstinget hade valt att arbeta med horisontella prioriteringar i tio sammansatta arbetsgrupper varierar bland de intervjuade. Vissa anser att detta har klargjorts i förväg medan andra säger sig sakna information. Likaså varierar förståelsen bland deltagarna för skälen till att landstinget valt den aktuella modellen – att de lägst rangordnade åtgärderna skulle identifieras och inkluderas i den horisontella prioriteringen. Vissa deltagare ser ursprunget i en vedertagen modell som utarbetats av Socialstyrelsen (Nationella riktlinjer) och att detta stått klart från början, medan andra är mer tveksamma till om bevelsgrunderna för att välja den aktuella arbetsformen klargjorts av landstinget.

#### *Resurser*

Flera deltagare anmärker på att förberedelserna i form av tid för att genomföra vertikala rangordningar varit alltför kort och att detta kom att påverka den horisontella prioriteringen. Även granskningsledaren noterar att förberedelsearbetet ”varit väldigt hastigt”, och att man borde ha haft tillgång till ett mer fylligt underlag – för att även kunna se hela rangordningen för varje verksamhet. Uppfattningarna är delade om huruvida tiden för att genomföra arbetet i den horisontella gruppen varit tillräcklig. Några deltagare finner tiden tillräcklig men en deltagare anser att det skulle ha behövts mer tid i gruppen om man ”skulle ha kommit därtill att vi verkligen sätter saker och ting mot varandra och funderar på: vad innebär det här för enskilda individer, vad innebär det för samhället, vad innebär det för sjukvården, vilka konsekvenser får det? Då skulle vi ha behövt mer tid i gruppan det också, i steg 2.” En deltagare framhåller att varje verksamhet kunde ha representerats av flera personer, som då skulle ha kunnat komplettera varandra informationsmässigt.

#### *Gruppens sammansättning*

I frågan om hur man ser på gruppens sammansättning av verksamheter finns starkt divergerande uppfattningar bland de intervjuade. En åsikt som uttrycks är att sammansättningen var ganska rimlig. Den gav en möjlighet att få insikt i de olika verksamheter som återfinns inom landstinget. Att sammansättningen återspeglar en ambition att inte påverka processen för hårt. Men det finns också starkt kritiska röster i gruppen, som menar att i grunden olika verksamheter inte kan blandas; att konstellationer av kärnverksamhet och serviceverksamheter måste göra sina prioriteringar i en annan ordning. Verksamheter med nära beröringspunkter borde först tillsammans diskutera vad som ska göras och inte göras, innan deras förslag förs samman med serviceverksamheter. I det fallet efterlyser man mer av ett processtänkande, eftersom vården är ett ”kommunicerade kärl”.

”Att ha ett tvärsnitt rakt över hela landstingsverksamheten, jag tycker inte att det är seriöst att göra så \_\_ \_\_ man kan inte komma fram till några vettiga slutsatser utifrån de gruppkonstellationerna.”



”Först och främst så skulle kärnverksamheten, den specialiserade sjukvården framförallt, och kanske också primärvården och närsjukvården, fått göra sina prioriteringar först, innan man lägger in, så att säga serviceenheter, medicinsk service och allmän service, och andra verksamheter i landstinget.”

Ur granskningsledarens synvinkel finns också problem med sammansättningen av gruppen, på så vis att inte alla representanter för de olika verksamheterna kunde tala för sina åtgärder med full insikt och auktoritet. Det uppstod tveksamheter om alla vertikala prioriteringar verkligen var genomdiskuterade och förankrade inom respektive verksamhet.

### **Genomförandet**

#### *Underlaget*

Ställda inför frågan hur de uppfattade trovärdigheten för det arbetsmaterial som gruppen hade att utgå från (de vertikala prioriteringarna) ger deltagarna uttryck för olika slags dilemman som de hade att brottas med. En deltagare menar att utgångspunkten måste vara att visa respekt för varandra och för det man gör. Men flera deltagare ger uttryck för åsikter som att det ”var prematura underlag”, ”att det var väldigt mycket gissningar”, eller ”det var relativt lite fakta som vi producerade utan att det är bedömningar”. Några deltagare påpekar i det sammanhanget att de upplevde att bedömningen av underlaget även kunde bli beroende av den enskilda verksamhetsföreträdarens förmåga att presentera materialet – något som de fann besvärande. Granskningsledaren skulle ha önskat sig en noggrannare och djupare genomgång av respektive verksamhetsområden. Känslan infann sig ibland att det lägst prioriterade var ”taget mellan tummen och pekfingeret.”

En allmän mening som framträder bland de intervjuade är att gruppen gjorde ett seriöst försök att hålla isär fakta och värderingar. Men att detta är svårt att åstadkomma fullt ut, givet förutsättningarna, då rangordningen innehåller många bedömningar där faktaunderlaget är svagt. Beträffande jämförbarheten mellan de olika underlag som presenterades inom gruppen framhålls olika slags svårigheter som de intervjuade uppfattade. Dels svårigheter som sammanhänger med kvaliteten på underlaget och dels att över huvud taget kunna göra jämförelser mellan så olika verksamheter. ”Vi lyckades inte ställa saker mot varandra, menar en deltagare, ”utan det blev som en genomgång av var och ens vertikala prioriteringar.”

#### *Beslutsfattandet*

När de intervjuade uppmanas bedöma formerna för gruppens beslutsfattande beskrivs detta i positiva termer: ett öppet klimat, en respektfull ton, alla som ville prata fick utrymme, inga konflikter eller handgripligare diskussioner, en bra stämning, ingen som blev överkörd.

Det påpekas dock att ”slumpfaktorn” – med detta avses vilka lågt rangordnade åtgärder som förekom inom gruppen – medförde att fullgörandet av uppdraget kunde ske ganska smärtfritt. Det fick till följd att deltagarna inte tvingades ”strida” för sin sak, vilket antagligen påverkade stämningen i gruppen.

En av de intervjuade uppfattar vägen fram till beslut som präglad av en "ganska tydlig metodik", omsorgsfullt genomförd i flera olika steg. En annan deltagare upplever vägen fram till gemensamma ställningstaganden som "en kraftfull grupprocess" samtidigt som formerna för besluten kändes en aning oklara.

"Men alltså otydligt var det väl kring beslutsfattandet, samtidigt som det var väldigt kraftfullt, upplevde jag, att man på något sätt inte bara kunde ställa sig utanför \_\_\_det var ju inte ett tydligt beslutsfattande heller, utan det var mera så där att sa man inte emot så blev det ungefär så."

Förvåning uttrycks över att det blev så lite diskuterat om värdegrunden för prioriteringar, med anknytning till den etiska plattformen och att granskningen inte gick på djupet genom att åtgärder från olika verksamheter de facto ställdes mot varandra.

"Den diskussionen blev ju inte riktigt reell, utan det handlade ju på något sätt om att komma fram till en gemensam summa, genom att gå igenom det som var och en hade vertikalt prioriterat till en siffra, som sedan omsattes i en summa pengar. Och hela arbetet gick ju på något sätt ut på att nå den här summan pengar utan att själv lida så stor skada."

En av de intervjuade reagerar mot att det vid något tillfälle under gruppens arbete gjordes försök från en av deltagarna att diskutera sådant som inte fanns med i det aktuella förslaget från en annan verksamhet. Den intervjuade menar att en seriös inställning till uppgiften förutsätter att alla förslag betraktas som ärligt menade och att sådant som inte lagts fram av en verksamhet inte kan efterfrågas i efterhand av en representant för en annan verksamhet. En annan deltagare menar att förfarandet att granska från botten – först 10, sedan 9 o.s.v. – gynnade den som hade satt 7 som lägsta siffra. Den lägst rangordnade åtgärden i samtliga verksamheter borde ha granskats och inkluderats, oavsett siffra.

Rent formellt fanns anvisningar att gruppen skulle börja nedifrån, med 10, 9, 8 o s v framhåller granskningsledaren. Men exakt hur arbetet i gruppen skulle läggas upp, det var inte utsagt från början.

### ***Samlad bedömning av arbetet i den horisontella gruppen***

#### ***Fördelar***

De intervjuade fick frågan om de ser fördelar med att arbeta i horisontella grupper som innefattar olika verksamheter, i den form Västerbottens läns landsting tillämpat. De fördelar som lyfts fram faller under tre kategorier.

För det första att medverka i de horisontella grupperna ger en möjlighet att lära sig om andra områden, att få insikt i olika verksamheter som ingår i landstinget. För det andra, att man tvingas genomlys sin egen organisation och rannsaka sin egen verksamhet, som en förutsättning för att kunna bidra med något till den horisontella prioriteringen.

Den tredje kategorin avser skapandet av en bredare grund för att göra nödvändiga avvägningar i en gemensamt finansierad hälso- och sjukvård. Genom att ingå i en horisontell grupp bidrar man till att skapa en gemensam hållning i landstinget där olika parter stöttar varandra och där alla lämnar sitt bidrag.

Företrädare för de olika verksamheterna tar genom deltagandet i någon av de tio grupperna ansvar även för horisontella prioriteringar och dessa förankras därigenom bättre än tidigare. Politikerna får på så sätt någon att dela ansvaret med och därigenom kan verksamheten också tillförsäkra sig om politiskt stöd för att upphöra med åtgärder som har liten nytta.

"Någonstans måste vi ju på något sätt från sjukvården deklarerat vad vi ska göra och inte ska göra. Och ha någon form av underbyggda argument för det. Och en gemensam hållning i det sammanhanget."

Granskningsledaren framhåller att det finns en viktig lärdom från arbetet i de horisontella grupperna.

"För det första så visade sig att det här inte är farligt. Det är ingen farlig procedur som en del, tror jag, var rädda för. Att de ska liksom halshuggas och chikaneras. Så är det ju inte. Jag tror att alla var rätt så nöjda med att det gick så pass bra och så pass enkelt och smidigt som det ändå gick och det är också vad jag har hört ryktas om från andra grupper."

#### *Nackdelar*

När de intervjuade anmodas att peka ut eventuella nackdelar med att arbeta med horisontella prioriteringar i den form Västerbottens läns landsting valt, resonerar deltagarna efter två linjer. En linje handlar om tiden som stod till förfogande för att göra förberedelser och att denna var för kort och att detta kom att påverka förutsättningarna för den horisontella prioriteringen. Underlaget blev av sämre kvalitet än vad som hade varit önskvärt. Den komprimerade tiden för den vertikala rangordningen gjorde också att förankringen i den egna organisationen inte alltid kunde genomföras fullt ut.

En annan linje i resonemanget kring nackdelar avser frågan hur arbetet i de horisontella grupperna var strukturerat. Att den horisontella prioriteringen borde ha följt vårdprocesserna, där kärnverksamheterna prioriterar först, varefter andra verksamheter kompletterar med sina förslag. Till detta kan läggas att flera deltagare framhåller svårigheten att faktiskt kunna jämföra verksamheter av skilda slag – att man saknar kunskap för att kunna granska varandra. Men också att den horisontella prioriteringen fick ekonomiska förtecken – att gruppen hela tiden "jagade en summa pengar" istället för att granska utifrån medicinska och etiska argument.

## Beskrivning av metod för Fas I – intervjustudie.

---

I anslutning till Fas I genomfördes en intervjustudie med verksamhetschefer, en stabschef och medicinskt ledningsansvariga.

### **Urval**

Urvalsgruppen utgjordes av samtliga aktörer i Fas I. Med aktör avses här de verksamhetschefer och stabschefer som fick uppdraget att genomföra det vertikala prioriteringsarbetet samt de medicinskt ledningsansvariga läkarna som samtliga antogs delta i prioriteringsarbetet. Urvalet gjordes med ambitionen att försöka hitta så många olika uppfattningar som möjligt samt att dessutom försöka variera materialet så att det i möjligaste mån speglade hela landstingets åtagande med både stora och små enheter samt verksamheter där det förekommer mycket forskningsaktivitet (hög forskningstäthet) likväl som verksamheter med lite forskningsaktivitet (låg forskningstäthet). För detta ändamål har urvalsmetoden maximal variation använts (Patton 1990). I ett första steg skickades en mini-enkät ut via mail till samtliga aktörer ovan, d v s 95 verksamhetschefer, 9 stabschefer samt 121 medicinskt ansvariga läkare (totalt 225 personer). Följande frågor ställdes;

- Till uppdraget med prioriteringsarbetet är jag nu på det hela taget (mycket positiv, positiv, lite negativ, mycket negativ)
- Jag upplever att det pågående prioriteringsarbetet så här långt varit (i huvudsak mycket lätt, i huvudsak lätt, i huvudsak svårt, i huvudsak mycket svårt)

I enkäten efterfrågades också typ av verksamhet samt graden av forskningstäthet i verksamheten. Svaren skickades via mail till intervjuaren som ansvarade för det fortsatta urvalet. Av de 225 enkäter som skickades ut besvarades 81. De svarande utgjordes till 80 % av verksamhetschefer som var de som officiellt hade prioriteringsuppdraget. Svarsfrekvensen bland dessa var 68 procent (65 av 95 verksamhetschefer). Bortfallet stod medicinskt ledningsansvariga för vilket kan bero på att de i mindre utsträckning deltagit i prioriteringsarbetet i Fas I. Ingen påminnelse gjordes då tiden var för knapp innan nästa fas skulle påbörjas.

Frågorna i enkäten möjliggör 16 olika sätt att svara vad det gäller inställningen till prioriteringsuppdraget och upplevelsen av svårighetsgrad på prioriteringsarbetet. Bland dem som besvarat enkäten fanns tio olika svars kombinationer representerade (Tabell 1).

Tabell 1. Svarskombinationer i urvalet till Fas I.

	<b>Inställning till prioriterings-uppdraget</b>	<b>Upplevelse av svårighetsgrad på prioriteringsarbetet</b>	<b>Repr. i enkätsvar</b>
Typ 1	Mycket negativ	I huvudsak mycket svårt	Ja
Typ 2	Mycket negativ	I huvudsak svårt	Nej
Typ 3	Mycket negativ	I huvudsak lätt	Nej
Typ 4	Mycket negativ	I huvudsak mycket lätt	Nej
Typ 5	Lite negativ	I huvudsak mycket svårt	Ja
Typ 6	Lite negativ	I huvudsak svårt	Ja
Typ 7	Lite negativ	I huvudsak lätt	Ja
Typ 8	Lite negativ	I huvudsak mycket lätt	Nej
Typ 9	Positiv	I huvudsak mycket svårt	Ja
Typ 10	Positiv	I huvudsak svårt	Ja
Typ 11	Positiv	I huvudsak lätt	Ja
Typ 12	Positiv	I huvudsak mycket lätt	Nej
Typ 13	Mycket positiv	I huvudsak mycket svårt	Ja
Typ 14	Mycket positiv	I huvudsak svårt	Ja
Typ 15	Mycket positiv	I huvudsak lätt	Ja
Typ 16	Mycket positiv	I huvudsak mycket lätt	Nej

För att nå maximal variation av uppfattningar fanns samtliga dessa tio svarskombinationer representerade bland de tio personer som valdes ut för intervjuer. Dessutom eftersträvades en jämn fördelning bland de intervjuade vad det gäller verksamhetsområde, forskningstäthet och kön för att öka möjligheten att hitta variationer i uppfattningar. I analysen av intervjuerna görs dock inga sambandsanalyser med dessa faktorer. I de svarskombinationer där det fanns flera möjliga intervjupersoner med samma förutsättningar gjordes ett slumpmässigt urval genom lottning. I urvalsförandet garanterades anonymitet mot övrig organisation och svarsmailet destruerades efter genomförda intervjuer. Totalt sett intervjuades en stabschef, fyra medicinskt ledningsansvariga läkare och fem verksamhetschefer fördelade enligt nedan (Tabell 2). Alla tillfrågade accepterade att delta i intervjun.

Tabell 2. Intervjupersonernas fördelning avseende verksamhetsområde, forskningstäthet och kön.

Verksamhetsområde	Låg forskningstäthet	Hög forskningstäthet	Antal intervjuade	Antal män	Antal kvinnor
Primärvård	1		1	1	0
Övrig Närsjukvård.	0	1	1		1
Diagnostik o medicinsk service	1	0	1	1	0
Specialiserad sjukhusvård	0	2	2	1	1
Tandvård	0	1	1	0	1
Handikapp	1	0	1	0	1
Allmän service	1	0	1	0	1
Regional utveckling och kultur <sup>46</sup>	0	0	0	0	0
Administration	2	0	2	1	1
<b>Totalt</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>6</b>

### Genomförande och analys

De individuella intervjuerna genomfördes i omedelbar anslutning till Fas I. Detta för att i möjligaste mån undvika att uppfattningarna om prioriteringsarbetet i denna fas färgades alltför starkt av vad som hände längre fram i processen eller de politiska beslut som slutligen kom att tas.<sup>47</sup> Datainsamlingen skedde med hjälp av en intervjuguide som bestod av semi-strukturerade frågor kring uppfattningar om syftet med prioriteringsarbetet, rollfördelning och ansvar, arbetsprocessen inklusive den specifika metodiken, i form av den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar som tillämpades i arbetet, samt om öppenheten i prioriteringsarbetet

Intervjuerna analyserades med en fenomenografisk ansats, d v s en kvalitativ analysmetod som handlar om att identifiera och beskriva variationer av uppfattningar av en särskild företeelse så som den uppfattas av de intervjuade (Alexandersson 1994). Syftet med metoden är inte att kvantifiera resultatet (t ex den vanligaste uppfattningen) och resultatet kan inte heller generaliseras utan syftar till att lyfta fram variationer i hur det vertikala prioriteringsarbetet i Västerbottens läns landsting uppfattats.

<sup>46</sup> Inga enkätsvar erhöles från detta verksamhetsområde

<sup>47</sup> Av resultatredovisningen (kap 4) framgår dock att de intervjuade i stor utsträckning istället relaterade Fas I till förväntningar och farhågor de hade med det fortsatta prioriteringsarbetet och de kommande politiska besluten. Dessa föreställningar, både positiva och negativa, färgades med stor sannolikhet också upplevelsen av Fas I. Vi ser det dock som omöjligt att korrigera för detta eftersom det vertikala arbetet i realiteten var en del i ett större sammanhang.

## Beskrivning av metod för Fas II – intervjustudie.

---

Då de horisontella gruppernas arbete genomförts gjordes en intervjustudie med verksamhetschefer och medicinskt ledningsansvariga.

### **Urval**

Urvalsgruppen bestod av de 92 verksamhetschefer, medicinskt ledningsansvariga läkare samt stabschefer som deltagit i de horisontella grupperna. Urvalet skedde med metoden "critical case sampling" (Patton 1990) vilken kan väljas bl a då man tvingas till en liten undersökningsgrupp. "Kritisk" betyder i detta sammanhang att de intervjupersoner som väljs ut kan förväntas ha någon sorts viktig information, i detta fall vad det gäller hur prioriteringsarbetet i Fas II fungerade.

I ett första steg identifierades karaktäristika för ett "kritiskt fall" i de horisontella grupperna. Detta skedde genom att, efter att Fas II avslutats, ett mail skickades till de personer som ansågs ha haft inblick i gruppernas arbete, d v s till samtliga granskningsledare samt processledningen för prioriteringsarbetet (23 personer). Följande frågor ställdes;

- Finns det något i gruppens arbete som tydligt underlättat att det horisontella prioriteringsarbetet har kunnat fullbordas enligt givet uppdrag? (Ja, Nej)
- Om ja, ange de tre mest avgörande variablerna som tydligt underlättat arbetet.
- Finns det något i gruppens arbete som tydligt försvårat att det horisontella prioriteringsarbetet har kunnat fullbordas enligt givet uppdrag? (Ja, Nej)
- Om ja, ange de tre mest avgörande variablerna som tydligt försvårat arbetet.

Av 23 utsända mail besvarades 16 efter en påminnelse. Bortfallet bestod bl a av personer som agerat reserv som granskningsledare och därför inte deltagit i någon horisontell grupp. De karaktäristika som ansågs ha underlättat det horisontella prioriteringsarbetet uppgavs vara en person som har verksamhetens mandat, är insatt i sin verksamhets beslutsunderlag, som accepterar prioriteringsuppdraget, som står för en helhetssyn på landstingets uppdrag, som står för öppenhet gällande sin egen verksamhet, som visar engagemang och intresse för prioriteringsfrågan, som står för användbara underlag, som står för gott arbetsklimat, som står för acceptans och/eller kompetens om metoden<sup>48</sup>, som står för acceptans för förändring av landstingets verksamhet samt visar respekt för övriga gruppmedlemmar.

---

<sup>48</sup> D v s den nationella modellen för vertikala prioriteringar.

De karaktäristika som ansågs ha försvårat det horisontella prioriteringsarbetet uppgavs vara en person som saknar verksamhetens mandat, är bristfälligt insatt i sin verksamhets beslutsunderlag, som står för bristande acceptans till prioriteringsuppdraget, som står för revirtänkande, som står för bristande öppenhet gällande sin egen verksamhet, som står för utanförskap i prioriteringsarbetet, som står för mindre användbara underlag, som står för mindre gott arbetsklimat, som står för bristande acceptans och/eller kompetens om metoden, som står för mindre acceptans för förändring av landstingets verksamhet samt visar bristande respekt för övriga gruppmedlemmar.

Ett nytt mail skickades ut till dem som besvarat föregående mail där respondenterna ombads att utifrån ovanstående kriterier föreslå den person som de själva ansåg mest typiskt representera kriterier för underlättande av genomförandet av Fas II samt den person som mest typiskt representerande försvårande av detta prioriteringsarbete. Svarsfrekvensen på detta mail var 9 av 16. Ingen påminnelse gjordes då tidsintervallet till när intervjuerna måste genomföras var för kort. I urvalsförandet garanterades anonymitet mot övrig organisation och svarsmailet destruerades efter genomförda intervjuer.

Målsättningen var att de sex mest återkommande förslagen skulle intervjuas. Fyra personer hade föreslagits av flera. Urvalet bland övriga namngivna förslag gjordes så att det totalt sett skulle finnas jämn representation av både underlättande och försvårande karaktäristika, båda könen samt i möjligaste mån spegla landstingets åtagande vad det gäller verksamhetsområde. En tillfrågad avstod på att den personen också sitter med i processledningen för hela prioriteringsarbetet. En annan person svarade långt efter att intervjuerna genomförts och landstingsstyrelsens beslut var taget. I övrigt accepterade alla tillfrågade att delta i intervjun. Sammanlagt intervjuades sju personer. Intervjugruppens sammansättning framgår av Tabell 1.

Tabell 1. Intervjupersonernas fördelning verksamhetsområde och kön.

Verksamhetsområde	Antal intervjuade	Antal män	Antal kvinnor
Primärvård <sup>1</sup>	0		
Övrig Närsjukvård.	3	1	2
Diagnostik o medicinsk service <sup>1</sup>	0		
Specialiserad sjukhusvård	2	2	
Tandvård	1	1	
Handikapp	1		1
Allmän service <sup>1</sup>	0		
Regional utveckling o kultur <sup>1</sup>	0		
Administration <sup>1</sup>	0		

1) Inga namnförslag inkom från dessa verksamhetsområden.



### **Genomförande och analys**

Intervjuerna genomfördes med en intervjuguide med semistrukturerade frågor. Intervjuguiden innehöll ett antal ingångsfrågor som täckte olika aspekter av det horisontella arbetet; syftet, rollfördelning och ansvar, arbetsprocessen inklusive den specifika metodiken i form av den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar som tillämpades i arbetet samt frågor om öppenhet. Dessa ingångsfrågor kompletterades med fölfrågor allt utifrån hur intervjuerna utvecklade sig.

På grund av det komprimerade tidsschemat fanns inte möjlighet att genomföra urvalsförfarandet och intervjuerna innan nästa steg, Prioriteringsforum, genomfördes. Däremot gjordes intervjuerna innan det slutliga resultatet, d v s landstingsstyrelsens beslut, var taget för att i möjligaste mån undvika att prioriteringsarbetet utvärderades utifrån dess slutgiltiga resultat.

Intervjuerna analyserades med en fenomenografisk ansats, d v s en kvalitativ analysmetod som handlar om att identifiera och beskriva variationer av uppfattningar av en särskild företeelse så som den uppfattas av de intervjuade (Alexandersson 1994). Syftet med metoden är inte att kvantifiera resultatet (t ex den vanligaste uppfattningen) och resultatet kan inte heller generaliseras utan syftar till att lyfta fram variationer i hur den horisontella granskningen och jämkningen i prioriteringsarbetet i Västerbottens läns landsting uppfattats.

## Beskrivning av metod för Fas III-IV – intervjustudie.

---

I anslutning till att Fas III och IV avslutats genomfördes en intervjustudie med verksamhetschefer, tjänstemän och politiker.

### **Urval**

Urvalsgruppen för intervjuerna i anslutning till avslutat prioriteringsarbete utgjordes av samtliga aktörer i de avslutande faserna; verksamhetschefer, verksamhetsområdeschefer och övriga tjänstemän som deltagit i Prioriteringsforum samt de politiker som deltagit i Prioriteringsforum och/eller haft ett uttalat ansvar för prioriteringsarbetet i landstinget.

På Prioriteringsforum deltog 24 verksamhetschefer. Vi fann det intressant att samtala både med någon som fått relativt sett mer respektive relativt sett mindre neddragning av sin budgetram samt enheter med den relativt sett mest oförändrade budgetramen. I urvalet gjordes därför ett ekonomiskt överslag av landstingsstyrelsens beslut om utbudsbegränsningar och inprioriteringar. Den mest uttalade representanten för dessa tre grupper valdes ut för intervju såvida de också uppfyllde kriteriet att personen inte skulle ha deltagit i intervjuer i tidigare faser. Vid flera möjliga intervjupersoner tillämpades lottning.

Vid Prioriteringsforum var samtliga ordinarie politiker från landsstingets arbetsutskott och tillika styrgrupp för strategiska vägval som beslutat om prioriteringsarbetet inbjudna samt de gruppledare som inte är ordinarie ledamot eller inte sitter med i detta utskott (totalt tio politiker). Nio av dessa politiker intervjuades. Bortfallet utgjordes av en politiker där intervjutid inte lyckades upprättas innan analysarbetet påbörjades.

Urvalskriterierna för tjänstemännen var att personerna skulle ha deltagit i Prioriteringsforum och/eller haft en aktiv roll i processledningen för prioriteringsarbetet. Av dessa intervjuades samtliga verksamhetsområdeschefer, landstingsdirektören, biträdande landstingsdirektör, prioriteringsstrategen, informationschefen, en planerare och en controller.

Sammanlagt intervjuades tre verksamhetschefer, nio politiker, sex verksamhetsområdescheferna samt sex tjänstemän.

### **Genomförande av intervjuer**

Intervjuerna genomfördes med en intervjuguide med semi-strukturerade frågor anpassade för respektive målgrupp. Intervjuguiderna innehöll ett antal ingångsfrågor som täckte olika aspekter av Fas III och IV samt prioriteringsarbetet som helhet; syftet, rollfördelning och ansvar, arbetsprocessen, den specifika metodiken i form av den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar som tillämpades i arbetet samt synen på öppenheten i prioriteringsarbetet. Dessa ingångsfrågor kompletterades med fölfrågor allt utifrån hur intervjuerna utvecklade sig.

## **PRIORITERINGSCENTRUMS RAPPORTSERIE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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