

**Prioriteringar i vårdens vardag
- intervjustudie med vårdpersonal
i Lycksele och Halmstad**

*Ingrid Karlsson
Ann-Louise Lyrén*

PrioriteringsCentrum 2005:6

PrioriteringsCentrum • Landstinget i Östergötland • 581 91 Linköping
Telefon: 013-22 20 00 (vxl) **Telefax:** 013-22 77 99
Hemsida: <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>
E-post: prioriteringscentrum@lio.se

FÖRORD

Det finns många skäl till varför hälso- och sjukvårdens olika aktörer inte vill ta på sig ansvaret för prioriteringsprocessen. För vårdpersonalen kan förklaringen vara att det är svårt att förena öppna prioriteringar med yrkesetiken och den fokusering på enskilda patienter som är grunden för vårdarbetet. Det tycks vara särskilt tydligt bland omvårdnadspersonal. Trots att personalen upplever resursbrist kan det vara svårt att acceptera att det faktisk sker en dold ransonering av vård i så gott som alla verksamheter. Frågan är på vilka grunder det sker och om det finns ett behov av systematiska prioriteringar? Kunskap och medvetenhet om det egna arbetslagets och den egna yrkesgruppens prioriteringar bör vara utgångspunkter när man vill skapa en bra prioriteringsprocess. För att komma dit är det viktigt förstå hur vårdpersonal resonerar om prioriteringar samt få en bättre kunskap om deras inställning till öppna prioriteringar.

PrioriteringsCentrum har givit ut flera rapporter om detta ämne. Denna rapport syftar till att beskriva patientnära prioriteringar och att öka kunskaperna om vilken betydelse ledarskapet har i prioriteringsprocessen. Studien, som genomförts av Kommunal och Vårdförbundet, både kompletterar och konfirmerar tidigare undersökningar. Även om diskussioner om hur arbetet skulle bedrivas förekommer nästan dagligen, tycks strukturerade diskussioner om prioriteringar vara okända. Det finns dock önskemål om sådana mötesplatser. Gemensamma riktlinjer för prioriteringsarbetet framhålls som avgörande för att arbetet med prioritering i vården ska bli framgångsrikt. Vidare efterlyses nya arbetsmodeller och arbetsformer. För att åstadkomma detta spelar givetvis ledningen på alla nivåer en viktig roll.

Dessutom har yrkesföreningar m fl ett viktigt ansvar. Det är därför glädjande att Kommunal och Vårdförbundet genomfört denna kartläggning liksom att flera yrkesförbund samarbetar med PrioriteringsCentrum för att pröva en gemensam modell för vertikala prioriteringar.

Författarna svarar själv för innehållet i denna rapport och synpunkterna delas inte alltid av PrioriteringsCentrum.

Linköping, april 2005

Per Carlsson

SAMMANFATTNING

Denna rapport har tillkommit som en del av ett projekt om prioriteringar i den dagliga vården som drivs av Kommunal och Vårdförbundet. I projektet har Landstingen i Västerbotten och Halland samt kommunerna i Lycksele och Halmstad deltagit.

Syftet med att genomföra intervjustudien var att öka kunskaperna om patientnära prioriteringar som vårdpersonalen gör och att öka kunskaperna om vilken betydelse ledarskapet har i prioriteringsprocessen. Följande frågeställningar belyses i rapporten:

- Vad handlar prioriteringar om?
- Vilka faktorer påverkar prioriteringar inom omvårdnadsområdet?
- Vilka olika former har prioriteringsbeslut?
- Vilka faktorer påverkar resursanvändningen?
- Vad utgör grunden för de prioriteringar som vårdpersonalen gör?
- Vilka grupper och verksamheter är högt respektive lågt prioriterade?
- Vilken betydelse har ledningen, på olika nivåer, för prioriteringsarbetet?
- Hur ser vårdpersonalen på det framtida prioriteringsarbetet?

Metoden har sin utgångspunkt i ett brett angreppssätt för att belysa frågeställningarna. Datainsamling har genomförts som fokuserade gruppintervjuer, så kallade fokusgrupper. Både homogena och heterogena grupper avseende t ex profession, verksamhet och huvudman har förekommit. Sammantaget har 16 fokusgruppsintervjuer genomförts med i huvudsak undersköterskor/-vårdbiträden och sjuksköterskor, men även andra yrkesgrupper har varit representerade.

De vardagliga prioriteringarna i vården handlade om att rangordna brukarnas (patienter/vårdtagares) behov, att skapa balans mellan olika prioriteringar och att dämpa negativa konsekvenser av oönskade prioriteringar. En del av dessa hade sin grund i det delade huvudmannaskapet inom vården som flertalet deltagare på ett eller annat sätt ställde sig kritiska till. Deltagarna återkom ofta till ansvaret för att göra rätt bedömning och att fatta svåra beslut och många upplevde att yrkesrollen splittras mellan det patientnära arbetet och andra arbetsuppgifter. Många val som den enskilde medarbetaren gör i sin vardag är beroende av prioriteringar som andra gör - vilka de inte har inflytande över. Det kan vara politiska beslut, andra huvudmäns prioriteringar, organisatoriska faktorer och beslut och val som andra professioner gör.

Ökade krav från brukare och deras anhöriga skapade rädsla för att bli anmäld till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd vilket ibland leder till att beslut om prioriteringar som den enskilde medarbetaren står inför påverkas.

En mängd andra beslut på olika nivåer påverkar omvårdnadspersonalens möjligheter till att göra prioriteringar som uppfattas som rimliga. Politiska beslut och beslut på förvaltningsnivå uppfattades ofta som pålagor och differens mellan de besluten och vad man på enhets- eller avdelningsnivå ansåg borde prioriteras var inte ovanligt. Det förekom också att politiska beslut om vårdgaranti och valfrihet uppfattades som oförenliga med tillgången på läkare och annan vårdpersonal, och ibland också på vårdplatser.

Deltagarna framhöll också vikten av effektiv resursanvändning för att frigöra tid för arbetsuppgifter som de utifrån sin yrkesroll borde prioritera högre än vad som görs idag. Ett exempel var att överföring av arbetsuppgifter mellan sjuksköterskor och undersköterskor via delegeringar i kommunens äldreomsorg kunde utvecklas mot effektivare användning av kompetens och resurser.

De etiska principerna i riksdagens prioriteringsbeslut var endast kända av några få deltagare. Som grund för prioriteringar framhölls istället etiska principer och riktlinjer i Hälso- och sjukvårdslagen och/eller Socialtjänstlagen samt den professionella kunskapen. Prioriteringar sker ibland också oreflekterat och bygger på intuition eller på rutiner som byggts upp inom verksamheten. Beslut om prioriteringar sker på ett flertal sätt, utifrån utan delaktighet, hierarkiskt/professionellt, genom egna vardagsnära beslut och/eller i dialog med berörda.

Områden som deltagarna ansåg behövde prioriteras högt upplevdes inte alltid tillräckligt högt prioriterade av huvudmannen. Detta gällde t ex demensvården och rehabilitering av de äldre. Främst prioriterades akuta insatser, basbehov och omvårdnadsuppgifter och deltagarna upplevde att det oftast inte fanns tid för något utöver det.

Även om diskussioner om hur arbetet skulle bedrivas förekom nästan dagligen, saknade deltagarna generellt sett strukturerade diskussioner om prioriteringar. Uppfattningen om att det var ett långt avstånd mellan politiken och den praktiska situationen i verksamheten var generell och mer gemensamma diskussioner önskades. Långsiktighet och systematik genom framtagandet av gemensamma riktlinjer för prioriteringsarbetet framhölls som avgörande för att arbetet med prioritering utifrån prioriteringsbeslutets riktlinjer skulle bli framgångsrikt, d v s få genomslag i verksamheterna.

En förutsättning för att resurserna till vård och omsorg ska användas på bästa sätt är att kunskaperna om prioriteringar ökar. Utvecklingsarbeten behöver startas och enligt deltagarna fanns utrymme för att utveckla, både vårdformer, arbetsmodeller och arbetsformer. Särskilt framhölls samarbete både mellan huvudmännen och mellan olika verksamheter som förutsättningar för ett bra arbete med prioriteringar. I det arbetet har ledning på olika nivåer stor betydelse bland annat för att skapa förutsättningar för prioriteringsarbetet och att skapa arenor där dessa frågor kan diskuteras.

INNEHÅLL

1. INLEDNING

Denna rapport har tillkommit som ett resultat av ett projekt som drivs i samarbete mellan de två största fackliga organisationerna inom vårdområdet, Kommunal och Vårdförbundet. För projektet som helhet ansvarar Annelie Nordström Hellander på Kommunal samt Eva Jönsson på Vårdförbundet.

Bakgrunden till projektet är att Sveriges riksdag har ålagt sjukvårdshuvudmännen ansvar för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Prioriteringsfrågan har tidigare i huvudsak hanterats som en planeringsfråga på politisk och administrativ nivå och förhållandevis få aktiviteter har omfattat vårdens medarbetare. Läkarna är den yrkesgrupp som företrädesvis varit engagerade i arbetet med prioriteringar och de har setts som målgrupp för aktiviteter med syfte att öka kunskaper och medvetenhet om prioriteringar. De övriga, uppemot 90 procent, av vårdens medarbetare har hittills varit svagt företrädade i diskussionerna men det finns också undantag som belyser hur dessa grupper ser på prioriteringar (Höglund 2003, Broqvist 2004, Blomqvist 2004, Lämås och Jacobsson 2004).

Vårdförbundets och Kommunals projekt har som övergripande mål att öka medlemmarnas medvetenhet, delaktighet och möjlighet att aktivt delta i de nödvändiga prioriteringar som vården står inför. Projektet består av tre delar och avser att följa hela processen för vårdtagaren, nämligen slutenvård, primärvård och kommunens totala insatser. I projektet ska även ledarskapets betydelse belysas. Den första delen, föreliggande studie, består av fokusgruppsintervjuer vilka dessutom utgör grund för de fortsatta delarna av projektet. Den andra delen består av att skapa lämpliga aktiviteter utifrån resultaten med syfte att öka medarbetarnas möjlighet till delaktighet. Den tredje och avslutande delen består av genomförandet av dessa aktiviteter.

Två landsting och två kommuner har aktivt deltagit i projektet; landstingen i Västerbotten och Halland samt kommunerna i Lycksele och Halmstad. På lokal nivå har arbetsgivarrepresentanter och fackliga ombud från Vårdförbundet och Kommunal engagerats som coacher¹ med uppgift att bland annat vara kontaktpersoner och att rekrytera deltagare till de fokusgrupper som resultaten i denna rapport bygger på. Projektet startade med gemensamma utbildningsdagar för coacherna med syfte att skapa en gemensam kunskapsplattform om prioriteringar samt att ge alla möjlighet att tillsammans med projektledarna diskutera projektets utformning.

¹ I projektet används genomgående benämningen coacher för kontaktpersonerna.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med intervjustudien är att öka kunskapen om de patientnära prioriteringarna som omvårdpersonalen gör och ledarskapets betydelse i prioriteringsprocessen. Med vårdpersonal avses i första hand undersköterskor, vårdbiträden och sjuksköterskor men de flesta vårdirkesgrupper finns representerade i studien.²

Följande frågeställningar belyses i rapporten:

- Vad handlar prioriteringar om?
- Vilka faktorer påverkar prioriteringar inom omvårdnadsområdet?
- Vilka olika former har prioriteringsbeslut?
- Vilka faktorer påverkar resursanvändningen?
- Vad utgör grunden för de prioriteringar som vårdpersonalen gör?
- Vilka grupper och verksamheter är högt respektive lågt prioriterade?
- Vilken betydelse har ledningen, på olika nivåer, för prioriteringsarbetet?
- Hur ser vårdpersonalen på det framtida prioriteringsarbetet?

² Se avsnittet om fokusgrupperna -sammansättning och urval samt bilaga 2.

2. BAKGRUND

2.1 Prioriteringsbeslutet

Prioriteringsutredningen initierades i början av 1990-talet under Jerzy Einhorn's ledning. Utredningen resulterade i att dåvarande socialminister Margot Wallström överlämnade ett förslag till riksdagen (prop. 1996/97, SOU 1995:5). Förslaget bygger på kunskapen om att de tekniska och metodologiska kunskaperna inom medicinen samt läkemedlens effektivitet har nått en sådan utveckling att det sannolikt aldrig kommer att finnas ekonomiska möjligheter att erbjuda alla full tillgång till dessa resurser. Riksdagen konstaterade att någon form av begränsning måste ske och beslutade därför om riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården.³

Prioriteringsbeslutet gäller både sjukvårdshuvudmännen, kommunerna och landstingen samt alla privata vårdgivare. Prioriteringsarbetet ska ske öppet och medvetet på såväl politisk nivå, administrativ nivå som på verksamhetsnivå. Detta innebär att de förtroendevalda, vårdens tjänstemän och chefer samt alla anställda i vårdens praktiska verksamheter berörs av beslutet. Riktlinjerna i prioriteringsbeslutet utgår från en etisk plattform enligt nedan:

- **Människovärdesprincipen**, innebär att alla är lika i sjukvården och ingen ska värderas högre eller lägre på grund av exempelvis etnisk härkomst, inkomst, social ställning, ålder, vikt, religion, etc.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen**, innebär att de med de största behoven ska ha företräde till hälso- och sjukvården och att de som har mindre behov självmant och av solidaritet ska träda tillbaka.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen**, ska framför allt användas när det gäller att välja vilken behandlingsinsats som en patient ska erbjudas i en specifik situation. Principen är att välja den insats som ger det bästa resultatet för den enskilda patienten till lägsta möjliga kostnad. På så sätt kan fler få del av resurserna.

I Hälso- och Sjukvårdslagen § 2 har den etiska principen angetts som följer: målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

³ Härefter kallat prioriteringsbeslutet.

Enklare åkommor är således lågt prioriterade av riksdagen i förhållande till exempelvis vård av multisjuka äldre med många kroniska tillstånd och de med svåra psykiska besvär. Det innebär också att man kan tänka sig enklare insatser till de med lågt prioriterade behov, medan de svårt sjuka måste ha tillgång till de mest avancerade insatserna. Riksdagens mening med riktlinjerna för prioriteringar i hälso- och sjukvården var att skydda de svagaste patienterna.

Riksdagen har också fastställt att segregering i vården inte får ske. I linje med det ger också Hälso- och Sjukvårdslagen alla medborgare rätten att få komma i kontakt med sjukvården för en första bedömning av det problem man söker vård för.

2.1.1 Begreppet prioritering

I det vardagliga språket använder vi oftast ordet prioritering synonymt med att göra val. Vi kan t ex avse vad vi väljer före något annat, vad vi gör först och vad vi låter vänta eller vad vi inte vill avstå från och vad vi kan avstå från. Det handlar om ett slags rangordning som baseras på personliga ställningstaganden och värderingar i allt från triviala frågor till mer avgörande beslut i våra liv. Liss diskuterar begreppets komplexitet ingående i en tidigare rapport från PrioriteringsCentrum (Liss 2002) och enligt den definitionen ska prioritering endast avse medvetna val som innebär att:

- alla tillgängliga alternativ är övervägda
- valet innebär ett skapande av ordning mellan de olika alternativen
- ordningen skapas utifrån vissa kriterier

I denna studie tillämpas en vidare definition som mer liknar det vi vardagsmässigt menar med prioritering och innefattar både medvetna prioriteringar och de som sker omedvetet och/eller oreflekterat. Det har också varit viktigt att låta deltagarna i fokusgrupperna själva avgöra vad de lägger in i begreppet och således ha ett öppet förhållningssätt i enlighet med Höglunds diskussion om begreppets innebörd (Höglund 2003).

2.1.2 Prioriteringar i vårdens vardag

Dagligen görs en mängd prioriteringar av alla yrkesgrupper i all verksamhet där hälso- och sjukvård bedrivs. Beslut inom vården har ofta en karaktär som gör att det krävs en etisk reflektion. Inom vården tillämpas följande fyra grundläggande etiska principer som Beauchamp och Childress arbetat fram; respekt för människor, att inte skada, att göra gott och att tillämpa rättvisepincipen (Beauchamps och Childress 1994, Höglund 2003). En del av de beslut som tas i vården medför etiska dilemman och konflikter för personal som befinner sig i det direkta vård- och omsorgsarbetet, varför behovet av att belysa de prioriteringar som sker patientnära är stor (Ibid, Lundqvist 1995).

Både regeringens proposition om prioriteringar och Prioriteringsdelegationens slutrapport påpekar att vårdpersonalen har stor betydelse i alla de prioriteringar som dagligen förekommer i vård och omsorg, men trots detta har denna grups betydelse hittills inte rönt särskild stor uppmärksamhet (SOU 2001:8, Prop. 1996/97:60).

Det politiska ledarskapet och ledarskapet på högsta förvaltningsnivå uttrycks till stor del i målbeskrivningar och övergripande riktlinjer för verksamheterna. Dessa är generella och är oftast varken konkreta eller detaljerade. För att de ska bli användbara på verksamhetsnivå måste de brytas ned och konkretiseras, vilket är en viktig arbetsuppgift för ledningen (Ibid, Alvesson, Busch m fl 1992, Yukl 2002). De övergripande målen är ofta bristfälligt diskuterade på verksamhetsnivå. Målen ses ofta som orealistiska och kan dessutom till viss del vara motstridiga verksamhetens konkreta mål (Karlsson och Albinsson 2002, Rosén 2002).

Prioriteringar kan vara horisontella, d v s avse val mellan olika verksamheter inom hälso- och sjukvården, och sker främst på politisk eller administrativ nivå. De vertikala prioriteringarna sker inom respektive verksamheter och kan t ex avse hur vården skall utformas och hur resurserna ska användas på en patientnära nivå. (Ibid, SOU 1995:5). I den processen har ledning och personal som befinner sig nära dem som har behov av vård och omsorg en avgörande betydelse för utfallet av insatserna. Det är dessa vertikala prioriteringar som all vårdpersonal har del i som står i fokus i denna studie.

2.2 Tillvägagångssätt

2.2.1 Metod

Den metod som används för insamling av data är fokuserade gruppintervjuer eller så kallade fokusgrupper. Metoden används företrädesvis för att studera människors föreställningar, kunskaper, attityder och värderingar och innebär att en grupp som leds av en moderator diskuterar ett på förhand givet ämne (Wibeck 2000, Morgan och Krueger 1993). Intervjun kan ha olika grad av strukturering och grupperna kan vara homogent eller heterogent sammansatta. I detta projekt valdes relativt strukturerade intervjuer beroende på att fokusgrupperna skulle genomföras av två personer, vilket ställer höga krav på intervjuguidens utformning (bilaga 1) (Robson 1993, Kvale 1997). Både homogena och heterogena grupper avseende t ex yrkesgrupp, verksamhet och huvudman har förekommit.

2.2.2 Fokusgrupperna – sammansättning och urval

Sammansättningen av deltagare i fokusgrupperna skulle bidra till att ge optimal utdelning i kunskaper om arbetet med prioriteringar i vårdens vardag. Coacherna förordade grupper som var gränsöverskridande både avseende huvudman, verksamhet och yrkesgrupp. Detta beaktades och kompletterades med yrkesspecifika och områdesspecifika grupper på grund av att förutsättningarna kan vara olika beroende på vilken yrkesgrupp och vilket område den enskilde deltagaren representerar. Det kan också vara lättare för homogena grupper att företräda den egna gruppen, d v s inte låta andra yrkesgrupper föra talan. Målet var således att få både djup och bredd för att därigenom samla så mycket kunskap om idéer och behov inför det fortsatta arbetet, som var möjligt (gruppsammansättningen framgår av bilaga 2).

Majoriteten av deltagarna i fokusgrupperna var sjuksköterskor respektive undersköterskor/vårdbiträden från landstingens och kommunernas verksamheter men de flesta av vårdens övriga aktörer finns också representerade. Dessa var t ex paramedicinsk personal, politiker och läkare samt arbetsledare och biståndshandläggare. Coacherna hade i uppdrag att utse deltagare till fokusgrupperna utifrån riktlinjerna för sammansättningen (bilaga 2) och att tillse att spridning med deltagare från olika verksamheter och geografiska områden blev tillgodosett. Sammantaget beräknades att 124 personer skulle ingå i fokusgrupperna. För att inte riskera att grupperna blev för små förorsakat av förhinder utsågs också ersättare. Slutligen kom fokusgrupperna att bestå av sex till tio deltagare. Under mars månad 2004 genomfördes 16 fokusgrupper i Lycksele och Halmstad med sammanlagt 62 personer i Halmstad och 54 personer i Lycksele.

2.2.3 Intervjuerna

Som stöd för moderatören konstruerades en detaljerad intervjuguide i enlighet med projektbeskrivningen och i samarbete med projektledningen. Varje fokusgruppsintervju, som tog 1,5 – 2 timmar i anspråk, bandades och skrevs ut ordagrant av moderatören i Halmstad respektive Lycksele. Det mycket omfattande materialet har bearbetats, tolkats och analyserats utifrån riktlinjer för kvalitativ innehållsanalys (Kvale 1997, Bergström och Boréus 2000). Materialet har först lästs utifrån ett helhetsperspektiv, där det övergripande innehållet i intervjun har fångats. Därefter har det lästs utifrån fokus på vilka svar som fanns på våra specifika frågeställningar. Svaren grupperades utifrån hur vi såg att de sammanföll innehållsmässigt. För att få en något djupare analys skedde därefter meningskoncentrering – vad är kärnan i vad som sägs, alltså det kondenserade svaret som därefter inordnades i ett antal kategorier.

2.2.4 Trovärdighet och överförbarhet

När två för varandra okända personer skall genomföra gruppintervjuer i en studie som dessutom sker på två skilda orter, krävs ett flertal diskussioner bland annat avseende intervjuguidens utformning. För att uppnå samsyn och för att undvika missförstånd avseende frågornas innehåll har varje fråga med tillhörande följdfrågor diskuterats ingående. Trots detta kan man inte bortse från att någon fråga kan ha hanterats olika, t ex fått lite olika tyngdpunkt i diskussionerna. De första stegen i analysen (se ovan) gjordes därför tillsammans och arbetet har därefter hela tiden följts upp via telefon och mail med diskussioner och nya genomläsningar av materialet. Analyserna har också vid ett flertal tillfällen kontrollerats gentemot de utskrivna texterna.

För att ytterligare validera resultaten återfördes resultaten genom muntlig redovisning av de preliminära resultaten till coacherna, fokusgruppsdeltagarna, representanterna från förvaltningarna i kommunerna och landstingen samt till de politiker som deltagit i projektet. Vid dessa tillfällen framkom att man väl kände igen sig i resultaten och att dessa uppfattades som trovärdiga.

Ett antal studier pekar på resultat som är i linje med föreliggande studie och dessutom har förutsättningarna för vårdpersonal generellt sett många gemensamma nämnare varför vissa delar i resultatet är rimligt att tolka som giltigt. (Höglund 2003, Broqvist 2004, Blomqvist 2004, Lämås och Jacobsson 2004).

3. RESULTAT

Resultaten som redovisas är sådana som var särskilt tydliga och vanligt förekommande i fokusgrupperna och/eller kan anses vara typiska för en särskild verksamhet eller yrkesgrupp. Generellt sett görs inga jämförelser mellan Halmstad och Lycksele men om resultaten är uttalat specifika för någon av kommunerna eller landstingen anges det. När resultaten härstammar från landstingens verksamheter används begreppet patient och begreppet vårdtagare används när resultatet härstammar från kommunal verksamhet. Om svaret avser både patienter och vårdtagare används begreppet brukare.

Fokusgruppsdeltagarna benämns för enkelhetens skull deltagare. I de fall där yrkesbeteckningen undersköterska används inkluderas även i förekommande fall vårdbiträden.

I projektet har det varit viktigt att utreda och förstå vårdpersonalens kunskaper om prioriteringar och hur de utifrån sitt perspektiv ser på prioriteringar. Resultaten ska, utifrån det, ses som deltagarnas uttryckta uppfattningar om prioriteringar i deras vardagssituation. I resultatet redovisas därför också en del aspekter som faller utanför en strikt definition på prioritering. Detta innebär att en del av resultaten i sin grund kanske handlar om hur huvudmännen organiserar sin verksamhet eller om effektiviseringar som har andra syften än att prioritera inom vården. Eftersom deltagarna menar att effekterna av t ex organisering påverkar deras arbete och möjlighet att prioritera i vardagen har det varit av vikt att ha detta vida angreppssätt

3.1 Vad handlar prioriteringar om?

En av de inledande frågorna i fokusgrupperna handlade om vad man tänkte när man hörde begreppet prioritering. De flesta uppfattade det inte negativt utan som något man självklart gjorde i sitt arbete och som behövde lyftas fram. Generellt sett kan sägas att de flesta till en början inte refererade till riksdagens prioriteringsbeslut. Allt eftersom diskussionerna pågick hänvisade dock fler vid olika tillfällen till beslutet och flera deltagare uttryckte åsikter liknande dessa:

Utan att man tänker på det så är det så och ibland gör man rätt val och ibland gör man fel val. ...För jag vet inte alltid vad min gräns går, vad jag skall göra och vad jag inte ska göra för jag känner att den har tänjts med åren, det har det.

En förklaring till att deltagarna i början inte refererade till prioriteringsbeslutet var att endast ett fåtal av deltagarna tidigare fått information om riksdagens prioriteringsbeslut genom sin arbetsgivare. De som fått information var främst läkare, några sjuksköterskor och arbetsledare samt någon undersköterska.

Trots att många menade att prioritering inte självklart var ett negativt begrepp så associerade många deltagare det ofta till besparingar och bristande ekonomiska resurser:

Ekonomi är vad jag tänker på framförallt. Den springande punkten är väl någonstans att det handlar om pengar... att vi inte har råd att upprätthålla det som tidigare varit. Därför har de här prioriteringarna kommit till.

I intervjuerna framkom att faktorer på individnivå, gruppnivå, organisationsnivå och samhällsnivå påverkar möjligheten för dem att prioritera. Deltagarna menade att innebörden i prioritering för dem handlade om att ta ansvar för de prioriteringsbeslut som de ställs inför i sitt arbete och att de bakomliggande orsakerna till behoven av prioritering var knappa resurser eller effekter av det delvis delade huvudmannskapet inom vården.

Svaren har delats in i följande kategorier:

- Bedöma och göra val
- Prioritering utifrån olika roller i yrket
- Resursbrister
- Olika vårdgivare

3.1.1 Bedöma och göra val

Diskussionen om vad prioriteringar handlade berörde oftast, på ett eller annat sätt, frågan om att bedöma och göra val. Det tydligaste var att prioriteringar till stor del hänförs till det som påverkas i det egna arbetet och det som åtminstone till viss del kan påverkas. På individnivå beskriver deltagarna att det handlar om att rangordna brukarnas olika behov och att välja bort eller att undvika att välja bort. I många fokusgrupper framkom att deltagarna uppfattar det som att de försöker att "pressa in" alla de uppgifter de anser bör utföras. Oavsett de omprioriteringar som deltagarna ständigt upplever att de gör minskar inte mängden uppgifter, de byter bara plats; t ex sade en av deltagarna med anledning av brist på tider för akuta besök på vårdcentralen:

Då kör vi en snöplog och sen tar det stopp därför att då har vi alla våra kroniker. Diabetespatienter, hjärtpatienter, blodtryckspatienter får vänta till listan växer, det här det går ju inte, vi måste ju hjälpa alla dessa människor. Så vänder vi plogen och så kör vi åt andra hållet med färre akuttider, så kör vi ett tag, så rasar vi ihop!

De ständiga omprioriteringarna under en arbetsdag innefattar också bedömningar av vilka patienter som ska slussas vidare till andra vårdgivare. Deltagarna upplever också att det ofta är svåra val mellan brukares behov och andra uppgifter som måste göras i det dagliga arbetet och att de ofta står ensamma med dessa beslut.

En deltagare sade så här om ett sådant val:

Om det är en patient som är väldigt orolig så skulle jag ju hemskt gärna vilja sitta ner och prata, men det kan jag ju inte alltid göra för att det är annat som kräver min tid som jag prioriterar då, som är viktigare.

3.1.2 Prioritering utifrån olika roller i yrket

I diskussionerna i fokusgrupperna framkom att vårdpersonalen upplever sig ha ett flertal olika roller som berör prioriteringar. De mest tydliga var rollerna som beslutsfattare och företrädare för brukarna och den balanserande rollen som vårdpersonalen upplever att de har i sitt arbete. Vårdpersonalen har stor betydelse i de prioriteringar som görs i vardagen och som oftast får direkta konsekvenser för brukarna. I fokusgrupperna framkom vid ett flertal tillfällen att deltagarna upplevde att deras yrkesroll är splittrad mellan det patientnära arbetet och det som handlar om administrativa eller andra uppgifter. Många upplevde också otydlighet i vilka arbetsuppgifter som ingick i de olika yrkesrollerna och att det kunde uppstå konflikter mellan de egna förväntningarna och vad politikerna menade att de ska utföra. En sådan konflikt kan också finnas mellan de olika yrkesgrupperna i vården. I Lycksele påtalade flera deltagare att de upplevde sig som assistenter till läkarna. Mest framträdande i intervjuerna var den balans som deltagarna försöker att skapa mellan olika prioriteringars konsekvenser.

Deltagarna återkom ofta till resonemang om ansvaret för att göra rätt bedömning och att fatta rätt prioriteringsbeslut. Ofta upplevdes besluten som självklara, men ibland gav de upphov till etiska dilemman och skuld känslor. Det handlade till exempel om att behöva lämna en svårt sjuk brukare för att någon annan behövde hjälp eller att ensam behöva ta beslut om att rangordna brukare som man ansåg ha likvärdiga behov. Flera deltagare framhöll vikten av att inte stå ensam med svåra beslut, som en av deltagarna uttryckte så här:

Ensam med ett svårt beslut ska man inte stå utan det bästa är att redan när man träffar personen och anhöriga att man diskuterar detta, hur ska vi göra om något skulle hända, hur ställer ni er till det och då får man ju skriva ner det. Men när katastrofen har hänt då vill jag gärna ha en doktor med mig.

Ett sätt att arbeta med gemensamma beslut representerar den psykiatriska mottagningen i Lycksele. Vid så kallade teamträffar diskuteras och tas gemensamma beslut om vilka patienter som skall behandlas och vilken strategi man skall ha för behandlingen. Nätverksarbete som inkluderar patient, anhöriga, andra vårdgivare och arbetsgivare där man arbetar för gemensamt tagna mål ses som en viktig del i teamarbetet.

Genomgående upplevde deltagarna att det behövdes ökade möjligheter att diskutera hur man skulle hantera svåra beslut. De flesta vardagliga beslut handlar kanske inte om så svåra ställningstaganden, utan mer om att göra rätt uppgifter i rätt ordning när olika uppgifter ska utföras med kort varsel och ske snabbt. Om detta sade en deltagare:

Jag ska göra flera saker samtidigt. Jag ska ta ett EKG, jag ska hjälpa ett barn att ta ett prov och jag ska ta ett hörseltest. Det kommer tre läkare samtidigt och säger att det här får du göra. Då tänker jag så här att EKG få jag ta först för den patienten har ont i bröstet, så där får jag kanske göra under dagen.

Deltagarna upplevde sig ibland som risktagare, t ex när det i akuta skeden inte fanns tid att skaffa sig den information om brukarna som behövdes eller när man tvingades att prioritera att åka på hembesök till en vårdtagare på bekostnad av en annan. Flera menade att de efter nästan varje arbetsdag kände sig otillräckliga på grund av att de hade prioriterat bort något som de egentligen ansåg borde ha prioriterats.

Negativa konsekvenser av förändringar inom den egna organisationen eller av prioriteringar som den andre huvudmannen gör försökte deltagarna dämpa bland annat genom att brukarnas behov prioriterades på bekostnad av andra uppgifter. I det dagliga arbetet balanserar deltagarna mellan att tillgodose olika behov och olika uppgifter beroende på angelägenhetsgrad. Hur detta kan te sig åskådliggörs av en deltagare som arbetar i parvård⁴:

Vi skall både vara nära omvårdnaden av patienten och sen skall man vara den som sköter medicinerna och dokumentationen och svarar i telefonen. Man är på så många ställen så att man lätt blir splittrad. Det är omprioriteringar var tionde minut mellan varven och har då undersköterskan stått och väntat på en, kanske för att man skall gå in till någon, jag förstår ju att de blir jättefrustrerade. Man känner sig väldigt otillräcklig, man skulle vilja ha några fler ben och armar.

Flera deltagare menade att de tvingades att göra uppgifter som gjorde att de i mindre utsträckning kunde prioritera arbetsuppgifter som tillhörde yrkesrollen.

⁴ Parvård i betydelsen att en sjuksköterska och en undersköterska arbetar i team med gemensamt ansvar för ett visst antal patienter.

Det kunde t ex handla om administrativa uppgifter, serviceuppgifter eller uppgifter som t ex städning och detta upplevdes som otillfredsställande eller som en deltagare sade:

Det som tär mycket på mig är prioriteringar mellan patienterna och mellan andra arbetsuppgifter som inte kräver min kompetens. Och där tycker jag att det många gånger är svårt att få gehör för att vi skall utnyttja kompetensen på bästa sätt inom alla områden.

Deltagarna menade också att de försöker att ”pressa in” allt fler arbetsuppgifter, trots att det kunde vara på bekostnad av upplevd kvalitet, eftersom de upplever att brukarnas behov är så stora. Det som främst prioriteras bort, menade många deltagare, var kringuppgifter och personalens behov av utveckling och fortbildning.

Att deltagarna ser sig som företrädare för brukarna framkom tydligt och kom till uttryck bland annat genom att de försvarar brukarnas rättigheter och påtalar orättvisor och problem inom vården som drabbar den enskilde brukaren. Det kunde t ex handla om att äldre, ofta svårt sjuka brukare, inte prioriterades så som de borde eller att förändringar så som indragning av rehabiliteringsplatser drabbade de svagaste grupperna. Vid några tillfällen framhöll deltagarna att de försökte att särskilt tillse de ”tysta” brukarnas behov för att dessa inte skulle bli undanträngda av behov hos starkare brukare vilket en deltagare uttryckte så här:

Det kan vara så att man prioriterar dem som alltid skall vara först, då försöker jag att prioritera dem som aldrig säger något, hjälpa dem någon gång i första hand. De är många som inte säger någonting och det finns dom som alltid skall hävda sin rätt.

Deltagarna såg som sin uppgift att ”ställa upp” för brukarna så att de inte ”kom i kläm” som någon uttryckte det. Det handlade om att skapa någon slags trygghet och kontinuitet i vården eller att göra något extra för någon brukare. Om detta kunde tillgodoses var de nöjda med sin arbetsinsats men ofta fanns inte tillräckligt med tid:

Det är en väldig tillfredsställelse när man får göra något extra för en patient. Men det är inte ofta man hinner det. För mig är det viktigt att det finns rutiner. Frågan är ju hur man skall orka med att bry sig i allting då det är så stressigt så det hela tiden sker prioriteringar.

Särskilt viktigt framstod det att alltid försöka tillgodose basbehoven även när tidsbristen var som störst. En viktig uppgift, menade deltagarna, var att försvara och upprätthålla en god kvalitet. Detta kom till uttryck i att de i olika sammanhang påtalade brukarnas rättmätiga krav och olika behov och vad som behövdes för att tillgodose dem.

Ett tydligt dilemma, som många deltagare som arbetade på särskilda boenden upplevde, var att det saknades gruppboende för demenssjuka vilket innebar att många med demenssjukdomar bor på vanliga särskilda boenden. Deltagarna beskrev att resurser saknades för att ge demenssjuka relevant vård och att de andra vårdtagarna fick anpassa sig i alltför hög grad. Hur dessa problem kunde te sig i vardagsarbetet beskrivs av en deltagare så här:

En del blir aggressiva och förvirrade, de stannar inte på sina rum. Då får de som är klara gå in på sina rum, så det är ett dilemma som blir mer och mer påtagligt för att vi har för få platser. De anhöriga som skriker högst, fokus blir på dem som skriker högst vad de än gäller eller kan tala för sig eller de mest aggressiva.

3.1.3 Resursbrister

Det var relativt vanligt att deltagarna upplevde fenomenet prioriteringar som starkt kopplat till resursbrister som kunde hänföras till ett organisatoriskt och/eller samhälleligt plan. Bland annat angavs bristande ekonomiska resurser och att det ekonomiska tänkandet på politisk och på högsta förvaltningsnivå var alltför kortsiktigt. Det förebyggande arbetet prioriterades inte i tillräcklig grad menade många deltagare och en av dem uttryckte det så här:

Man kan kanske inte se att man vinner i längden, om jag gör så här nu, det kostar nu, men sen sparar vi pengar.

På individ- och grupp-nivå handlade prioriteringarna om att brukarnas basbehov d v s hjälp med mat, medicin, hygien, påklädning och att komma upp ur sängen var det som måste prioriteras och att tid för annat inte fanns. Det förekom även att basbehov inte alltid blev tillgodosedda - planerad dusch fick vänta - och ibland var tiden så knapp att man inte hann med att hjälpa brukarna upp ur sängen i rimlig tid, eller som en deltagare sade:

Då är det verkligen, då är vi nere och naggar på måsteuppgifter, att de boende skall sättas på toaletten. Grundgrejor alltså, man har inte tid att sätta brukaren på toaletten eller sköta toaletträning utan det blir byte i sängen och sen är det upp i rullstol och sen är det maten.

Det kunde också handla om att kontroller eller uppföljningar fick vänta eller att de ibland inte utfördes vilket upplevdes som att man tog risker och att säkerheten, särskilt under helger, äventyrades.

En deltagare sade med hänvisning till alltför låg bemanning:

Att vi prioriterar så hårt i bemanningen så att idag hinner inte folk utföra sitt jobb och man kommer in i en rundgång där allt blir fel. Jag vill hävda att det är gränsfall, många gånger. Om man tittar på kvällar och helger så är det dåligt bemannat och dålig säkerhet.

Det fanns också undantag. En deltagare som arbetade på gruppboende för dementa uppfattade att resurserna var tillräckliga för att göra det fullt möjligt att uppfylla god kvalitet i vården. En annan deltagare som var personlig assistent var av samma uppfattning och beskrev det så här:

Jag tror jag har det rätt lyxigt ändå som personlig assistent. Jag jobbar helt ensam med vårdtagaren. Och för mig handlar det också om det basala och praktiska, men annars skall jag se till att hon mår bra, göra något roligt att hon trivs. Så man jobbar i sin egen takt och man bestämmer tillsammans med vårdtagaren vad man skall hitta på.

Några deltagare beskrev att god kvalitet inte alltid kunde upprätthållas, främst vid kortare sjukfrånvaro då man inte hade tillgång till ersättare. Det förekom också att viktiga uppgifter inte hanns med, detta kunde till exempel gälla dokumentation. Mycket av resursbristens verkningar uttrycktes som att man försökte dämpa konsekvenserna av dessa för brukarna, vilket ledde till fler så kallade ”brandkårsuttryckningar” och en belastad arbetssituation. För medarbetarna hänger upplevelsen av att utföra sitt arbete på ett bra sätt med stor utsträckning samman med vad varje enskild medarbetare ser som kvalitet i verksamheten och med de egna ambitionerna och värderingarna. Deltagarna framhöll vikten av att ha möjlighet att ibland också prioritera brukarnas sociala behov för att känna sig tillfreds med sin arbetsinsats. Att på grund av resursbrist ”tvingas” att prioritera bort sådant som uppfattas som viktiga delar av omvårdnadsarbetet bidrar enligt deltagarna till en frustrerad arbetssituation. Flera deltagare ansåg dock att de för det mesta hade möjlighet att göra ett gott arbete även om förutsättningarna skiftade och menade att de själva måste försöka se till det som är bra. Följande citat ger uttryck för försök att fokusera det positiva som åstadkommit under dagen:

En del dagar känns det riktigt bra och ibland är man riktigt nöjd med sig själv. Andra dagar känns det mindre bra att jag inte hann det jag skulle. Jag är lite rädd för den känslan att göra ett dåligt jobb faktiskt, då måste jag leta reda på det jag gjort bra under dagen. Annars gnager det där och om det blir så skjuter jag bort den tanken.

Kraven på vad som är god kvalitet riskerar att anpassas till rådande möjligheter och tillgång till resurser och därigenom minskar kraven på vad som är godtagbart enligt flera deltagare.

Flera var också tveksamma till om de kunde göra ett gott arbete, de upplevde ofta kvalitetsbrister och känslor av otillräcklighet var vanliga. Ofta hängde dessa känslor samman med situationer där de känt sig stressade och inte utfört sitt arbete så som de helst skulle vilja:

Det är den sociala biten, jag hinner inte vara så social som jag skulle vilja eller som jag brukar. Jag har inte tid att lyssna, jag känner mig stressad själv och det känns inte bra.

Orsaker till att deltagarna upplevde att det inte kunde utföra sitt arbete på bästa sätt var förutom att det saknades resurser också bristande tillgång till nödvändig information eller att ledarskapet var otydligt.

3.2 Faktorer som påverkar vardagens prioriteringar

Många val som den enskilde medarbetaren gör i sin vardag är beroende av prioriteringar som andra gör. Denna påverkan sker både från politisk nivå, förvaltningsnivå och på en mer vardagsnära nivå t ex genom olika yrkesgruppers val och bedömningar.

Svaren har delats in i följande kategorier:

- Politiska beslut
- Olika vårdgivare
- Inomorganisatoriska faktorer
- Yrkesrelaterade faktorer
- Krav från brukare och anhöriga

3.2.1 Politiska beslut

Politiska budskap, eller som flera deltagare uttryckte det ”löften till allmänheten”, om t ex tillgången till vård är enligt deltagarna alltför optimistiska och stämmer inte med den verklighet de upplever i vardagsarbetet. Flera politiska beslut har under de senaste åren pekat i den riktningen och starkt påverkat hur medarbetarna måste prioritera i sitt arbete. Som exempel kan nämnas att medborgarna har rätt till personliga val inom vården, lovas läkarkontakt inom viss tid och att få vård inom tre månader:

Det är ju de här besluten som har fattats t ex att man skall kunna kräva att få vård och träffa en doktor inom x antal dagar som vi upplever väldigt starkt i primärvården när folk ringer. Så vi får ju ta en del stryk och vi får försöka förhålla oss neutrala och bemöta människor med olika krav.

De politiska besluten kan också innebära att vissa verksamheter eller insatser prioriteras periodvis och att andra då får stå tillbaka. Grunderna för de politiska löften och prioriteringarna är inte alltid kända av medarbetarna. Deltagarna menade att besluten är svåra att leva upp till och tenderar också att tränga undan andra prioriteringar som medarbetarna menar är lika viktiga. Deltagarna reflekterade också över att många politiska beslut inte blir genomförda och att det bland annat berodde på att besluten var otillräckligt förankrade i verksamheten eller att goda förutsättningar som t ex tillräckligt med resurser saknades.

3.2.2 Olika vårdgivare

Prioriteringarna påverkas också av att det är två huvudmän som agerar på en delvis gemensam arena. Deltagarna upplevde att gränserna mellan huvudmännen är otydliga och att möjligheten att prioritera därmed påverkas. Det kan handla om att den ena huvudmannen gör besparingar som i sin tur innebär en ökad belastning för den andre; som ett exempel nämns att landstinget vid ett tillfälle minskade antalet platser för rehabilitering vilket ledde till att den kommunala rehabiliteringen fick ta över patienter som tidigare hört till landstinget. Detta påverkade i sin tur arbetet inom andra delar av äldreomsorgen, vilket en deltagare beskrev så här:

Det handlar om vad man prioriterar på sjukhuset, man prioriterar fel saker och det påverkar oss allihop på ett väldigt tydligt sätt. Alltså vi är väldigt, väldigt styrda av hur sjukhuset prioriterar och väljer bort, för det gör dom ju också.

Ett annat exempel var att kommunen minskat antalet korttidsplatser vilket gör att allt fler äldre patienter vårdas på sjukhuset trots att de hade kunnat vårdas i en annan vårdform. De i övrigt allt kortare vårdtiderna innebär både sjukare patienter i hemsjukvården och sjukare vårdtagare inom hemtjänsten och på äldreboenden. Till viss del kan denna form av förändringar ses som en omfördelning av uppgifter och kostnader mellan huvudmännen.

Förändringar som huvudmännen genomför utifrån sina prioriteringar har oftast sin grund i politiska beslut och leder ibland till behov av omprioriteringar hos den andra huvudmannen. Det kan bidra till att fler arbetsuppgifter uppstår hos den andra huvudmannen och därmed innebär ökade kostnader. Det kan också innebära att grupper av vårdtagare som tidigare kunnat erbjudas insatser får en lägre prioritet bland annat när platser för rehabilitering minskar inom sjukvården eller att allt sjukare äldre ska vårdas i kommunal vård och omsorg.

Den här typen av påverkan som leder till omprioriteringar hos den andre huvudmannen sker även när den kommunala vården och omsorgen gör förändringar, t ex att antalet korttidsplatser⁵ minskas, vilket kan leda till längre vårdtider för äldre patienter och därmed minska tillgången till vård för andra grupper. I någon fokusgrupp framkom också att det ibland förekom att tillgänglighet på grund av rutiner inom den andra huvudmannens enheter skapade merarbete och problem i den kommunala hemtjänsten, vilket en av deltagarna beskrev så här:

Personer skickas hem fredag eftermiddag och dom är i sämre skick och ska ha mer hjälpmedel och kanske en vårdsäng. De kanske ligger i en låg säng i vanliga fall och så ska dom ha full hjälp i helgen och så. Då säger hjälpmedelscentralen, nej vi kan inte komma ut med en säng förrän på måndag eller tisdag som tidigast.

Vården och omsorgen om de äldre och om sköra patientgrupper ställer krav på bra samarbete mellan de båda huvudmännen. Kommunala insatser till vårdtagare bygger i stort sett på beslut som görs utifrån individuella bedömningar. Den överföring av brukare som sker mellan sjukhuset och den kommunala vården sker via samordnad vårdplanering.⁶ Biståndsbeslut och vårdplanering är reglerat i lag och har hög prioritet i den kommunala äldreomsorgen.

Att den processen kan vara komplicerad kommer till uttryck i detta citat:

Något som har lagts jättemycket på oss nu är dokumentation och social vårdplanering som absolut inte har blivit smidigare utan tvärtom tycker jag. Jag kan ju inte prioritera bort det, men det kanske förskjuts på dagen. Men för att få ett flöde, patienter ska in och ut så måste du ta tag i det här ganska snabbt för att de ska kunna gå hem eller de ska ha ett annat boende. Så upplever jag det och så säger alla sjuksköterskor hos oss. Så det har ju inte blivit smidigare.

Flera deltagare från sjukhuset menade att överföringen av patienter till kommunen var en tidskrävande process, inte minst var det svårt att ”hitta rätt” biståndshandläggare. Det inkräktade på de prioriteringar de själva önskade göra och de menade att kuratorer egentligen kunde sköta stora delar av vårdplaneringen.

⁵ Tillfälligt kommunalt äldreboende i väntan på permanent boende.

⁶ Patienten, patientansvarig sjuksköterska, biståndshandläggaren som ansvarar för bedömningar i det område där patienten bor eller ska flytta till, samt andra berörda t ex anhörig planerar tillsammans för patientens utskrivning.

Kommunikationen och samarbetet mellan sjukhuset och äldreomsorgen har dock förbättrats under de senaste åren enligt flera deltagare, och en av dem sade så här:

Oavsett om det är kommun eller landsting så måste det ju vara samförstånd runt patienten och att man är överens och visst där brister det ibland men jag tycker ändå att det har fungerat bättre än vad det gjorde för några år sedan.

3.2.3 Inomorganisatoriska faktorer

Inom den egna organisationen sker också förändringar på en nivå som påverkar hur man på nästa nivå tvingas prioritera. Det handlade bland annat om att administrativa uppgifter har decentraliserats och upptog resurser som tidigare använts till patientarbete. Att andra uppgifter än patientarbete har ökat i omfattning uttrycks i följande citat:

Det är en organisationsfråga, fler och fler uppgifter har lagts på avdelningen, sånt som vi blev servade med förr ska vi nu göra, men vi har ju inte fått mer personal till det, utan vi ska göra det också!

Inte bara avdelningar har fått ökade eller förändrade arbetsuppgifter utan deltagarna menade också att ansvar och uppgifter under de senaste åren flyttats från sjukhusen till primärvården och en av sjuksköterskorna som arbetade där sade:

Min känsla är att de senaste fem åren har mer och mer slussats över från sjukhuset till primärvården. Innan var det vanligare att vissa återbesök sköttes av kliniken på sjukhuset. Nu är det mer stängda dörrar där och då har trycket på primärvården ökat utan att resurserna ökats.

Deltagarna menade också att man på verksamhetsnivån i stor utsträckning gör andra prioriteringar än de som förvaltningsledningarna kommunicerar med beslutsfattarna. Ett faktum som deltagarna antog att beslutsfattarna inte är fullt medvetna om.

En annan till synes självklar faktor som påverkar prioriteringarna i vardagen är de beslut om bistånd avseende vad brukaren ska ha hjälp med som fattas av handläggare på särskilda enheter. Besluten som ska utföras av personal i andra delar av organisationen följs av resurstilldelning och blir avgörande för hur hemtjänstpersonalen ska och kan prioritera i sitt arbete.

3.2.4 Yrkesrelaterade faktorer

Att det finns en särskild beslutsordning som bygger på yrkesgruppernas olika ansvars- och kunskapsområden är något som är självklart och ifrågasätts inte av deltagarna.

Det är först när kommunikationen brister eller om yrkesutövarna gör olika prioriteringar som problem kan uppstå. Det finns också ett ansvars- och kunskapsområde som befinner sig i gränslandet mellan de olika yrkesgrupperna där hierarkiska faktorer ger sig till känna. Ett exempel är när sjuksköterskan utifrån läkarens ordination uppdrar åt undersköterskan att börja gångträna patienten. Även om undersköterskan gjort en annan bedömning av lämpligheten i åtgärden förväntas hon utföra uppdraget, vilket en av deltagarna uttryckte så här:

Då är det ju något som doktorn har ordinerat, man har fått rapport av sjuksköterskan att detta ska göras och patienten vill inte. Man får på något vis lirka med dom och det är inte alltid man tycker att det är så jättekäckt att tvinga folk att göra det. Så där kan jag inte göra min egen prioritering utan det är någon annan som har gjort den åt mig och ofta är det så.

Det framhölls av några deltagare att överväganden som sjuksköterskan gör för att uppnå effektivitet inte alltid tas hänsyn till. Följande citat som är hämtat från Lycksele visar också på betydelsen av de stora geografiska avstånden:

Vi sjuksköterskor vill lägga planerade operationer så att de följer tidsavgångarna för sjuktransporter. Men vi har svårt att få något inflytande i denna planering då doktorerna ändå gör som dom vill och inte hör på oss...

Deltagarna menade att yrkesgrupperna ibland gjorde olika prioriteringar, t ex bedömde behov och uppgifter olika viktiga att tillgodose och att ekonomin hade olika stor betydelse för hur man såg på prioriteringar. Ekonomin diskuterades i alla fokusgrupper och några deltagare menade att chefer ofta prioriterade ekonomin, dvs att hålla budgeten på bekostnad av de prioriteringar som vårdpersonalen ansåg viktiga. Att olika yrkesgrupper ibland gör olika prioriteringar kan leda till frustration inför beslut som man kanske måste verkställa trots att man anser dem felaktiga. Det kan t ex gälla att medicinska åtgärder sätts in på mycket gamla sköra patienter, som beskrivs i detta exempel:

Kanske läkaren prioriterar att göra saker som man kanske egentligen vet att man inte borde göra. Det tycker jag att man som sjuksköterska kan ha rätt så ont av när man vet att det ändå är jag som får verkställa det. Det kan bli en väldigt konflikt när man känner, att läkaren har tagit ett beslut som jag egentligen inte tycker är rätt och det är ju också väldigt stressande.

Ibland förs en dialog kring detta med läkaren, men ofta är besluten redan tagna, patienten och/eller anhöriga är kanske redan informerade och diskussion med läkaren ansågs då mindre lämpligt.

3.2.5 Krav från brukare och anhöriga

Deltagarna upplevde att kraven från brukare och deras anhöriga har ökat i omfattning. Kraven upplevdes oftast som rättmätiga, men bristen på resurser medför att man inte alltid kan uppfylla kraven, vilket i sin tur kan ge upphov till skuld känslor. Detta bidrog till den pressade arbetssituationen som många beskrev och som detta citat är ett uttryck för:

Jag tror att vi alla inom vården känner idag att vi har väldigt stora krav från anhöriga. Det är det jag pratar om när jag pratar om press och den pressen kan i och för sig vara på gott och ont, men vi har så mycket krav att till slut kan man inte svara. Man förstår att dom har rätt att ställa krav, men jag har inte resurserna.

Det förekommer också att anhöriga direkt ifrågasätter om deras anförvant verkligen fått den hjälp de behöver och att personalen måste försvara verksamheten och sig själva trots att de anser att de gjort allt vad de anser vara möjligt utifrån befintliga resurser. En deltagare beskriver det så här:

Har inte mamma varit uppe idag, suttit i stolen eller? Och många gånger kanske hon får sitta uppe en gång på helgen och kanske två gånger per dag på vardagen för vi hinner inte mer. Då känner man de där kraven från anhöriga. Man är så less på att stå och förklara oss för anhöriga att vi är lite personal på helgen.

En uppfattning bland deltagarna var att skälen till de ökade kraven bland annat var en ökad medvetenhet och kunskapsnivå hos medborgarna. En av deltagarna som arbetar på en avdelning där patienterna ofta har långa sjukdomsförlopp med ofta förekommande sjukhusvistelser uttryckte det på följande sätt:

Där jag jobbar har vi många yngre. De ligger kanske inne flera dagar varje år och varje gång de kommer så har de sin dator med sig och det är självklart för dem. De kopplar upp sig och kollar de senaste rönen om deras sjukdomar. Är det deras föräldrar som ligger där så går de hem och kollar och kommer tillbaka och talar om för oss vad de har hittat.

Detta var inte något undantag utan ganska vanligt förekommande inom en del verksamheter. Det förändrade förhållningssättet till sjukvården hade sin grundorsak i samhällsförändringar i stort och deltagarna menade att det var viktigt att försöka hänga med i utvecklingen för att inte bli ifrågasatt och för att behålla sin legitimitet

En konsekvens av detta på individnivån var bland annat att kraven från starka brukare och deras anhöriga samt rädslan för att bli anmäld till HSAN (Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd) påverkade vilka prioriteringar den enskilde medarbetaren gjorde. Att dokumentationen, som ett led i detta, hade blivit allt viktigare och något som prioriterades åskådliggörs i följande citat:

Idag så dokumenterar man ju nästan in absurdum alltså. Man är så rädd så att man vill dokumentera i princip allt och jag kan säga att jag är glad för jag blev faktiskt anmäld till HSAN och det fanns anteckningar! Men det är hela tiden man har anmälningsshotet hängande över sig.

Något som också framkom i fokusgrupperna var att grupper som egentligen är lågt prioriterade tränger undan andra som har högre prioritet. De grupper som nämndes var unga personer och småbarnsföräldrar som saknade kunskaper i egenvård samt krävande eller aggressiva ”stökiga” personer. Hur man klarar att hantera dessa gruppers krav beror bland annat på den enskilde medarbetarens erfarenhet och styrka. För att skapa utrymme för prioriterade grupper menade ett flertal deltagare att arbete med egenvård t ex information till presumtiva patienter var av vikt för att minska antalet ”onödiga” besök på vårdcentralen.

Flera deltagare menade att generationsskifte, värderingsförskjutningar och en större medvetenhet ökat kraven på det man ansåg sig ha rätt till. Brukarnas ökade kunskaper och medvetenhet bidrar också till att deltagarna upplevde att deras kompetens blev ifrågasatt och att de inte alltid möttes med respekt:

Tidigare fanns en stolthet, jag var undersköterska, jag var sjuksköterska, jag var doktor och som patient hade man en väldigt respekt för detta. Nu säger inte jag att det var bättre förr, för det var ju hemskt när man skulle ligga givakt i sängen. Man har inte tillit fullt ut och det är bara mitt och mitt eget som gäller som patient och det är inte fel det heller, men man hade mer respekt förr för yrkesrollerna.

Krav, ifrågasättanden och ibland bristande respekt påverkar de beslut om prioritering som vårdpersonalen dagligen måste göra. Kraven från ”störande” patienter i väntrummen gjorde att man ibland prioriterade dem för att man måste skapa ro och ordning för de andra patienterna. Det fanns också förväntningar och krav mellan olika yrkesgrupper som skulle tillgodoses. I de flesta fall var detta en naturlig del av arbetsfördelning som skapade ordning i arbetet men kraven kunde också inkräkta på det man uppfattade som de egna viktiga arbetsuppgifterna.

3.3 Olika former av prioriteringsbeslut

I fokusgrupperna diskuterades beslut om prioriteringar på ett flertal nivåer allt från högsta politiska nivå till de beslut som den enskilde medarbetaren dagligen gör i sitt arbete.

Svaren har delats in i följande kategorier

- Prioriteringsbeslut uppifrån utan delaktighet
- Hierarkiska/yrkesrelaterade prioriteringsbeslut
- Egna vardagsnära prioriteringsbeslut
- Prioriteringsbeslut i dialog med berörda

3.3.1 Prioriteringsbeslut uppifrån utan delaktighet

En stor andel av de synpunkter som framkom om hur prioriteringsbesluten gick till handlade om politiska beslut och beslut på en organisatorisk övergripande nivå. Besluten uppfattades ibland som pålagor och deltagarna kände sig inte delaktiga i den formen av beslut. Andra beslut som har betydelse för prioriteringar är riktlinjer och direktiv från Socialstyrelsen som man uppfattade som tvingande:

Jag tycker att det är andra som styr, det är Socialstyrelsen... vi ska ha signeringskrav på allting, det är sjukhusledningen som lägger på sköterskorna att sköta Respons. Det är hela tiden pålagor uppifrån som försvårar arbetet och kräver att man tar tid från sjukvården till såna uppgifter och det har vi väldigt svårt att påverka.

Deltagarna menade att de oftast inte hade något inflytande över verksamhetens ramar i form av bland annat resurstilldelning. Många upplevde också att den ekonomiska styrningen blivit allt tydligare och att budgeten var ett ständigt återkommande diskussionsämne på arbetsplatsträffar och andra möten. I ett flertal fall menade deltagarna att de kände sig överkörda på så vis att ledningen efterfrågat deras synpunkter men sen inte tagit hänsyn till dessa. Det fanns också deltagare som menade att den egna förvaltningen var lyhörd men att mer kunde göras avseende delaktighet.

I Lycksele stod man för en tid sedan inför frågan om akutsjukvården och BB skulle få finnas kvar eller flyttas till Regionsjukhuset i Umeå och ett sparbetning inom landstinget på tvåhundra femtio miljoner kronor på tre år. Detta skapade oro inför framtiden hos personalen. Delaktigheten inför dessa stora omorganisationer var obefintlig och känslorna präglades av ilska och uppgivenhet.

Citatet nedan kan ses som ett exempel som i grunden kanske handlar om omorganisation, effektiviseringar eller utbudsbegränsningar, men som upplevs av deltagarna som en prioritering som får avsevärd effekt på deras arbetssituation.

Vi befinner oss i en orolig tid med många omorganisationer. Ingen vet någonting och man får bara höra en massa rykten. Och hela tiden pratar man om att antalet invånare sjunker i inlandet och vi får fler äldre som blir sjukare också. Detta skall vi sköta med mycket mindre resurser, jag vet inte hur man skall orka!

Styrning inom den egna organisationen sker bland annat genom att chefer på olika nivåer tolkar politiska beslut, gör prioriteringar och fördelar resurserna utifrån det. Flera deltagare menade att tjänstemän och läkare har stor makt och kan påverka hur verksamheter prioriteras bland annat genom att de lämnar underlag och gör bedömningar av konsekvenser inför beslut.

3.3.2 Hierarkiska/yrkesrelaterade prioriteringsbeslut

På individ- och gruppnivå sker en betydande styrning genom de hierarkiska förhållanden som finns mellan yrkesgrupperna i frågor som rör insatser till brukarna, inte minst de medicinska. Till stor del menade deltagarna är detta en självklarhet eftersom de har olika uppdrag och ansvar som bygger på olika yrkesmässiga kompetenser. I det flesta situationer fungerade detta väl men det förekom också att läkare tog beslut om åtgärder som sjuksköterskor och i vissa fall också undersköterskor tvingades genomföra trots att man hade invändningar. Olika läkare gör också olika bedömningar vilket ställer stora krav på snabba förändringar i verksamheten. Särskilt tydligt var detta i Lycksele där en av deltagarna sade:

Nog känns det som vi alltid jobbar för att skicka hem folk och skapa nya platser. Så är det hela dagarna, vi byter läkare hela tiden, sen kommer överläkaren och sen skall han göra något annat och sen kommer en ny doktor och då kan man få börja om och flytta patienterna, några flyttas till regionsjukhuset och sen kommer dom tillbaka. Det är så det är, en enda röra!

I flera fokusgrupper diskuterades också situationer när sköra äldre behandlats på sjukhus och kommer åter till sin bostad ”fullreparerade” som en deltagare uttryckte det. Deltagarna menade att det förekom att äldre blev behandlade mot sin vilja, vilket åskådliggörs i följande citat:

Det finns ju dom som slutar att äta för att den inte vill leva längre och det har hänt att de har kommit hem med pegg.⁷ Varje gång man skulle sätta sondmat så ruskade personen på huvudet för den vill inte ha det egentligen. Det är ju ett dilemma.

⁷ Sond för tillförsel av näring direkt i magsäcken.

En av deltagarna som var läkare menade att de riskerar att bli ifrågasatta både av kollegor och anhöriga om åtgärder inte sätts in. Det krävdes mycket bättre argument om inget gjordes än vad som behövdes om åtgärder sattes in, även om det var minst lika rätt eller mer rätt i många fall. Det förekommer också att åtgärder sätts in på grund av andra orsaker än de strikt medicinska:

Ibland måste man ta hänsyn till en massa faktorer som egentligen inte direkt har med patienten att göra. Att påbörja en behandling, sen trappa upp behandlingen kan ibland vara jättebra för de anhöriga, men kanske inte så bra för patienten, kanske inte så bra för mig själv. Det är liksom på så många olika plan som de här valen eller prioriteringarna sker.

Mellan sjuksköterskor och undersköterskor sker överföring av arbetsuppgifter bland annat via delegeringar. I flertalet fokusgrupper förekom diskussioner om undersköterskor som ansåg att de inte fick utföra uppgifter som de menade sig ha kompetens för. Det förekom också synpunkter på att även sådant som ansågs ligga inom ramen för yrkeskunskapen måste delegeras skriftligt och formellt. Detta gällde särskilt i kommunens äldreomsorg och flera deltagare sade sig ha "hela pärmar" med sådana delegeringar. Några uttryckte besvikelse över att de "fråntagits" uppgifter de en gång utfört:

Där har vi väl dilemmat som undersköterska, det här med delegeringar. I vår utbildning hade vi kanske omvårdnad med omläggning, katetersättning, men det har ju helt plötsligt tagits bort från undersköterskan roll och då ska det delegeras. Det är ju saker som vi en gång har lärt oss.

Flera deltagare förvånades över att uppgifter inte delegerades i större omfattning än vad som framkom och såg detta som ett slöseri med resurser. I Halmstad framkom också stora skillnader i hur delegationer hanterades, det var beroende på inom vilket område undersköterskan arbetade eller vilken sjuksköterska man arbetade med. I många fall arbetar sjuksköterskor och undersköterskor mer som ett team och frågan om delegeringar var inget problem:

Nu är det sagt två gånger, det här att sjuksköterskor inte delegerar. Jag har ett äldreboende och jag har undersköterskor som vill, kan och vågar, så jag gör inte en omläggning själv. Jag studerar det när det behövs och gör uppföljningar. Jag känner inte igen mig i ert sätt att beskriva det, jag jobbar inte så.

I äldreomsorgen beror också en betydande del av styrningen på utförare- och beställarorganisationen. Detta innebär att ansvaret för beslutet om vilken hjälp den enskilde brukaren skall ha ligger på en tjänsteman (biståndshandläggare) och arbetsledareansvaret på en annan.

Flera deltagare menade dock att kommunikationen om utökad hjälp till brukaren oftast fungerade väl mellan handläggaren och arbetsledaren.

3.3.3 Egna vardagsnära prioriteringsbeslut

Under varje arbetsdag tas en mängd beslut av olika karaktär varav en del handlar om att uppgifter, mer eller mindre akuta, som inte var inplanerade måste utföras och deltagarna menade att det ledde till ständiga omprioriteringar under dagen. En hel del av de vardagliga besluten var sådana som de hade stor delaktighet i eller själva ansvarade för. Avseende styrning av det egna arbetet menade en deltagare:

Vi är inte alls maktlösa, det är vi inte, men vi kan bara strukturera efter dom ramar som finns. Vi har väldigt svårt att ändra ramarna, där är vi rätt maktlösa känner jag i varje fall. Inom de ramar som är givna och som i och för sig ändras hela tiden, tyvärr, har vi mycket vi kan påverka.

Många av de vardagsnära besluten handlade om att man tillsammans med arbetsgruppen planerade sin arbetsdag och en rad beslut om vad som hade hög prioritet och vad som kunde vänta togs. Flera deltagare menade att de hade stor frihet att lägga upp sitt arbete och sin arbetsdag utifrån vad som bedömdes vara mest effektivt:

Vi har det väldigt fritt att lägga upp vårt arbete, alltså att prioritera, gör vi inte det nu så tar vi det sen. Arbetet skall ju göras, men hur vi gör det... Bara vi kommer till målet så spelar det ingen roll, bara det blir gjort.

I alla fokusgrupper diskuterades svårigheten att hantera krav från anhöriga och brukare. Många deltagare menade att det förekom att beslut om hur man skulle prioritera påverkades av sådana krav. Det kunde betyda att minsta motståndets lag följdes för att undvika långvariga diskussioner och kritik. Dilemmat att stå ensam med svåra beslut blir särskilt påtagligt när patientnära arbetsuppgifter måste väljas bort eller när beslut om åtgärder vid akuta situationer måste fattas. Flera deltagare beskrev att vissa beslut, särskilt sådana som handlade om konsekvenser av resursbrister, ska tas på mer övergripande nivå. Ekonomin med ständiga diskussioner om att spara påverkar arbetet på flera sätt. Ett exempel enligt deltagarna var att inte ersätta personal vid korttidsfrånvaro utan försöka att klara arbetet med färre personer i tjänst. Ett annat exempel var att det blivit allt vanligare att den enskilde medarbetaren väger in ekonomin när material för omläggningar eller andra behandlingar ska väljas. Deltagarna menade att denna form av prioriteringar är vanligt förekommande och att beslut av denna karaktär var en följd utav den ständiga diskussionen om ekonomin. I flera fokusgrupper diskuterades också att alla måste ta ansvar för ekonomin eftersom det är våra skattemedel som finansierar verksamheten.

En deltagare sade med hänvisning till försök att mildra verkningarna av den ekonomiska knappheten:

Det är ju vi som skall spara in dom pengarna som är ålagda uppifrån och anhöriga och patienter skall inte märka någon skillnad trots att man springer fortare.

3.3.4 Prioriteringsbeslut i dialog med berörda

Många ställningstaganden under en arbetsdag berör flera olika intressenter t ex kollegor, annan vårdpersonal, andra enheter och sist men inte minst brukare och anhöriga. Deltagarna menade att diskussioner om arbetet var ständigt förekommande och att beslut ofta togs i dialog med berörda. Vardagsnära prioriteringar sker i dialog med kollegor vid den dagliga planeringen av arbetet. Vanligtvis diskuteras inte i termer av prioriteringar utan hur arbetet ska ske för att kompetensen och resurserna ska användas på bästa sätt. Arbetsledaren är inte med i de vardagliga diskussionerna om prioriteringar, först om problem inte kan lösas tas diskussion med chefen. Möjligheten att föra en diskussion kring budget och vad som bör prioriteras upplevde deltagarna som väldigt liten.

Arbetsplatsträffarna användes mest för information i stället för dialog om till exempel prioriteringar. Dialog om prioriteringar skedde till viss del på samarbetsmöten och med ledningen via representanter i ledningsgrupper.

När problem av ett eller annat slag uppstått och det finns behov av att diskutera hur man löser den uppkomna situationen är det i första hand dialog med kollegor som blir aktuell. Enligt sjuksköterskorna var det också vanligt med enskild dialog med läkaren om specifika problem som avser brukarnas vård och behandling. Detta uttryckte en av dem så här:

Ja men det är arbetsplatsträffar, extra möten ibland, krismöten har vi haft med våra läkare och syror för att lösa, när vi håller på att gå i .. Sen får man ha enskild dialog med någon doktor eller kollega, hur gör jag nu, hur ska vi lösa detta, det förekommer hela tiden.

Ibland finns också överenskommelser om vårdinsatser mellan vårdtagaren, dennes anhöriga och ansvarig sjuksköterska. Deltagarna menade att diskussioner kollegor emellan om hur svåra problem eller situationer ska lösas ofta förekom. Det fanns också exempel på öppna systematiska prioriteringar där vissa yrkesgrupper tagit fram egna riktlinjer. Det gällde sjuksköterskorna i den kommunala äldreomsorgen och sjukgymnasterna på sjukhuset i Halmstad. Mer omfattande arbete med lokala riktlinjer för prioriteringar pågår inom psykiatri i Lycksele och inom flera specialiteter i Landstinget i Halland.

3.4 Faktorer som påverkar resursanvändningen

Resurserna till vård och omsorg är inte oändliga utan måste hushållas med och koncentreras till de väsentligaste arbetsuppgifterna vilket tydligt framgick att deltagarna var väl medvetna om. Ett flertal faktorer framkom som deltagarna menade bidrog till att inskränka möjligheterna att göra de prioriteringar som var önskvärda. En del av dessa handlade om det man i vardagsarbetet själv kan påverka medan andra berörde sådant som beslutas på förvaltningsnivå och som deltagarna hade liten eller ingen möjlighet att påverka.

Svaren har delats in i följande kategorier:

- Kompetens och resurser
- Inomorganisatoriska faktorer
- Mellanorganisatoriska faktorer

3.4.1 Kompetens och resurser

Deltagarna diskuterade budgeten som en självklarhet för vad som var möjligt att åstadkomma och att det var en faktor som var svår att påverka. Mycket av diskussionen om resursanvändning kom att handla om att det saknades läkare och kuratorer eller administrativa resurser och tjänster med utpräglad servicefunktion. Diskussionen handlade också om att resurserna inte tillräckligt väl tillvaratogs och att den kompetens som fanns användes på ett sätt som ansågs vara resursslöseri. Exempel på det är att personalen på distriktsköterskemottagningar själv ansvarar för att leasingbilarnas service och besiktning sköts. De får i flera fall också köra sopor till sopstationen, fixa smärre reparationer och utföra en del andra uppgifter som en vaktmästare annars hade kunnat utföra. Ett annat exempel som diskuterades var att vårdpersonalen lagar mat på äldreboenden. Om detta sade en deltagare:

De som flyttar in på äldreboende är så sjuka så de medverkar inte. Nästan ingen, det spelar ingen roll om de är dementa eller dom är vanliga äldre så medverkar de inte. Alltså är det ett slöseri på omvårdnadspersonalen och så tar det tid från dem som bor där som mår dåligt. Så de får sämre omvårdnad, men de får jädrans bra matlagning och bra städat.

Ett arbetssätt där ett fåtal yrkeskategorier ska genomföra de flesta uppgifterna är ett uttryck för synsättet att det ska råda kontinuitet i vården, alltså att så få som möjligt ska vara inblandade i vården/omsorgen om den enskilde brukaren. Deltagarna delar det synsättet, men upplevde frustration och stress när tiden blev allt för knapp och uppgifter som de ansåg direkt hörde till deras kärnuppgifter inte hans med.

En av deltagarna menade att det var ”fel i systemet” och att det på alla nivåer förekom att man utför uppgifter som någon annan hellre kunde göra och dessutom kanske har rätt kompetens för. Många deltagare upplevde också att gränserna för vad som ingick i deras uppgifter var otydliga och att det saknades stöd för att sätta gränser eller som en deltagare uttryckte det:

Man vet inte vad som ingår i paketet, vad ingår i servicen på enheten? Det är så självklart för anhöriga att personalen skall springa och hämta mediciner och rulla hår och peta naglar och fixa hörapparaten och sånt. Där har vi inte rätt stöd, känner jag, i att få veta vad gränserna går.

Det förekom att kompetens och ny kunskap som erhållits genom att personal utbildat sig inte alltid användes. Ibland saknades också kompetens och kunskaper vilket några deltagare menade bidrog till att resurserna inte togs tillvara på bästa sätt. Ett sådant exempel är att det på grund av kunskapsbrist och eller osäkerhet ibland ställs krav på sjuksköterskan att göra bedömningar av sådant som undersköterskorna annars själv kunde göra. Detta kunde även gälla undersköterskor på arbetsplatser med få utbildade undersköterskor:

Om jag jobbar på ett ställe som undersköterska med mycket utbildad personal då måste jag dubbelkolla hela tiden att arbetet blir riktigt gjort och hela tiden svara på frågor. Detta tar mycket av min arbetstid som jag så väl behöver till brukarna.

Brist på resurser leder ibland till att de befintliga resurserna inte används på bästa sätt. I flera fokusgrupper diskuterades hur den bristande tillgången på boenden för demenssjuka gjorde att många dementa personer vårdades på de vanliga äldreboenden eller i det ordinarie boendet med hemtjänstinsatser. Deltagarna menade att detta tog onödigt mycket resurser i anspråk och trängde undan andra behov. Ett exempel som särskilt framkom i Lycksele på att resurser inte används på bästa sätt är när för lite läkarresurs på vårdcentralerna leder till att tider för akuta besök tas i anspråk för annat än det de är avsedda för. Ett annat exempel från Lycksele var att vårdplatser upptas av andra patienter än vad de är ämnade för:

Många och långa tider, veckovis är vi ju ett sjukhem därför att brukarna inte har någonstans att ta vägen. Vi kan ju inte bara skicka iväg dom. Dom tar inte emot dom där dom bott förut för att dom blivit så mycket försämrade. Och vi har akuta hjärtan och andra akuta saker, så vi har en blandning på stora salar. Det ligger hjärtinfarkter med ganska så sjukt dementa som är väldigt oroliga så det är jättesvårt.

Resursbristen inom en verksamhet kan också orsaka ökad arbetsbelastning inom en annan. På så sätt kan negativa effekter förflyttas och göra att andra verksamheter kanske tvingas till oönskade omprioriteringar.

Deltagarna påpekade att den tidsbrist som ofta förekommer också bidrar till att effektiviteten i arbetet minskar och kan ge upphov till sjukskrivningar som i sin tur ökar belastningen för andra. En deltagare liknade detta fenomen vid "katten på råttan, råttan på repet" eller som en annan deltagare sade:

Nog tycker jag många gånger att man känner sig otillräcklig när man gjort dagens jobb. Man känner att man har för lite tid till uppföljning och återbesök och som kanske i förlängningen skulle spara in på sjukskrivningstid. Periodvis har man varit en brandsläckare för att lösa det mest nödvändiga.

3.4.2 Inomorganisatoriska faktorer

Olika faktorer, både på den enskilda arbetsplatsen och i den egna organisationen, påverkar möjligheten att använda resurserna på bästa sätt. Det handlade bland annat om att olika enheter inom landstinget som behövde samverka inte hade kompatibla datorprogram vilket medförde merarbete eller att tidbokningssystem var tidskrävande och alltför komplicerade. Deltagarna menade också att vissa administrativa arbetsuppgifter krävde för stor del av sjuksköterskans arbetstid på bekostnad av det patientnära arbetet.

Uppgifter så som lönerapportering och dokumentation framhölls i de flesta fokusgrupper som tidskrävande och en deltagare uttryckte det så här:

Jag tycker att vi slösar bort mycket tid på kommunikation på alla nivåer och kanter. Vi måste sitta framför en dator och skriva och kommentera till förbannelse och ingen läser det om inget allvarligt händer. Då tycker jag att det är meningslöst att dokumentera bara för att ha min rygg fri. Jag dokumenterar jättemycket så kommer patienten till lasarettet och ingen läkare vill ha mina papper, de kollar bara på sina egna journaler.

En deltagare menade att den typ av dokumentation som finns i Västernorrland där primärvård och kommun har ett gemensamt dokumentationssystem väsentligen skulle underlätta kommunikationen. En annan faktor som framkom som påverkade resursanvändningen var den organisationsmodell som kommunerna hade för äldreomsorgen d v s delningen mellan utförare och beställare som många kommuner har genomfört. Både Lycksele och Halmstad har särskilda biståndshandläggare vilka beslutar om vårdtagarnas rätt till insatser, dock inte direkt sjukvårdande insatser. Detta styr hemtjänstpersonalen arbete vilket kan hindra att resurserna används på det mest effektiva sättet.

Om detta sade en deltagare:

Det finns ju många som är undersköterskor som jobbar där, men massor av uppgifter får de inte göra för det finns inte i biståndsbeslutet. Alltså blir det konstigt, då blir det jag eller en undersköterska som jobbar i vårt team som går dit utifrån och gör saker när hemtjänstpersonalen precis har varit hos vårdtagaren.

Andra faktorer som framkom var kortsiktighet och som en följd av det, felaktiga besparingar som leder till att resurserna inte togs tillvara på ett effektivt sätt. Resurser gick också till spillo när förändringar eller nyheter inte var förankrade ute i organisationen och medarbetarna på grund av bristande delaktighet och engagemang inte till fullo anammade förändringen. Vid sådana tillfällen gick mycket energi till att hantera den oro som uppstod, energi som annars kunde användas konstruktivt i arbetet.

Ytterligare en omständighet som framkom i Lycksele var de mätningar av vårdtyngd som gjordes av en konsult var tredje månad och som av flera deltagare upplevdes ge en förskönad bild eftersom de inte innefattade transporten mellan vårdgivarna. Andra problem som påtalades med mätningarna var att sängbundna patienter fick högre poäng än oroliga dementa brukare som krävde mer personella resurser. Även i Halmstad påtalades brister i de system som används för mätning av vårdtyngd och för mätning av utförda aktiviteter.

I Lycksele påtalade deltagarna att de upplevde ett behov av ökad tydlighet avseende ansvar och resurser för den palliativa vården. Deltagarna menade också att samarbetet behövde förbättras för att vårdgivarna ska känna trygghet inför beslut och mål för palliativa patienter och att utbildning och handledningen behövde utvecklas.

I de flesta fokusgrupper diskuterades olika sätt att spara på resurser och deltagarna menar att de tog det ansvar för resursanvändning på den enskilda arbetsplatsen som de hade möjlighet till. Det handlade om att tillvarata både personella och materiella resurser genom att inte anlita timanställda och vikarier vid tillfälliga sjukdomsfall om det inte var nödvändigt; att välja relevant material vid behandlingar och exempelvis rätt inkontinensmaterial. Således kunde resursanvändningen till viss del påverkas men deltagarna upplevde ändå att de har starkt begränsade möjligheter att påverka tillgången på resurser.

3.4.3 Mellanorganisatoriska faktorer

Ett flertal faktorer som påverkar hur man använder resurserna och har möjlighet att prioritera i arbetet har sitt ursprung i det delade ansvaret för hälso- och sjukvården. Ett exempel var de allt kortare vårdtiderna som gör att sköra äldre personer ibland åter får skrivas in på sjukhus kort tid efter utskrivningen.

Ett annat exempel var minskningen av rehabiliteringsplatser på sjukhuset både i Halmstad och i Lycksele. Båda dessa exempel ger upphov till att allt sjukare personer vårdas i kommunerna, vilket påverkar hur resurserna används och hur personalen upplever att de måste prioritera. Å andra sidan orsakar bristen på specifika vårdformer eller tillgången till äldreboenden att vårdtiderna ibland blir för långa, vilket slutligen minskar tillgången till sjukvård för andra. Det handlar också om vårdplaneringen och de oklarheter och brister som kan finnas i den hanteringen:

Jag tycker att rutinerna är för dåliga: det ska faxas till höger och vänster, det ska fyllas i papper, det ska ringas och det ska planeras hitan och ditan, det är liksom, puh, en kedja som är hur lång som helst där man liksom inte kommer till målet.

Flera deltagare menade att samarbetet mellan organisationerna hade blivit bättre under senare år men att rutinerna för överföringen av patienter till kommunen var allt för komplicerad och tidskrävande. Orsaken till att kommunen prioriterade vårdplaneringen så högt menade deltagarna i grunden orsakades av det betalningsansvar som kommunen har för patienterna om de inte kan skrivas ut enligt de avtal som finns mellan kommun och landsting. Detta uttrycktes av en deltagare så här:

I grunden handlar det ju alltid om pengar för hade det inte varit diskussion om vem som ska betala så då hade du ju aldrig haft den här diskussionen för då hade man bara hört av sig, nu ska den dit, det handlar ju om vem som ska betala det är ju därför vi hamnar i dom här diskussionerna.

Andra faktorer som framkom var att det fanns en otydlighet i ansvarfördelningen mellan huvudmännen och att det fanns vad man kallade ”parallella verksamheter”. Det som avsågs var att sjuksköterskor och undersköterskor i hemsjukvård och i den kommunala äldreomsorgen delvis hade ansvar för samma brukare. Detta menade deltagarna orsakade dubbelarbete och slöseri med resurserna.

3.5 Vad är grunden i prioriteringarna?

Frågan om vad vardagens beslut grundar sig på är komplicerad och sammansatt av flera olika hänsynstaganden. Det är heller inget man vanligtvis reflekterar över i vardagsarbetet utom i de fall då det gäller de allra svåraste ställningstagandena och besluten. Endast ett fåtal av deltagarna nämnde riksdagens prioriteringsbeslut som en grund för hur man prioriterade. Mycket av diskussionen om grunderna för besluten handlade om vad Hälso- och sjukvårdslagen och eller Socialtjänstlagen föreskriver.

Deltagarna menade att i lagarna finns etiska principer och riktlinjer som man måste arbeta utifrån och därmed blir lagarna en viktig grund för hur man prioriterar sina uppgifter. Särskilt tydligt var det att solidaritet, helhetssyn och rättvisa var utgångspunkter för hur deltagarna resonerade i denna fråga. Många framhöll också att egna värderingar var avgörande i många av de beslut som togs, t ex om man väljer att städa eller att gångträna med vårdtagaren. Mycket vanligt förekommande var också att deltagarna hänvisade till yrkesrelaterade kunskaper som avgörande för de beslut man tog i vardagen. En deltagare sade med anledning av att riktlinjer efterfrågades:

Även om man skulle ha riktlinjer som bygger på människovärdesprincipen så är vi ju fortfarande där att alla måste göra likt. Alltså, bestämmer man en sak i en organisation så måste det gälla för alla på något vis. Det måste vi komma ifrån för även om vi har en grundtydlighet så måste ju du tillsammans med din vårdtagare kunna göra undantag därför att du bedömer att detta är rätt.

Friheten att göra egna bedömningar framhölls som viktig och de flesta deltagarna hade en ansevärd erfarenhet av att göra bedömningar av olika behovs angelägenhetsgrad i sitt arbete. Inte bara de egna kunskaperna utan också andra yrkesgruppers kunskap, särskilt läkarens bedömningar, angavs som en viktig grund för många beslut avseende patienternas vård. I Lycksele är de geografiska avstånden stora mellan de särskilda boendeformerna och endast en läkare hade huvudansvar för vårdtagarna. Detta ledde till att läkaren blev beroende av den övriga vårdpersonalens erfarenheter och bedömningar för att kunna ta ställning till eventuella medicinska åtgärder vilket kommer till uttryck i följande citat:

Mycket av mina bedömningar gör jag utifrån er bedömning som jag tar del av. Problemet är att vi har geografiskt långa avstånd till boenden tre till sex mil bort och det går inte alltid att ta beslut på plats.

Grunderna för beslut om prioriteringar i vardagen är kanske inte alltid så medvetna utan sker ibland oreflekterat och bygger på det som flera deltagare benämnde ”intuition” eller på erfarenhet som byggts upp inom verksamheten. Ibland bestäms också prioriteringar av att man följer minsta motståndets lag när andra har förväntningar och ställer krav.

3.6 Prioriterade grupper och verksamheter

I diskussionen framkom vissa grundläggande faktorer som deltagarna ansåg viktiga att värna. Dessa var att följa Hälso- och sjukvårdslagens och Socialtjänstlagens intentioner och föreskrifter samt yrkesgruppernas etiska koder. De grupper och områden som var särskilt viktiga att prioritera kan ses mot bakgrund av detta.

I fokusgrupperna framkom också uppfattningen att vissa verksamheter, vårdformer eller insatser var mer prioriterade av huvudmannen än andra. Dessa prioriteringar överensstämde inte alltid med de bedömningar som deltagarna i fokusgrupperna gjorde.

Svaren har delats in i följande kategorier:

- Prioriterade grupper
- Prioriterade verksamhetsområden
- Prioriterade behov

3.6.1 Prioriterade grupper

Deltagarna menade att de svårast sjuka prioriterades högt; patienter i palliativ vård, smärtpatienter, astmapatienter, hjärtpatienter samt akut sjuka nämndes. Andra grupper som nämndes var äldre personer och barn. Främst var det sjuksköterskor som valde att ange grupper av brukare som svar på vad som prioriterades högt i verksamheten. Det fanns också grupper som man ansåg inte värnades eller prioriterades lågt, exempelvis tysta personer som själv inte hävdade sina behov eller de som var svagt företrädade d v s sådana som inte hade anhöriga som stöd. I Lycksele framkom också att demenssjuka personer inte prioriterades tillräckligt högt och både inom primärvården och på sjukhuset i Lycksele upplevdes svårigheter att på ett tillfredsställande sätt hjälpa psykiskt sjuka på grund av begränsad kompetens inom området. En annan grupp som upplevdes lågt prioriterad i Lycksele var reumatiker, en deltagare sade så här om den gruppen:

Reumatiker ges idag inte utrymme för att i intervaller komma för rehabilitering som tidigare. Vi har ett par stycken nu som har gått ned sig så i sin sjukdom så dom är mycket, mycket sämre än tidigare då dom kom till oss varje halvår. De fick bada varmvattenbassäng, fick träning och översyn av medicinen, men de resurserna finns inte idag.

3.6.2 Prioriterade verksamhetsområden

Områden som deltagarna ansåg behövde prioriteras högt var inte alltid tillräckligt högt prioriterade av huvudmannen. Detta gällde demensvården både i Halmstad och Lycksele och den palliativa vården i Lycksele. I Halmstad framkom också att primärvården ansåg det hälsobefrämjande och förebyggande arbetet mycket viktigt men att detta ofta var det som fick mindre resurser när besparingar skulle göras.

Att hemtjänsten till skillnad från särskilda boenden, sågs som en högt prioriterad verksamhet var en vanlig uppfattning och en deltagare sade:

Hemtjänsten har en fördel eftersom vi har biståndsbedömning. På boenden är det ju många som skall upp samtidigt på morgonen, alla har samma tunga vårdbehov, så har ju inte vi det riktigt. Så där måste man säga att det är positivt med biståndsbedömning, man har ju ändå en viss tid på sig.

Deltagarna menade att akutsjukvård, medicinska insatser och omvårdnad prioriterades högst. I Halmstad uppfattade deltagarna att den palliativa vården är mycket högt prioriterad till skillnad från deltagarna i Lycksele som menade att den inte alls värnades hos dem. En del av verksamheten inom demensvården som ansågs prioriterad i Lycksele var det som kallas ”Minneshälsan”. Rehabilitering av äldre var ett område som i de flesta fokusgrupperna framstod som ett område som prioriterades lågt av huvudmännen. Trots stora behov hade möjligheterna till rehabilitering för de äldre minskat under de senaste åren och det förkom att inte heller den vardagliga träningen kunde ges en tillräckligt hög prioritet vilket en deltagare uttryckte så här:

... och är det fint väder tänker man, idag skall jag följa den här personen på en promenad, men när klockan är halv fem och man skall gå hem så tänker man, nähä jag hann aldrig på den där promenaden. Det gnager hela tiden i mig, men man tänker att hon klarar sig ju.

3.6.3 Prioriterade behov

Det finns ett slags prioriteringsordning av behov som deltagarna angav. Det viktigaste var akuta insatser som kunde handla om att rädda liv, att inte behöva ha svår smärta, att tillgodose basbehov i form av mat, mediciner, hygien och att komma upp ut sängen, att skapa trygghet och livskvalitet. Även om många deltagare menade att det knappast fanns utrymme att tillgodose sociala behov prioriterades ändå sådana behov före det som kan hänföras till hushållsuppgifter. Den sociala delen av omvårdnaden så som att ta sig tid att samtala med brukaren en stund, att ta sig tid till utevistelse eller inköp eller att anordna någon aktivitet, sågs som något utöver det vanliga, något lyxigt och som oftast inte blir tillgodose. Att inte hinna med uppgifter utöver det som uppfattas som nödvändigt kan leda till att vårdgivarna får dåligt samvete och mår dåligt, vilket flera deltagare påpekade varav en sade:

Vi har kunnat ge våra gamla en del utöver vad vi kan göra idag, den lilla guldkanten på tillvaron. Den finns ju inte nu, det är flera år sen den försvann. Nu är vi nästan under mattan med vad vi hinner på grund av alla nedskärningar. Att gå från att ha ribban högt till att ha den lågt blir ju total frustrationen för dem som skall utföra jobbet.

Även om akuta insatser, basbehov och omvårdnadsuppgifter var det som främst prioriterades framkom också i flera fokusgrupper att detta inte fick ske på bekostnad av brukarnas egen vilja och självbestämmande. Deltagarna menade att det var viktigt att detta värnades i största möjliga utsträckning.

3.7 Hur inverkar skapar ledningen förutsättningar för välgrundade prioriteringar?

Diskussionerna i fokusgrupperna handlade om hur man önskade att ledarskapet på olika nivåer skulle fungera vad det gäller prioriteringar och inte så mycket om hur det de facto fungerar. En stor samstämmighet om ledarskapets betydelse för prioriteringar rådde mellan de olika fokusgrupperna.

Svaren har delats in i följande kategorier:

- Politiskt ledarskap
- Ledarstil och funktion
- Ledarens ansvar för prioriteringsdiskussioner

3.7.1 Politiskt ledarskap

I de flesta fokusgrupper diskuterades det politiska ledarskapet som något som deltagarna i allmänhet inte hade kontakt med och som de ansåg har en övergripande funktion. Deltagarna menade att politikerna hade ansvar för att en omfattande samhällsdebatt kring prioriteringsfrågan kom igång. Många upplevde att det var ett långt avstånd mellan politiken och den praktiska situationen i verksamheten och mer gemensamma diskussioner av generell karaktär mellan politiken och verksamheten önskades. Flera deltagare påtalade också behovet av dialog mellan tjänstemän och politiker för att öka kunskaperna om politikens respektive verksamhetens förutsättningar. Citatet nedan ger uttryck för en vanlig uppfattning bland deltagarna om att politikerna behövde bli mer verklighetsförankrade och modigare samt att de skulle ta ett tydligare ansvar utåt:

Politikerna är livrädda att gå in och skapa regler och gränser. Det är ju möjligt att man framledes måste prioritera på ett mer omfattande sätt och då kanske man behöver få lite mer riktlinjer från politikerna. Hittills är det upp till oss att göra de bedömningarna. Man måste ju från politikernas sida vara tydliga med vad vi erbjuder i kommunen. Man kan inte förvänta sig guld och gröna skogar när vi inte har resurserna!

Synpunkter om att politiska löften till medborgarna påverkar styrningen av prioriteringar och har bidragit till att urholka sjukvårdens legitimitet framfördes i flera fokusgrupper. Ett exempel är politiska budskap om rätten till vård inom ett visst antal dagar, rätten att välja vårdcentral och rätten att välja läkare. Detta skapar förväntningar hos medborgarna som många deltagare menade att det inte alltid var möjligt att leva upp till eftersom tillräckligt med resurser ofta saknades. En av deltagarna sade så här:

Politiker säger att ni ska få komma till specialist inom tre månader, ni ska få träffa er distriktsläkare inom en viss tid, ni ska bli opererade inom den här tiden. De har inte någon som helst täckning eller koll på om det är möjligt i dagsläget. Det är ju inte vårt fel. Det är ju inte sjukvården som har lovat utan det är ju politikerna och det kan man tycka mycket illa om.

De flesta deltagare menade att en ökad tydlighet från politikerna skulle underlätta arbetet med prioriteringar. Riktlinjer från politikerna ansågs särskilt viktiga när resurserna inte var tillräckliga men att riktlinjer måste utarbetas i samverkan med verksamheterna för att de ska bli förankrade och användbara. För att politiker ska kunna fatta bra beslut krävs också att personalen i verksamheterna kan beskriva sitt arbete på ett bra sätt och att underlag från verksamheterna håller hög kvalitet. I flera fokusgrupper gavs exempel på att underlag inte alltid nådde upp till det kravet. Det kunde förekomma att statistik var missvisande och att tjänstemän förskönade informationen till politikerna och därmed blev missledda.

3.7.2 Ledarstil och funktion

Diskussionerna om ledarskapet var ganska likartade i fokusgrupperna och samma egenskaper ansågs viktiga av de flesta deltagarna. Behovet av att ha ett tydligt ledarskap var kanske det mest genomgående i alla fokusgrupperna. Ledaren skulle vara verklighetsförankrad, lyhörd, stötta personalen, ge feedback och inge trygghet. En deltagare sade med hänvisning till att arbetsledaren också ska föra fram budskap till biståndshandläggaren om behov av mer hjälp till brukaren:

De är ju en trygghet, de är ju ett bollplank. Man diskuterar ju med arbetsledaren t ex en biståndsbedömning som man inte tycker är riktig, i förlängningen diskuterar arbetsledaren det med biståndsbedömaren. Vi kan ju inte både arbeta och föra en diskussion även om det vore intressant.

Att ledaren var en kanal uppåt och nedåt i organisationen och skulle företräda personalen gentemot förvaltningen ansågs som viktigt. Ledaren skulle vara nära verksamheten för att kunna se personalens behov och agera utifrån det. Ledare skulle tillföra extraresurser när det behövdes och ge förslag på omprioriteringar.

Flera menade att deras ledare oftast motsvarade de förväntningarna och så här sade en av dem:

Jag tycker nog också att vår arbetsledare är väldigt lyhörd. Är det så att vi behöver mer resurser eller avsätta någon för att göra något som t ex vi har haft datoriseringen. Då har hon tagit in någon så att man får någon som tar över patienterna, så att den som behöver skriva journaler får göra det.

Ledarens mer övergripande uppgifter var att formulera och förmedla mål, initiera diskussioner och driva utveckling. Ledaren skulle också informera om prioriteringar som görs i andra delar av organisationen eller om sådana som den andre huvudmannen gör och som påverkar arbetet. En annan viktig uppgift för ledaren var att skapa arenor för dialog avseende prioriteringar och att skapa teamkänsla på arbetsplatsen. Deltagarna menade också att ledaren skulle vara en förebild i verksamheten och att ledarens närvaro och tillgänglighet var viktig även om man arbetade självständigt, vilket en av deltagarna uttryckte så här:

Vad som är viktigast är ju att man har en bra kommunikation med sin chef, men jag vill inte ha min chef springande runt för de är ju inte inne i arbetet.

Att det förekom intressekonflikter mellan olika chefer och att ledare ibland kan ha bristande kunskaper om verksamheten som påverkar det dagliga arbetet för vårdpersonalen, påtalades av flera deltagare. De önskade mer dialog mellan berörda ledare och annan personal för att öka kunskaperna om varandras förutsättningar.

3.7.3 Ledarens ansvar för prioriteringsdiskussioner

Deltagarna menade att ledaren är den som har ansvaret för att lyfta frågan om prioriteringar och att tillse att specifika diskussioner om prioriteringar sker på arbetsplatsen. Diskussionen om prioriteringar handlar oftast inte explicit om prioriteringar utan generellt om vad som ska göras, hur det ska göras, vem som ska göra vad och i vilken ordning. Det handlar också om hur resurserna skall användas, vad som är möjligt att åstadkomma och olika uppgifters angelägenhetsgrad. Enligt deltagarna saknades generellt sett systematik och strukturerade diskussioner om dessa frågor.

Prioriteringar diskuterades däremot allmänt bland annat i den egna arbetsgruppen vid schemaläggning och planering och vid olika möten. Sådana möten var arbetsplatsträffar, sjuksköterskemöten, ledningsmöten och teamkonferenser. Vanligt var att frågor om prioriteringar spontant diskuterades på kafferasten särskilt om anhöriga klagat och situationen upplevdes frustrerande.

Korta diskussioner vid kafferaster ansågs dock inte generellt vara särskilt givande, vilket en deltagare uttryckte så här:

Vi diskuterar ju också vid fiket om vi hinner, men det kan ju inte bli något konstruktivt därför att det är så kort stund. Oftast så sjunker man bara ner och pausar.

Specifika frågor om prioriteringar som avsåg patienters vård diskuterades sjuksköterskorna med läkarna. Diskussioner skedde även spontant vid svårigheter både med kollegor och med överordnad. Det framkom också att på vissa enheter hade arbetsplatsträffarna mer karaktären av informationsmöte än av diskussionsmöte. Chefen hade allt för många informationspunkter för att diskussion skulle hinnas med.

3.8 Framtidsvisionen om prioriteringsarbetet

Det mest framträdande i diskussionerna om det framtida arbetet med prioriteringar var att deltagarna hade ett stort intresse av att aktivt delta i ett sådant utvecklingsarbete. En mängd synpunkter och idéer om hur man kunde skapa bra förutsättningar både inom den egna verksamheten och på mer övergripande nivåer framkom. Tydligt var också att det finns ett behov av att diskutera vad prioriteringar innebär utifrån olika verksamheter och yrkesgrupper och att en gemensam grundsyn saknades. En av deltagarna uttryckte dessa behov så här:

Jag tror nog att man måste börja i den ändan - vad är prioritering och vad skall prioriteringarna komma ifrån? Det vet vi att det måste komma uppifrån, självklart, men att det blir lika känt för alla att vi jobbar efter samma prioriteringar... Grundvärderingarna måste ju vara de samma!

En fråga som deltagarna menade också behövde diskuteras var samhällets ansvar gentemot individen, vilket åtagande den offentliga vården ska ha och vilka uppgifter som ska ingå i det ansvaret. Att synen på samhällets ansvar har förändrats kring dessa frågor ger en deltagare uttryck för i följande citat:

Det är en trend i samhället att sjukvården skall ta hand om alla behov som befolkningen har. Även behov som kanske mormor, farmor, farfar, kyrkan, prästen kunde fylla förr, om man behövde hjälp. Och frågan är ju om det finns alternativ och är det här något vi skulle kunna styra på ett bättre sätt?

Att prioriteringar behöver göras mer medvetna och synliga och att frågan behöver lyftas i alla tillgängliga forum framkom tydligt i fokusgrupperna.

Behovet av visioner och politisk dialog med befolkningen för att skapa realistiska förväntningar på vad vården ska åstadkomma diskuterades. I de flesta fokusgrupperna var man överens om att ett eventuellt framtagande av riktlinjer som grund för prioriteringar skulle ske i dialog med personalen, vilket följande citat är ett uttryck för:

Det är kanske viktigt att de prioriteringarna kommer uppifrån om man nu inte har resurser till allting så att man inte skall behöva känna..., men att det finns riktlinjer, som man har varit med och ta fram, det finns beslut, nu är det så här.

En annan deltagare som betonade vikten av förankring säger så här:

Jag tror att det är jätteviktigt att om man försöker göra riktlinjer så måste det förankras på gräsrotsnivå. Att man lägger fram förslag, så här skulle vi kunna tänka oss och att man sätter en prislapp på vad det skulle innebära. Inte att det kommer uppifrån och ned, för det tror jag inte går.

Långsiktighet, kontinuitet och systematik i prioriteringsarbetet framhölls som avgörande för att arbetet med prioriteringar i vården ska bli bra. Det kräver också ett stort engagemang från chefer på alla nivåer. Systematiken i arbetet menade deltagarna bland annat kan utgå från gemensamma riktlinjer, som tas fram i samverkan med berörda intressenter.

Färre hierarkiska nivåer i organisationerna och samarbete både mellan huvudmännen och mellan olika verksamheter framhålls som en möjlig väg för att skapa förutsättningar för ett bra arbete med prioriteringar. Ytterligare faktorer som deltagarna lyfte fram var att utarbeta konkreta kvalitetsmål för verksamheten, skapa en ”rättvisare” resurstilldelning genom att utveckla underlagen för fördelningen och att efterlevnaden av beslut ökar.

Om resurserna till vård och omsorg ska användas på bästa sätt menade deltagarna att kunskaper måste öka och att olika former av utvecklingsarbeten behöver startas. Enligt deltagarna fanns det utrymme för att utveckla, både vårdformer, arbetsmodeller och arbetsformer. Ett sätt att utveckla arbetet och att tillvarata de personella resurser var så kallad speglingstid, enligt en deltagare som sade:

Man träffas innan dagens slut och har man något man behöver prata om så tar man det då. Där handlar mycket om ensamarbete och svåra beslut men även om att man upplever sig överhopad av arbete. Utan speglingstid hade jag inte orkat jobba tio år inom psykiatrin.

En annan möjlighet att frigöra resurser för att kunna tillgodose andra högt prioriterade behov är att utveckla frivilligverksamheten och stöd till anhöriga.

Att öka kompetensen, att ta vara på befintlig kompetens och att ha rätt kompetens diskuterades också som faktorer av betydelse. Behovet av ökad tillgång till läkare och ökad bemanning inom vissa verksamheter framhölls särskilt för att arbetet med prioriteringar utifrån prioriteringsbeslutets etiska principer skulle vara möjligt framöver.

Även om diskussionerna präglades av att deltagarna såg många olika möjligheter att arbeta på ett bra sätt med vårdens prioriteringar framöver, framkom också faktorer som ansågs vara begränsande. En del av dessa handlade om att lagar, regelverk och riktlinjer styr hur man kan arbeta och att två huvudmän ansvarar för delvis likartade verksamheter. Hinder eller begränsningar kan också vara organisationernas hierarkiska och byråkratiska uppbyggnad som försvårar samarbetet både mellan huvudmännen men också inom den egna organisationen. Andra begränsande faktorer var bristande verklighetsförankring i de politiska budskapen och för stor skillnad mellan mål för verksamheten och de möjligheter deltagarna ansåg fanns. Synpunkter på kontakt mellan verksamhet och politik framfördes av många deltagare varav en sade:

...att våra sjukhuspolitiker hade bättre kontakt med oss som jobbar. Att sjukhusledningen verkligen var den länken mellan politisk nivå och sjukvårdsnivå som det skulle vara på pappret. Och att det fanns trovärdigt utvalda styrgrupper som hade förankring bland vårdpersonalen.

Det framkom också faktorer på grupp- och individnivå som påverkade prioriteringsarbetet. Faktorer som diskuterades var att ledarskapet har stor betydelse, men att det också fanns brister i hur det fungerade bland annat för stort antal underställda och att återkoppling i verksamheten saknades. Negativa attityder och bristande engagemang samt kunskapsbrister hos medarbetarna var andra faktorer som framkom. En viktig aspekt som också diskuterades var att tid måste avsättas för att på ett systematiskt sätt börja arbeta med prioriteringsfrågorna.

Vilka som var viktiga aktörer och vilken roll de hade i det fortsatta arbetet med prioriteringar, rådde stor samstämmighet kring.

Politiken ska ange ramarna för prioriteringsarbetet och ledningen skulle skapa förutsättningar för prioriteringsarbetet och arenor för diskussioner, vilket ges uttryck för i detta citat:

Det måste finnas någon som styr verksamheten, som är intresserad av det här, kan någonting om det. Vederbörande behöver inte arbeta med det, tvärtom det här är någonting som sköterskor, undersköterskor, sekreterare, de som kan det som det rör sig om. Men de måste få utrymme att utveckla och testa och vad det nu är, stöd och uppmuntran för det.

I alla fokusgrupper poängterades vikten av att vårdpersonalen var med i arbetet med prioriteringar på ett aktivt sätt och att när grupper skapas för ändamålet ska de vara ”gränsöverskridande”. Deltagarna menade att en bred samhällsdebatt behöver skapas kring dessa frågor och att alla har skyldighet att engagera sig. Viktiga aktörer i det fortsatta prioriteringsarbetet var beslutsfattare på olika nivåer, cheferna, alla berörda yrkesgrupper, de fackliga organisationerna och, i valda delar, även anhöriga. Om ett sådant samarbete kunde komma till stånd finns det förutsättningar för att det ska bli bättre överensstämmelse mellan vad medborgarna förväntar sig och vad som kan åstadkommas inom verksamheterna, eller som en deltagare sade:

På det sättet hade man antagligen kunnat komma närmare en balans i tillskjutna medel och vad man utför och fått en dialog som hade fungerat. Nu är det ju mera att vi skäller på dom och dom tycker att vi kan göra... ja, ungefär så.

Främst diskuterades det framtida arbetet med vertikala prioriteringar, men det förekom också diskussioner och många synpunkter på bredare samverkan kring horisontella prioriteringar. Dessa ansågs mycket svåra och krävde att vårdpersonalen deltar i debatten och bidrar med sin kunskap. En deltagare menar, liksom de flesta andra, att arbetet med prioriteringar kräver att alla inom vården deltar på något vis utifrån de egna yrkesmässiga förutsättningarna:

Det kan vi göra genom att själva debattera, diskutera med varandra det vill säga horisontellt mellan alla som jobbar inom vården, både inom hemsjukvården, sjukvården och vi måste ha en kommunikation med politiker och tjänstemän dom måste våga tala med oss. Alla måste diskutera.

Således var det en samstämmig uppfattning att i stort sett alla aktörer, på olika nivåer, inom de olika verksamheterna var viktiga i det fortsatta arbetet. Behovet av att ha med brukarna och deras anhöriga i prioriteringsarbetet framkom endast i någon fokusgrupp. Däremot framhölls deras betydelse i de prioriteringar som rörde den enskilde brukaren.

DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Fokuserade gruppintervjuer visade sig ge ett mycket rikt material som hade hög grad av användbarhet för syftet att öka kunskapen om omvårdnadspersonalens syn på prioriteringar och ledarskapets betydelse. Både sammansättning av fokusgrupperna, intervjuguidens utformning samt deltagarnas vilja att dela med sig av sina erfarenheter bidrog till detta. Gruppintervjuerna hade formen av samtal och den strukturerade intervjuguiden användes endast för att tillse att inget väsentligt glömdes bort. I stort sett kom alla deltagarna till tals i fokusgrupperna och endast i någon intervju förekom att någon enskild person tog för stor plats. Vid analys och redovisning har hänsyn till detta tagits. Resultaten i denna studie stämmer väl överens med tidigare studier inom närliggande område⁸ och har också validerats genom återföringen till deltagarna i fokusgrupperna.

Enligt riksdagsbeslutet ska vårdens prioriteringar utgå från de etiska principer som beskrivs i slutbetänkandet från Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5). Dessa är inte kända av omvårdnadspersonal mer än till viss del. I denna studie, liksom i Höglunds, hade endast läkarna och ett fåtal sjuksköterskor kännedom om riksdagens prioriteringsbeslut och de etiska riktlinjerna (Höglund 2003). Undersköterskor och sjuksköterskor motsvarar en ansevärd del, faktiskt den största, av vårdens samlade personalresurs och de gör dagligen en mängd prioriteringar av olika slag. Bristande kunskap om de etiska principerna som ska styra arbetet medför troligen att prioriteringar som dessa grupper dagligen gör inte fullt ut sker enligt prioriteringsbeslutet. Enligt Lämås och Jacobsson grundar sig sjuksköterskornas prioriteringsbeslut bland annat på omvårdnadsbehov, andras prioriteringar, rutiner och riktlinjer, tillgång på personal, avdelningskultur, kunskap om patienten, känsla för vad som är gott och rätt etc. Det framkommer också att sjuksköterskans beslut ofta sker intuitivt och automatiskt, vilket medför en svårighet att beskriva hur de går tillväga när de gör prioriteringar (Lämås och Jacobsson 2004). Svårigheten att beskriva beslutsfattandet tillsammans med alltför få möjligheter att diskutera prioriteringar på ett strukturerat sätt är troligen en starkt bidragande orsak till att omvårdnadspersonalen inte ännu varit framträdande i diskussionerna om öppna prioriteringar i vården.

För att minska risken för omedvetna rutinartade beslut och för att stärka medarbetarnas möjligheter att bidra till prioriteringar som stämmer med det politiska beslutet, krävs ökade kunskaper och dialog på en bredare front än vad som hittills varit fallet.

⁸ T ex Rosén 2002, Svensson och Rosén 2003, Höglund 2003, Lämås och Jacobsson, 2004, Broqvist 2004.

Intresset från huvudmännen att tillvarata vårdpersonalens kunskaper och synpunkter har hittills inte varit framträdande och det kan finnas mycket att vinna på att öka delaktigheten i prioriteringsarbetet i vården.

Vardagens prioriteringar handlar i stort sett om att utifrån givna förutsättningar göra relevanta bedömningar och att fatta relevanta beslut avseende olika patientgrupper, vem som skall få hjälpen först och val mellan olika arbetsuppgifter. Både i Höglund och Lämås och Jacobsson fann man också att valsituationer är något som man står inför hela tiden på olika plan. Det kan gälla inriktningen på det egna arbetet som ofta handlar om val mellan patientarbete och administrativt arbete (Ibid, Höglund 2003).

Deltagarna uppfattar oftast prioriteringar som starkt kopplade till bristsituationer av olika slag främst tidsbrist, men också brist på vårdplatser och läkarresurser. I fokusgrupperna diskuterades inte prioritering som något som hade med utökning av resurser att göra utan snarare att dessa måste öka om det skulle vara möjligt att göra acceptabla prioriteringar. Tydligt är att deltagarna ser prioriteringar utifrån sitt yrkesperspektiv och vad de utifrån sin kunskap ser som nödvändigt för att kunna utföra ett arbete som håller någon slags miniminivå avseende kvalitet i vården/omsorgen för brukarna. Således kan man säga att behovsperspektivet finns med som utgångspunkt för bedömningarna för vad som är godtagbar kvalitet och vad som i förlängningen kommer att vara acceptabla arbetsvillkor.

Närheten till patienten innebär ofta upplevelser av etiska krav i mötet, vilket gör många av vårdgivarnas valsituationer till etiska dilemman. Den patientnära prioriteringen försvåras av att resurserna ibland är otillräckliga och gränsen för vad deltagarna upplever som en etisk miniminivå passeras. Detta leder till svåra val mellan brukarnas likvärdiga behov och upplevelsen av otillräcklighet när brukares basbehov inte hinns med. För att skapa en rimlig arbetssituation där det går att uppfylla kraven på det deltagarna uppfattar som en etisk miniminivå behöver prioriteringar ske mer medvetet och öppet.

En mängd olika faktorer på olika nivåer påverkar möjligheterna att göra rätt prioriteringar, allt från övergripande politiska beslut till de egna värderingarna (Blomqvist 2004). Deltagarna menade att de i stort sett hade frihet att planera sitt eget arbete men det kan ändå konstateras att det fanns en lång rad faktorer som påverkade dessa möjligheter - inte minst yrkesrelaterade hierarkiska faktorer. Lämås och Jacobsson menar att sjuksköterskor har tre olika roller. Den första består av en självständig roll där sjuksköterskan gör sin egen bedömning inför sitt prioriteringsbeslut. Den andra är en samrådande roll där sjuksköterskan diskuterar beslutet med läkare eller andra arbetskamrater.

Den tredje är en osjälvständig roll där sjuksköterskan skall vara utförare av andras prioriteringar och där sjuksköterskan inte känner delaktighet (Lämås & Jacobssons 2004).

En del arbetsuppgifter förs över från sjuksköterskor till undersköterskor via formella delegeringar vilket ibland komplicerar vårdarbetet, särskilt i den kommunala äldreomsorgen. Frågan om formell respektive reell kompetens och delegeringar är komplicerad och behöver diskuteras ytterligare, men den diskussionen faller utanför ramen för denna studie.⁹ Att yrkesgrupper har olika ansvars- och kunskapsområden är självklart och inte ifrågasatt i vår studie, men bör räknas som en betydande faktor att ta hänsyn till avseende hur resurser används i vardagsarbetet. En effekt av att organisationer inte tillvaratar kompetens och resurser på bästa sätt är att enskilda yrkesgrupper tvingas ransonera sina insatser. En genomarbetad behovsbeskrivning utifrån brukarnas perspektiv skulle troligen medföra att arbetet kunna organiseras på ett mer effektivt sätt.

Politiska beslut och beslut på förvaltningsnivå uppfattades ofta som pålagor och differens mellan de besluten och vad man på enhets- eller avdelningsnivå ansåg borde prioriteras är inte ovanligt. I Rosén framkommer att vårdens olika aktörer delvis har olika syn på vad som är rättvis fördelning av resurser och att allmänhetens förväntningar på hälso- och sjukvården inte stämmer med vad beslutsfattarna anser ska erbjudas (Rosén 2002). Höglunds visar att läkarnas uppfattning var att det finns en motsättning mellan det politiska beslutet prioriterad vård, vårdgaranti och valfrihet och att detta inte är förenligt på grund av de begränsade resurserna. Dessa fynd stämmer väl med vad som framkommit i denna studie. En relativt vanlig uppfattning var att det politiska ledarskapet ska vara verklighetsförankrat och ta ansvar utåt. Uppfattningen att politiker saknar kunskap om de verkliga villkoren ute på avdelningarna inför sina beslut om sjukvårdens organisering och resurstilldelning framkom också i Höglunds studie (Höglund 2003).

Det delade ansvaret med två huvudmän på en delvis gemensam arena skapar samverkansproblem, otydlighet och till viss del gränsdragningsproblem som påverkar möjligheterna att använda resurserna på bästa tänkbara sätt. Ibland åstadkom effektiviseringar endast flyttning av kostnader och uppgifter mellan huvudmännen. Både de allt kortare vårdtiderna, minskningen av rehabiliteringsplatser på sjukhus, brist på specifika vårdformer och tillgång till kommunala äldreboenden är sådana exempel. Svensson och Rosén fann att rehabilitering inom äldreomsorgen var något som blivit försummat under nittioalet.

⁹ Se t ex HSL 1982:763, LYHS 1998:532, Förordningen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 1998:1513, Delegering 1997:14, Vem får göra vad inom hälso- och sjukvård och tandvård? 2004 etc.

Man ansåg även att rehabiliteringsmöjligheterna inte byggts ut i takt med att landstinget har dragit ned på sina rehabiliteringsplatser. Främsta orsaken ansågs vara den otydliga gränsdragning angående vem som har ansvaret för rehabiliteringen (Svensson och Rosén 2003). Enligt Broqvist upplever inte arbetsterapeuter och sjukgymnaster att de fullt ut har mandat att avgöra vem som skall erhålla rehabilitering, i stället fattas ofta dessa beslut av andra yrkesgrupper (Broqvist 2004).

En betydande faktor som påverkade vardagens prioriteringar var att kraven från brukare och deras anhöriga ökat i omfattning. Kraven som oftast upplevdes som rättmätiga hade enligt deltagarna sin grund i en ökad medvetenhet och kunskapsnivå hos medborgarna. När resurser i tillräcklig omfattning saknas kan behov och rättmätiga krav ge upphov till skuld känslor. En konsekvens på individnivå av detta var ängslan att bli kritiserad och en osäkerhet i yrkesrollen särskilt när patienter visade sig vara mycket väl orienterade i moderna behandlingsmöjligheter.

Enligt årsredovisning 2003 från HSAN gjordes 99 anmälningar i Halland under 2003 och av dessa resulterade endast 8 i fällande utslag.¹⁰ I Västerbotten skedde 105 anmälningar vilket resulterade i 14 fällande utslag.¹¹ Dessa tal kan inte sägas ge belägg för att det reella hotet om att bli anmäld är särskilt stort men då är inte anmälningar till patientnämnderna eller anmälningar enligt Lex Sara medräknade. Den rädsla för anmälningar som framkom i många av fokusgrupperna har troligen också sin grund i att brukarna tar för sig på ett annat sätt idag och att deras rättigheter kommer mer i fokus. En förklaring kan också vara att det i media under de senaste åren ofta förkommit skildringar av problem i vården, vilket kan ha bidragit till att skapa oro över själva det faktum att man kan bli anmäld.

Behovet av mer dialog kring vårdens villkor och nödvändiga prioriteringar framstår tydligt i resultaten. Att stå ensam med svåra val mellan brukares likvärdiga behov och att i stort sett låta sådana beslut vila på den enskilde medarbetaren ger en frustrerande arbetssituation. Det sänder också otydliga signaler till medborgarna om vad de kan förvänta sig av vården. I resultaten framkom att olika värderingar ibland råder mellan olika nivåer i organisationen men också mellan personer inom en och samma enhet. Lundquist delar in etiken i ett flertal områden, bland annat egenetik, professionsetik och förvaltningsetik och menar att det förekommer att dessa inte är förenliga (Lundquist 1995).

¹⁰ 3,5 anmälningar per 10 000 invånare varav 8 % med fällande utslag. Riksgenomsnittet för 2003 var 3,6 anmälningar per 10 000 invånare varav 9 % med fällande utslag.

¹¹ 4,2 anmälningar per 10 000 invånare varav 13 % med fällande utslag.

Beslut som innebär etiska dilemman eller konflikter går inte att undvika i vården men ökad medvetenhet och en gemensam värdegrund utifrån prioriteringsbeslutet är ett stöd som medarbetarna efterfrågar. Höglund fann i sin studie att samtal om etik förekom på klinisknivå men inte som en organiserad regelbunden strategi. Samtal förekommer när man haft särskilt svåra patientfall och då diskuterar de som varit involverade i den patienten (Höglund 2003).

Ledaren har en stor betydelse och ansvar för att skapa förutsättningar och arenor för dialog kring prioriteringar och ska vara en kanal uppåt och nedåt i organisationen. Inte minst har ledaren betydelse för att skapa en tydlighet i verksamhetens förutsättningar och för att arbeta med implementering av de politiska besluten. En lång rad önskvärda egenskaper, förmågor och funktioner framhölls, vilka stämmer väl överens med det som vanligen nämns i litteraturen som grund för ett gott ledarskap.¹² Ett utvecklat prioriteringsarbete kräver kunskap, delaktighet från medarbetarna och tillit. Waldau menar att ledarskapets fokus på styrning ändras mot förmåga att leda kreativa processer som blir en viktig komponent i ledarskapet. Behovet av information förändras och kravet på att skapa miljöer för dialog, beslut och reflektion åligger tjänstemännen/ledaren som systemsamordnare (Waldau 2001). Man säger att resultatet visar på två områden som tillsammans kan bidra till att optimera prioriteringsarbetet framöver. Det ena området har ett uttalat brukarperspektiv och handlar primärt om en effektiv resurshushållning i stort där allas kompetens tillvaratas på bästa tänkbara sätt och kommer ”rätt” brukargrupper och enskilda brukare till del. Det andra området handlar om att skapa förutsättningar genom stöd att öppet prioritera utifrån de etiska principerna och på så sätt skapa rimliga arbetsförhållanden för personalen. Ett stort intresse och engagemang fanns bland deltagarna att fortsättningsvis ta aktiv del i prioriteringsarbetet bland annat genom att gemensamma riktlinjer tas fram i samverkan med berörda intressenter. Långsiktighet, kontinuitet och systematik i prioriteringsarbetet efterfrågades och man menade att det var avgörande för att arbetet med prioriteringar ska lyckas.

¹² Se t ex Kronvall m fl. 1991, Buch m fl, 1992, Yukl 2002, Albinsson 2002.

REFERENSER

- Albinsson, P. (red.). 2002. Arbetsledaren i den kommunala äldreomsorgen. Stockholm: Tidningen Äldreomsorg/FortbildningsFörlaget.
- Alvesson, M. 2004. Knowledge work and knowledge-intensive firms Oxford: Oxford University Press.
- Beauchamp, T och Childress, J. 1994. Principels of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press.
- Bergström, G, Boréus, K. 2000. Textens mening och makt. Lund: Studentlitteratur.
- Blomqvist, K. 2004. Prioriteringar i vårdflöden för äldre. Rapport 2004:5, Prioriteringscentrum Linköping.
- Broqvist, M. 2004. Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik. Rapport 2004:3, Prioriteringscentrum Linköping.
- Buch, T, Johnsen, E., Vanebo, J-O. 1992. *Ledning i det offentliga*. Lund: Studentlitteratur.
- Höglund, T. 2003. Reflektioner över etik och prioriteringar i vården. Rapport 2003:7, Prioriteringscentrum Linköping.
- Kronvall, K, Olsson, E, Sköldborg, T. 1991. Förändring och lärande –En utmaning för offentliga sektorn. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. 1997. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.
- Liss, P-E. 2002. Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård –en begreppsanalys. Rapport 2002:4, Prioriteringscentrum Linköping.
- Lundquist, L. 1995. Etik I offentlig verksamhet. Lund Studentlitteratur.
- Lämås, K, Jacobsson, C. 2004. Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar. Rapport 2004:1, Prioriteringscentrum Linköping.
- Morgan, D och Krueger, R. 1993. When to Use Focus Groups and Why. I Morgan, D (red), Successful Focus Groups. Advancing the State of Art. Newbury Park: Sage.

Robson, C. 1993. Real World Research – A Resource for Social Scientists and Practitioner – Researchers. Blackwell: Oxford UK & Cambridge USA.

Rosén, P. 2002. Attitudes to Prioritisation in Health Services. Nordic School of Public Health: Gothenburg Sweden.

SOU 1995:5, Vårdens svåra val. Slutbetänkande från prioriteringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet.

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

Svensson, M, Rosén, P. 2004. Varför är det så svårt att göra öppna prioriteringar i äldreomsorgen? IHE-rapport 2004:3.

Svensson, M, Rosén, P. 2003. Perspektiv på prioriteringar i äldreomsorgen. Stockholm : Svenska kommunalarbetsförbundet.

Waldau, S. 2001. Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Studentlitteratur: Lund.

Wibeck, V. 2000. Fokusgrupper – Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Lund: Studentlitteratur.

Yukl, G. 2002. Leadership in Organisation. Prentice-Hall International, Inc. USA

Intervjuguide

Öppningsfrågor

Hur känns det att delta i detta arbete?
Vad tänker du på när du hör begreppet prioritering?

Övergångsfråga

Talas det om prioriteringar på arbetsplatsen?
På vilket sätt?
Vem tar upp frågan?
Har ni fått någon övergripande information om prioriteringar?

Nyckelfråga 1

Vad innebär prioritering utifrån din arbetsplats och ditt perspektiv?

Vad handlar prioriteringar om på din arbetsplats?
Ge exempel
Vad är din roll i detta?
Vilka prioriteringar gör du i ditt arbete?
Vilka andra prioriteringar görs?
Vem gör dem?
Vad är grunden i prioriteringarna?
Vad är det som värnas (prioriteras)
Vad är det som inte värnas (bortprioriteras)?
Varför används resurserna så som de görs?

Nyckelfråga 2

Vem har ansvar och makt att prioritera?

Vem/vilka eller vad bestämmer hur ni skall prioritera?
Hur går besluten till (tysta överenskommelser eller öppet)?
Diskuteras det på arbetsplatsen om hur ni skall prioritera?
Är du delaktig i beslut om hur resurser skall användas?
Hur styrda är du/ni?
Av vem/vad och på vilket sätt är du/ni styrda?
Hur förs synpunkter om resursanvändning/-prioriteringar fram?
Kan du göra ett gott arbete utifrån de prioriteringar som görs av dig och/eller av andra?

Vilken betydelse har ledningen/ledarskapet för möjlighet att göra ett gott arbete utifrån befintliga resurser?

Nyckelfråga 3

Hur skulle du vilja att arbetet med prioriteringar skulle ske på din arbetsplats?

Hur skulle en ideal situation se ut?

Vilka begränsningar/hinder ser du?

Vad skulle behöva förändras?

Vilka möjligheter ser du?

Schematisk översikt av sammansättningen av fokusgrupperna

Område –Boende

en handläggare
en arbetsledare
tre undersköterskor
tre sjuksköterska
en läkare

Område -Hemtjänst

en handläggare
en arbetsle dare
tre undersköterskor
tre sjuksköterska
en läkare

Område -primärvård

två undersköterskor
två sjuksköterska
en sjukgymnast eller
arbetsterapeut
en läkare

Område -sjukhus

två undersköterskor
två sjuksköterskor
en sjukgymnast eller
arbetsterapeut
en läkare

Blandade grupper

en arbetsledare,
en högre tjänsteman -tillika läkare,
en sjukgymnast el. arbetsterapeut
en kommunalpolitiker,
två undersköterskor,
två sjuksköterskor

Blandade grupper

en handläggare,
en högre tjänsteman
en sjukgymnast el. arbetsterapeut
en landstingspolitiker
två undersköterskor
två sjuksköterskor

Yrkesspecifik grupp

Två undersköterskor från:
särskilt boende
hemtjänst
primärvård
sjukhus

Yrkesspecifik grupp

Två sjuksköterskor från:
särskilt boende
hemtjänst
primärvård
sjukhus

PRIORITERINGSCENTRUMS RAPPORTSERIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 2004:1 *Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson.
- 2004:2 *Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala.*
Li Bennich-Björkman.
- 2004:3 *Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik.*
Mari Broqvist.
- 2004:4 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska beslutsprocessen.* Karin Bäckman, Anna Andersson, Per Carlsson.
- 2004:5 *Prioriteringar i vårdflöden för äldre – en förstudie.* Kerstin Blomqvist
- 2004:6 *Hinder och möjligheter att använda hälsoekonomiska analyser inom omvårdnad - en litteraturstudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson, Lars Lindholm, Birgitta Engström.
- 2004:7 *Trygghet och omvårdnadsbehov: Förhållningssätt och föreställningar om prioriteringar och kriterier för beslut om särskilt boende.* Gunhild Hammarström.
- 2004:8 *Prioriteringsprocessen. Del II: det interna förtroendet.* Peter Garpenby.
- 2004:9 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård ¾ 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