

**REFLEKTIONER ÖVER ETIK OCH PRIORITERINGAR  
I VÅRDEN**  
– intervjuer med vårdpersonal

*Anna T. Höglund*

**PrioriteringsCentrum**

**2003:7**

ISSN 1650-8475

---

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](mailto:prioriteringscentrum@lio.se)

## Förord

1995 presenterade Prioriteringsutredningen sitt slutbetänkande *Vårdens svåra val*. Utredningen tillsattes som ett politiskt svar på en allt intensivare debatt om krympande resurser och ökande efterfrågan i vården, med krav på öppnare prioriteringar på både politisk och klinisk nivå. Utredningen fick förhållandevis stor uppmärksamhet och hörsammades till stor del av såväl remissinstanser som regeringen. Därför följdes den också av ett riksdagsbeslut som medförde både policy- och lagändringar i enlighet med utredningens förslag. Det är oklart på vilket sätt riksdagsbeslutens intentioner tillämpats i praktiken.

Denna undersökning ingår som ett delprojekt i en större studie om prioriteringar i vården som utförts inom Forskningsprogrammet i biomedicinsk etik vid Uppsala universitet: *Prioriteringar i hälso- och sjukvården: Etiska, politiska och sociala konsekvenser med fokus på de äldre*. Projektet är tvärvetenskapligt (etik, sociologi och statsvetenskap) och leds av docent Mats G. Hansson. Övriga medarbetare är, förutom teol. dr Anna T Höglund som utfört delstudien i etik, professor Gunhild Hammarström (sociologi) och docent Li Bennich-Björkman (statsvetenskap).

Anna T Höglunds undersökning redovisas i PrioriteringsCentrums rapportserie som den första av flera kommande rapporter som beskriver hur vårdpersonal resonerar om prioriteringar. Resultatet från samtliga dessa undersökningar visar samstämmigt att kunskapen är låg om prioriteringsriktlinjerna bland omvårdnads- och rehabiliteringspersonal. Det finns ett stort behov av mer strukturerade diskussioner, mötesplatser och praktiska riktlinjer för prioriteringar i vardagsarbetet.

Linköping 2003-12-15

Per Carlsson  
Föreståndare PrioriteringsCentrum

## Författarens förord

Projektet *Prioriteringar i hälso- och sjukvården* påbörjades 1999 och den del som presenteras här bygger på en intervjuundersökning som utförts under tiden 2001-2002 (i ett fall våren 2003). Det innebär att undersökningen gjorts ganska lång tid efter den intensivaste debatten om Prioriteringsutredningens förslag. Fördelen med detta är att det ger möjlighet att se vilket genomslag förslaget haft på lite längre sikt och hur man bland vårdpersonal resonerar omkring prioriteringar i vården idag.

Undersökningen har möjliggjorts tack vare finansiering från Vårdalstiftelsen, Uppsala kommun, Uppsala läns landsting samt PrioriteringsCentrum i Linköping. Redovisningen av föreliggande studie hade heller inte varit möjlig utan medverkan av de informanter som generöst ställt upp och berättat om sina erfarenheter av svåra valsituationer och beslutsfattande i sin vårdvardag. Ett stort och varmt tack till er alla för er värdefulla medverkan i projektet! Ett tack går också till Majbritt Sundelin, Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap vid Uppsala universitet, som hjälpt till med utskriften av intervjuerna.

Det är min förhoppning att resultaten av studien skall synliggöra ny kunskap om vårdpersonals etiska resonemang och praktik i anslutning till prioriteringsbeslut på klinisk nivå. Kanske kan undersökningen också öka kunskapen om prioriteringar i vården i allmänhet och därmed ge inspiration till fortsatt debatt och diskussion i dessa viktiga frågor.

Uppsala december 2003

Anna T. Höglund

## SAMMANFATTNING

Enligt den etiska plattform för prioriteringar i vården som antagits av riksdagen är prioriteringar på grundval av enbart kronologisk ålder inte tillåtna. Genom att rangordna människovärdesprincipen över behovs- och solidaritetsprincipen, vilken i sin tur är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen, angav prioriteringsutredningen vad som är *icke* tillåtna kriterier för prioriteringar. Hög ålder är ett sådant, liksom låg födelsevikt och svag social ställning hos patienten.

Syftet med föreliggande studie var att undersöka genomslagskraften i gällande prioriteringsriktlinjer hos vårdpersonal av olika kategorier ett antal år efter den mest intensiva prioriteringsdebatten. Genom att få kunskap om personalens erfarenheter av att fatta prioriteringsbeslut kunde ytterligare frågor belysas, t.ex.: Känner personalen till riktlinjerna för prioriteringar? Tar man hänsyn till dem vid konkreta prioriteringsbeslut? Vad grundar man annars sina beslut på? Hur ser man på prioriteringar baserade på ålder? Vilka etiska argument har man för sina uppfattningar? Undersökningen utfördes med kvalitativ metod, bestående av djupintervjuer med ett mindre antal informanter. Informanterna utgjordes av både läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, samtliga verksamma vid olika sjukhuskliniker.

Resultaten av undersökningen kan delas in i tre kategorier. Den första gäller relationen mellan informanternas moraliska praxis och prioriteringsriktlinjerna. Här visade det sig att samtliga personalkategorier fattade prioriteringsbeslut, även om de var av olika slag beroende på personalkategori. Däremot var kunskapen om prioriteringsriktlinjerna låg. Endast några av de intervjuade läkarna kände till dem, däremot ingen av undersköterskorna eller sjuksköterskorna. Emellertid verkade samtliga intervjuade handla i enlighet med åtminstone de två första etiska principerna i riktlinjerna. Detta kan bero på att riktlinjerna i hög grad bygger på redan etablerade etiska principer i vården.

Den andra kategorin av resultaten berör informanternas syn på åldersprioriteringar. Här visade sig en diskrepans mellan personalkategorierna. Sjuksköterskor och undersköterskor, som främst har att fatta prioriteringsbeslut i anslutning till basal omvårdnad, tog alla avstånd från prioriteringar baserade på kronologisk ålder. Bland läkarna framkom dock en viss acceptans för åldersprioriteringar. De etiska argument som framfördes till stöd för detta var ett rättviseresonemang, där man menade att vi bör sträva efter att låta alla människor få uppleva ett normallångt liv. Det kan motivera att en 50-åring prioriteras framför en 80-åring, om resurser inte finns att satsa på bägge.

Den tredje och sista kategorin berör informanternas beskrivningar av problem och motsättningar i samband med prioriteringsbeslut på klinisk nivå. Det som

främst lyftes fram här var de snäva ekonomiska ramar som personalen styrs av och som upplevs som ett hinder för förverkligandet av en god vårdetik, inklusive rättvisa prioriteringar. Ett annat problem, som lyftes fram av framför allt läkare, gällde att de upplever sig klämda mellan motstridiga riktlinjer från politisk nivå. Främst beskrev de hur valfrihetsreformen kan komma i konflikt med prioriteringsriktlinjerna, genom att en autonom patient med hjälp av valfrihetsrättigheten kan komma att prioriteras före en patient med större behov men med låg autonomi.

Resultaten visar att kännedomen om prioriteringsriktlinjerna är låg i materialet samt starkt kopplad till yrkeskategori. Detta till trots verkar informanterna i hög grad agera i enlighet med riktlinjerna, men utan att reflektera över huruvida deras etiska handlande överensstämmer med nationella etiska principer. Det finns emellertid en viss acceptans för åldersprioriteringar bland de intervjuade, i högre grad än vad riktlinjerna medger, vilket tyder på ett glapp mellan nationellt angivna etiska riktlinjer och moralisk praxis på klinisk nivå. En slutsats av detta är att den etiska kompetensen hos personalen borde öka. För detta krävs mer än nationella etiska riktlinjer. Snarare ställs krav på arbetsorganisationen, t.ex. i form av organiserade forum för etikdiskussioner på klinikerna. Detta skulle kunna göra prioriteringsbesluten mer medvetna och minska diskrepansen mellan riktlinjer och praxis samt öka förståelsen mellan olika personalgrupper då det gäller resonemang i etiska frågor. Det finns också anledning att närmare utreda och diskutera vilka principer som bör gälla vid prioriteringar med avseende på ålder.

Resultaten i min undersökning tyder på att riktlinjerna för prioriteringar i vården är allmänna och vaga och därmed också svårtydda för vårdgivare på klinisk nivå, samt att det finns konflikter inbyggda mellan principerna om människovärde, behov och kostnadseffektivitet. För att kunna implementera principerna i praktiken krävs därför dels att personalen blir mer informerad om att riktlinjerna finns och vad de föreskriver, dels en ökad tydlighet och öppenhet i beslutsprocessen omkring prioriteringar. Det är därför angeläget att arbeta för skapandet av arenor och procedurer för öppna prioriteringar i vården, både i betydelsen öppenhet i processen och öppenhet i vilka prioriteringsbeslut man tar.

# INNEHÅLL

<b>1. BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
1.2 SYFTE OCH FORSKNINGSFRÅGOR.....	3
1.3 KORT BEGREPPSUTREDNING.....	5
1.4 ETIKEN OMKRING PRIORITERINGAR I VÅRDEN .....	9
1.5 DEN ETISKA PLATTFORMEN .....	13
<b>2. UNDERSÖKNINGENS METOD</b> .....	<b>19</b>
2.1 ATT FÅNGA UPP FENOMEN MED HJÄLP AV BERÄTTELSE.....	19
2.2 TRANSKRIPTION OCH TOLKNING.....	21
2.3 GENERALISERBARHET OCH VALIDITET .....	22
2.4 FORSKNINGSETISKA ASPEKTER.....	23
2.5 INFORMANTER OCH INTERVJUERNAS UPPLÄGGNING.....	24
2.6 BERÄTTELSESNAS HUVUDTEMAN OCH UNDERKATEGORIER .....	24
<b>3. ERFARENHETER, MORALISK PRAXIS OCH ETISKA RIKTLINJER</b> .....	<b>26</b>
3.1 VAD INNEBÄR PRIORITERINGAR FÖR INFORMANTERNA ?.....	28
3.2 HUR GÅR MAN TILL VÄGA NÄR MAN FATTAR PRIORITERINGSBESLUT? .....	33
3.3 KÄNNEDOM OM PRIORITERINGSRIKTLINJERNA .....	35
3.4 SYNEN PÅ ETISKA RIKTLINJER OCH RELATIONEN TILL MORALISK PRAXIS .....	37
<b>4. SYNEN PÅ ÅLDERSPRIORITERINGAR</b> .....	<b>44</b>
4.1 HUR INFORMANTERNA SER PÅ BEGREPPEÅ ÅLDER OCH PÅ ÄLDRE MÄNNISKOR.....	44
4.2 OM ÅLDERSPRIORITERINGAR FÖREKOMMER OCH HUR MAN SER PÅ DET .....	48
<b>5. HUR MAN LÄR SIG PRIORITERA OCH VILKA HINDER</b> .....	<b>56</b>
<b>SOM FINNS FÖR ”GODA” VAL</b> .....	<b>56</b>
5.1 HUR MAN LÄR SIG ETIK OCH ATT PRIORITERA .....	56
5.2 EKONOMISKA RESURSER SOM UPPLEVS SOM OTILLRÄCKLIGA .....	58
5.3 MISSTRO MELLAN VÅRDGIVARE OCH POLITIKER .....	59
5.4 MOTSÄTTNINGAR MELLAN OLIKA RIKTLINJER FÖR VERKSAMHETEN .....	62
5.5 ETISKT BETINGAD STRESS OCH ARBETETS ORGANISERING.....	64
5.6 FORUM FÖR ETIKDISKUSSIONER.....	66
<b>6. DISKUSSION OCH SLUTSATSER</b> .....	<b>69</b>
6.1 VILKA ÅTERVERKNINGAR HAR DEN NATIONELLA ETISKA PLATTFORMEN FÖR PRIORITERINGAR FÅTT PÅ KLINISK NIVÅ ? .....	69
6.2 HUR SER INFORMANTERNA PÅ ÅLDERSBASERADE PRIORITERINGAR? .....	72
6.3 VILKA PROBLEM SER INFORMANTERNA MED PRIORITERINGAR I VÅRDEN? .....	75
6.4 NÅGRA TANKAR INFÖR FRAMTIDEN .....	76
6.5 AVSLUTNING.....	77

## 1. BAKGRUND

*Den vanligaste prioritering man får göra det är ”Ska jag gå och kissa eller ska jag svara på den där ringningen”? Och då faller ju valet alltid på ringningen. Och är det då någonting som man vet kan ta väldigt lång tid, men inte är jättebråttom, då får jag lov att gå och kissa först! /---/Alltså, om man ska göra i ordning i köket och det ringer, då är det ju ingen prioritering längre. Då är det ringningen. Sådana prioriteringar gör man ju inte ens en gång! Patienterna går före allting annat. Men sedan kan det ju vara så att det ringer på flera olika ställen. (Usk 1)*

Så berättar undersköterskan Karin. Hennes vardag är fylld av valsituationer; val mellan patienter och val mellan olika arbetsuppgifter. Hon gör, med andra ord, ständiga prioriteringar i sitt dagliga vård- och omsorgsarbete. Hon är också medveten om att alla val hon gör i sitt arbete inte är prioriteringar, i ordets egentliga bemärkelse.

En vedertagen definition av begreppet ”prioritera” är att det betyder att ”sätta före”, i betydelsen att man gör ett val, en rangordning, där något som anses viktigt och värdefullt ges företräde framför något som bedöms som mindre viktigt och angeläget. Förutsättningen för att en prioritering skall äga rum är oftast att det föreligger någon typ av brist, d.v.s. att det finns en ändlig tillgång på något vi upplever som eftersträvansvärt, viktigt och värdefullt, varför ett val måste göras.

Inom sjukvården har prioriteringar alltid förekommit, främst i form av val mellan medicinska åtgärder utifrån patienternas behov. Men prioriteringar inom sjukvården måste också göras på grund av olika typer av bristande resurser - ekonomiska, tidsmässiga, personella. Det är givetvis främst den sistnämnda formen av prioriteringar som ger upphov till etisk reflektion. Det är här de svåra moraliska frågorna väcks: Vad skall prioriteras? Vad skall prioriteras bort? På vilka grunder, hur och av vem?

Prioriteringar på klinisk nivå inom vardagssjukvården tar sig många olika uttryck: det kan handla om beslut om undersökningar, val av behandling, placering av patienter i köer och på väntelistor. Dessa prioriteringar görs främst av läkare. Men prioriteringar i vårdens vardag görs även av andra personalkategorier. Sjuksköterskor och undersköterskor måste dagligen fatta prioriteringsbeslut som rör den basala omvårdnaden om patienter. För den enskilda patientens upplevelse av vårdens kvalitet är dessa beslut givetvis av stor betydelse. Prioriteringar görs dessutom av beslutsfattare på politisk nivå, i form av resurstilldelningar till olika verksamhetsområden.

Behovet av genomtänkta och väl motiverade prioriteringar inom den svenska hälso- och sjukvården har ökat sedan 1990-talet. Olika faktorer brukar lyftas fram som orsak till detta, till exempel den ökade biomedicinska kompetensen och de därav höjda förväntningarna på kostsamma medicinska insatser, den demografiska utvecklingen med ett ökande antal äldre människor som förväntas ta en allt större andel av sjukvårdens resurser i anspråk samt den samhällsekonomiska och politiska utvecklingen, med relativt sett minskade offentliga resurser till hälso- och sjukvården.<sup>1</sup> Från att under 1960- och 70-talen ha växt snabbare än andra samhällssektorer har sjukvården under 1990-talet genomgått en stagnation och till och med bantning.<sup>2</sup> Lite grovt skulle man kunna säga att neddragningarna inom hälso- och sjukvården, grundade på politiska beslut, har skyndat på behovet av att synliggöra riktlinjerna för prioriteringar på olika nivåer. När hälso- och sjukvårdens budgetar växer, upplevs prioriteringsproblemen inte som lika stora.

Socialstyrelsens rapport *Prioriteringar i sjukvården – beslut och tillämpning* talar dessutom om att ”det finns skäl att anta att de förändringar som har genomförts [inom hälso- och sjukvården under 1990-talet] inte alltid legat i linje med de riktlinjer för prioriteringar som riksdagen ställt sig bakom.”<sup>3</sup> Därav drar man slutsatsen att behovet av öppenhet i den process som prioriteringsarbetet innebär är mycket stort idag. Regeringens prioriteringsproposition (prop. 1996/97:60) nämner även befolkningens högre utbildningsnivå och den allt snabbare informationsspridningen som en anledning till att nya och högre krav på kvalitet och service i vården kommer att ställas av allt mer kritiska och medvetna patienter.<sup>4</sup>

Beträffande den ekonomiska situationen menar Socialstyrelsen att Sverige sammantaget inte satsar mindre resurser på hälso- och sjukvården idag jämfört med för 10 år sedan (början av 1990-talet). Däremot har omstruktureringar skett och besparingar genomförts, framför allt i sjukhussektorn i form av färre vårdplatser. Samtidigt har läkemedelskostnaderna ökat. Under samma tid har dessutom efterfrågan på vård och omsorg ökat, främst p.g.a. förändrad demografi och nya medicinska metoder. Resultatet har blivit försämrad tillgänglighet, men inte försämrad kvalitet på den vård som ges.<sup>5</sup> Risken finns att tillgänglighetsproblemen kan komma att skada allmänhetens förtroende för vården. Detta motiverar ytterligare behovet av en öppen och demokratisk dialog i frågan om vårdens prioriteringar.

---

<sup>1</sup> SOU 1995:5, s. 204-206. SoS-rapport 1999:16, s. 9.

<sup>2</sup> Prop. 1996/97:60, s. 7.

<sup>3</sup> SoS-rapport 1999:16, s. 9.

<sup>4</sup> Prop. 1996/97:60, s. 5.

<sup>5</sup> SoS-rapport 1999:16, s. 100.



## 1.2 Syfte och forskningsfrågor

Som prioriteringsutredningens delbetänkande *Vårdens svåra val* (SOU 1993:93) påpekar är ”anmärkningsvärt lite” känt om prioriteringar på olika nivåer och man efterlyser därför mera forskning i området.<sup>6</sup> Föreliggande projekt kan ses som ett svar på denna efterfrågan. Projektet i sin helhet är tvärvetenskapligt och innefattar tre delstudier, en i etik, en i sociologi och en i statskunskap.<sup>7</sup> I likhet med ansatsen i utredningens slutbetänkande (*Vårdens svåra val*, SOU 1995:5) studeras prioriteringsbeslut på tre olika nivåer: den nationella, den politiskt-administrativa och den kliniska. Etikstudien, som presenteras här, behandlar främst prioriteringsbeslut på den kliniska nivån. Samtidigt aktualiseras frågor som berör den nationella nivån, då undersökningen studerar sambanden mellan klinisk praxis och etiska riktlinjer på nationell nivå.

Prioriteringsutredningens slutbetänkande speglar i hög grad beslut på den politiska nivån samt läkarerfarenheter på den kliniska nivån.<sup>8</sup> Avsikten i föreliggande studie är inte enbart att studera läkares prioriteringserfarenheter utan att bredda perspektivet genom att lyfta fram prioriteringsvardagen för flera kategorier av vårdpersonal, nämligen läkare, sjuksköterskor och undersköterskor.

Övergripande syften med studien är att undersöka de praktiska konsekvenserna på klinisk nivå av de nationellt beslutade principerna för prioriteringar och att studera på vilka grunder olika kategorier vårdpersonal genomför prioriteringar. Ytterligare en ambition är att undersöka om den i såväl prioriteringsutredningen som prioriteringspropositionen uttalade uppfattningen att inte prioritera enbart efter ålder delas av vårdgivarna. Mer specifikt ser frågeställningarna ut som följer:

Hur och på vilket sätt har den av riksdagen beslutade etiska plattformen fått återverkningar i den konkreta vårdvardagen för läkare, sjuksköterskor och undersköterskor?

- Vilka andra faktorer, utöver nationella och lokala principer och riktlinjer, kan påverka vårdgivares prioriteringsbeslut på klinisk nivå?
- Vilken nytta har professionen av etiska principer för prioriteringar?
- Hur resonerar vårdpersonal av olika kategorier då det gäller ålder och prioriteringar?

---

<sup>6</sup> SOU 1993:93, s. 55.

<sup>7</sup> Delar av sociologistudien har redovisats i PrioriteringsCentrums rapportserie, se Hammarström 2003. Ytterligare en delrapport i sociologi kommer att utkomma under 2004. Studien i statskunskap kommer även den att publiceras i nämnda serie, se Bennich-Björkman 2003.

<sup>8</sup> Försök att anpassa förslaget till en omvårdnadsverksamhet har bl.a. gjorts i idéskriften *Det goda valet*, utgiven av Svensk Sjuksköterskeförening och Spri.

- Hur lär sig vårdpersonal att prioritera?

Syftet med studien är således att undersöka hur praktisk, professionell erfarenhet och etiska principer, såsom de kommer till uttryck i t.ex. riksdagsbeslut och Socialstyrelsens riktlinjer, påverkar de konkreta prioriteringsbesluten som fattas av vårdpersonal av olika kategorier inom hälso- och sjukvården. Vilka förbindelselänkar finns? Vilken praktisk nytta har vårdgivaren av uppifrån givna riktlinjer? I vilken utsträckning speglar riktlinjerna den praxis som råder i vårdens vardag? Bygger riktlinjerna i för liten grad på den moraliska verkligheten eller speglar de i så hög grad en redan etablerad praxis att de blir ointressanta och snabbt bortglömda?

För att uppnå dessa syften har undersökningen utformats som en kvalitativ studie, bestående av djupintervjuer med ett mindre antal informanter, representerande de tre personalkategorierna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Metoden är kvalitativ, inspirerad av narrativ (berättande) teori. Långa, berättande intervjuer har kategoriserats och därefter analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. En utförligare beskrivning av undersökningens metod återfinns i kapitel 2.

Studien anknyter teoretiskt till den inom etikforskningen förekommande diskussionen om ett eventuellt ”glapp” mellan etisk teori och praktiskt, moraliskt handlande och beslutsfattande. Ambitionen med studien är att genom intervjuerna synliggöra vårdgivares erfarenheter av att fatta prioriteringsbeslut för att därefter analysera dem i relation till etiska principer och riktlinjer. Då studien tydligt kopplar samman en empirisk undersökning med etisk teori kan den sägas utgöra ett exempel på vad som idag går under benämningen ”empirisk etik”. Denna inriktning inom etikforskningen kännetecknas av att den ser kontexten där en viss praktik utövas inte enbart som ett område där etiska principer skall tillämpas, utan som en källa till moralisk kunskap. Man söker beskriva och analysera hur utövarna själva förstår och tolkar etiskt relevanta begrepp samt undersöker konsekvenserna av beslut och riktlinjer för etiskt beslutsfattande inom en viss verksamhet.<sup>9</sup>

Sammanfattningsvis kan man säga att min undersökning har två huvudfrågor. Den ena berör förhållandet mellan vårdgivarens etiska kompetens när det gäller vårdprioriteringar, i relation till nationella etiska principer och lokala riktlinjer för prioriteringar. Den andra huvudfrågan handlar om etiska aspekter på att prioritera mellan människor, människor med olika ålder, kön, etnicitet och social ställning. Dessa två spår kommer att löpa parallellt genom hela undersökningen.

---

<sup>9</sup> För en teoretisk utveckling av empirisk etik, se Holm 2003 och Musschenga 2003.

### 1.3 Kort begreppsutredning

Begreppet *prioritering* definieras oftast som ”att sätta före” eller att ge företräde åt något. För en djupare förståelse av själva begreppet kan det vara till nytta att analysera det i relation till näraliggande begrepp, i detta fall *fördelning* och *ransonering*. En sådan begreppsanalys har gjorts av Per-Erik Liss inom ramen för PrioriteringsCentrums verksamhet. Ett syfte med Liss analys är att han säger sig vilja precisera vilka beslut, av alla de val på olika nivåer som görs i sjukvårdens vardag, som kan kategoriseras som just prioriteringsbeslut. För att nå detta syfte väljer han att jämföra begreppen prioritering, ransonering och fördelning.

*Fördelning* kan, enligt Liss, ses som antingen en process eller ett tillstånd. Som en process betecknar det proceduren av en uppdelning av något mellan olika parter. Som ett tillstånd står det för rådande förhållanden sedan något tillfallit någon.<sup>10</sup>

*Prioritering* kan inledningsvis definieras enligt den vedertagna förståelsen som att ge företräde åt något, d.v.s. att man gör ett val där något väljs och något annat väljs bort eller där något sätts före något annat. Dock preciserar Liss kraven på ett val för att det skall klassas som en prioritering. Prioriteringar, till skillnad från t.ex. en fördelning, kräver:

- att alla alternativ är övervägda;
- att valet innebär ett skapande av ordning mellan alternativen;
- att ordningen skapas utifrån vissa kriterier (vad Liss kallar prioriteringsobjekt).<sup>11</sup>

Liss poängterar också, att enligt hans definition skall endast *medvetna* val utifrån ovanstående kriterier räknas som prioriteringar. Att bara medvetna val skall klassas som prioriteringar reser emellertid, som jag ser det, vissa frågor. För det första står detta krav i motsättning till de uttalade uppfattningarna i både Prioriteringsutredningen och Prioriteringspropositionen om att prioriteringar kan vara både medvetna och omedvetna och att en viktig drivkraft i arbetet med att ta fram nationella kriterier och prioriteringsgrunder är just att göra prioriteringar på olika nivåer mer medvetna.<sup>12</sup> Liss' terminologi för detta verkar snarast vara öppna och slutna prioriteringar, men man kan ändå fråga sig om förståelsen överensstämmer. En andra fråga blir om t.ex. den individuella vårdgivaren själv måste vara medveten om att hon gör en prioritering eller om det är en bedömning som kan göras i efterhand och/eller av en utomstående betraktare.

---

<sup>10</sup> Liss 2002, s. 4ff.

<sup>11</sup> Liss 2002, s. 7ff.

<sup>12</sup> Prop. 1996/97:60.

*Ransonering*, slutligen, kan enligt Liss ske på tre olika sätt, samtliga karakteriserade av att vårdbehoven inte är optimalt åtgärdade. Det kan ske genom målransonering (behovet av optimal hälsa kommer inte att uppnås, vilket accepteras), tidsransonering (ökade väntetider) eller utspädning (glesare återbesök, lägre utbildad personal, läkemedel med fler biverkningar, d.v.s. en begränsning av kvaliteten på åtgärderna).<sup>13</sup> Enligt WHO är ransonering, till skillnad från prioritering, en ekonomisk term. Dock menar man att det handlar om två vägar för att nå samma mål: att fördela begränsade resurser mellan konkurrerande behov. Prioritering kan då ses som ett av många sätt att ransonera.<sup>14</sup>

Prioriteringar inom sjukvården kan vara *horisontella*, avse val mellan olika verksamheter inom hälso- och sjukvården, t.ex. mellan öppen och slutenvård eller mellan läkemedelsterapi och annan terapi. Denna typ av prioriteringar utförs främst på den politiskt/administrativa nivån. Prioriteringarna kan även vara *vertikala*, avse val som måste göras inom hälso- och sjukvårdens verksamhet, d.v.s. hur vården skall utformas och enligt vilka principer patienter skall få vård. Denna typ av prioriteringar utförs främst på den kliniska nivån.<sup>15</sup> Vertikala prioriteringar är givetvis i hög grad beroende av hur den horisontella prioriteringen gjorts. Såväl SOU 1995:5 som Prioriteringspropositionen anger att samma riktlinjer skall gälla för bägge typerna av prioriteringsbeslut.

Liss' framställning är klassificerande, inte normativ. Min egen studie är i ett första steg deskriptiv och fenomenologisk, i det att undersökningen genom intervjuer söker svar på hur vårdpersonal av olika kategorier själva förstår begreppet prioritering. Därefter går jag vidare till en analytisk nivå, där informanternas utsagor analyseras i förhållande till de vedertagna uppfattningarna och definitionerna i forskarsamhället av samma fenomen.

Liss betonar att de tre begreppen, fördelning, prioritering och ransonering, analytiskt kan definieras oberoende av varandra, att det med andra ord inte finns någon analytisk relation mellan dem, men att det däremot ofta finns empiriska samband mellan fenomenen. Han skriver:

*Det kan vara värdefullt vid den teoretiska analysen att diskutera fördelning av resurser som en ren fördelning, d.v.s. utan prioritering eller ransonering. I praktiken skulle en ren fördelning kräva att vi har tillräckligt med resurser. En sådan situation måste dock betraktas som ytterst sällsynt, framför allt inom*

<sup>13</sup> Liss 2002, s. II.

<sup>14</sup> SoS-rapport 1999:16, s. 22-23.

<sup>15</sup> SOU 2001:8, s.37-38, SOU 1995:5, s. 84, Liss 2002, s. 14-16. Anders Melin använder istället termerna makroallokering (för horisontella prioriteringar på politisk nivå) och mikroallokering (syftande på vertikala prioriteringar utförda på klinisk nivå). Se vidare Melin 2003, s. 2.

*hälso- och sjukvården. Fördelning vid en situation av knapphet kräver prioritering eller ransonering.*<sup>16</sup>

Fördelning kan med detta resonemang ses som ett paraplybegrepp, då det är möjligt att fördela något medels antingen prioritering eller ransonering.<sup>17</sup> Samtidigt är det givetvis möjligt att fördela något utan att prioritera eller ransonera, förutsatt att resurserna är tillräckliga. Detta är dock inte fallet i svensk sjukvård idag eller inom överskådlig framtid. Den centrala skillnaden mellan prioritering och ransonering, om man utgår från Liss klassificering, torde vara att prioriteringen innebär en rangordning. Ransoneringen handlar snarare om huruvida behoven kan åtgärdas och i så fall i vilken utsträckning. Ransonering innebär däremot inte detsamma som besparing. En besparing kan ha föregått även en prioritering.

I min undersökning kommer jag i det analytiska arbetet att utgå från Liss' definition av prioriteringsbegreppet. Som nämnts är dock en viktig del i studien att lyfta fram vårdpersonalens egen förståelse av termen prioritering – därav är intervjumanualen ganska fritt utformad och inleds t.ex. med den mycket öppna och vida frågan: ”Prioriteringar, vad tänker du på när jag säger det?”; detta för att undvika att styra informanterna i deras beskrivning av vad prioriteringsbeslut i arbetet är för dem. Därmed kan man säga att jag är mer intresserad av att fånga upp *fenomenet* prioritering, uppfattat som ett moraliskt handlande och ställningstagande, snarare än av den begreppsliga definitionen.

Ytterligare ett begrepp som behöver preciseras inför presentationen av det empiriska materialet är *ålder*, baserat på det faktum att en av undersökningens huvudfrågor handlar om huruvida prioriteringsbeslut drabbar äldre människor negativt i sjukvården. Ett vanligt sätt att avgränsa ”äldre” från andra grupper i det svenska samhället är att dra en imaginär gräns vid 65 års ålder. Över denna gräns räknas man in i gruppen ”äldre”. Att gränsen skall dras vid just 65 år hänger givetvis samman med den traditionella pensionsåldern i Sverige, och får förklaras med den betydelse västerländsk kultur tillmäter människan som lönearbetande varelse. Att definiera ”äldre” som människor från 65 år och uppåt förefaller dessutom vara en vedertagen tradition inom äldreforskning och medicinsk etik internationellt sett.<sup>18</sup>

Prioriteringsutredningen skiljer mellan *kronologisk* och *biologisk/funktionell* ålder, vilket innebär att den ansluter sig till en etablerad distinktion inom medicinsk etik och filosofi.<sup>19</sup> Den kronologiska åldern beräknas från födelseåret

---

<sup>16</sup> Liss 2002, s. 7.

<sup>17</sup> Liss 2002, s. 28.

<sup>18</sup> Jfr. t.ex. Callhan 1987, s. 22, Bond et al. 1993, s. 6.

<sup>19</sup> SOU 1995:5, s. 128, Callahan 1987, Andersson/Minell 2002, s. 102.

och framåt. Det är med andra ord den ålder vi innehar enligt personbeviset, beräknad utifrån vårt födelseår relaterat till innevarande år. Den biologiska/funktionella åldern tar utöver detta hänsyn till verksamma eller nedsatta fysiologiska förmågor. Även om den kronologiska åldern är hög kan en människa ha en väl fungerande fysiologi. Hon kan då bedömas som biologiskt ”yngre” än en, kronologiskt sett, yngre människa med kraftigt nedsatt fysiologisk funktion.

Enligt SOU 1995:5 är kronologisk ålder inte ett relevant etiskt kriterium i en prioriteringssituation. Denna uppfattning får dock inte stöd i den enkätundersökning utredningen lät göra, där frågor om prioriteringar ställdes till 1 500 slumpvis utvalda personer över hela landet i åldern 18 – 84 år. Cirka 50 % av de tillfrågade i denna undersökning ansåg att patientens ålder (förmodligen uppfattat som kronologisk ålder) bör vara en faktor att ta hänsyn till vid prioriteringar inom hälso- sjukvården.<sup>20</sup> I sitt slutbetänkande slår prioriteringsutredningen emellertid fast att kronologisk ålder i sig inte är en acceptabel grund för prioriteringar, då det strider mot människovärdesprincipen.<sup>21</sup>

Åldrandet kan enligt forskningen beskrivas på flera sätt. För det första kan det ses som en *psykofysisk process*, vilket innebär ”ett irreversibelt skeende, som kännetecknas av avtagande fysiska och psykiska funktioner.”<sup>22</sup> De avtagande funktioner det kan vara frågan om är t.ex. nedsatt muskelstyrka, försämrad syreupptagningsförmåga och försämrat korttidsminne. En människa kan, utifrån detta synsätt, definieras som gammal när dessa och liknande psykofysiska förändringar inträder.

För det andra kan åldrande också beskrivas som en *upplevelse*. Här utgås från den subjektiva känslan när en människa själv bedömer sig som gammal i förhållande till sin omgivning. Ofta, men inte nödvändigtvis, hänger upplevelsen samman med avtagande funktioner. Det kan också innebära att man börjar identifiera sig som tillhörande gruppen ”äldre”. Anneli Sarvimäki konstaterar:

Man kan också hävda att människan har alla de åldrar hon genomgått kvar inom sig som erfarenheter och möjliga upplevelser. Det subjektiva åldrandet sammanfaller alltså inte nödvändigtvis med den kronologiska åldern.<sup>23</sup>

För det tredje kan åldrandet även ses som en *social konstruktion*. Det innebär att detta hur man bedömer ålder och åldrande betraktas, inte som något absolut,

---

<sup>20</sup> SOU 1995:5, s. 19.

<sup>21</sup> SOU 1995:5, s. 24, 128.

<sup>22</sup> Sarvimäki 2002, s 69.

<sup>23</sup> Sarvimäki 2002, s 70.

utan som föreställningar konstruerade i en viss kontext. Man utgår från att det finns kulturella normer för äldre människors beteende liksom för samhällsliga attityder gentemot äldre.<sup>24</sup> Att även se åldrandet som en social konstruktion innebär inte att bortse från varesig psykofysiska faktorer eller den subjektiva upplevelsen, men bägge dessa fenomen tolkas utifrån antagandet om åldrande som en social konstruktion. En socialkonstruktivistisk syn på åldrande bortser heller inte från kroppsliga faktorer och det faktum att kroppen förändras med stigande ålder. Däremot hävdar den att den stigmatisering av den åldrande kroppen som präglar vår kultur är konstruerad och därmed föränderlig.<sup>25</sup> Uppfattningar om den åldrande kroppen är med andra ord kulturellt laddade.

#### **1.4 Etiken<sup>26</sup> omkring prioriteringar i vården**

Prioriteringar i vården är en typ av beslut som kräver etisk reflektion. Inom sjukvården finns väl etablerade etiska principer som riktlinjer för det konkreta arbetet. I hög grad återspeglas dessa i yrkesetiska koder för olika kategorier vårdpersonal. De idag ofta använda etiska principerna inom medicinsk verksamhet arbetades fram av de amerikanska forskarna Tom Beauchamps och James Childress på 1970-talet och är fyra till antalet. Utan rangordning är de:

- Principen om att respektera personer (innefattande respekt för människors autonomi och integritet)
- Principen att inte skada
- Principen att göra gott
- Rättvis principen<sup>27</sup>

Tanken är att dessa fyra principer skall styra medicinska beslut och behandlingar på främst klinisk nivå och att de kan alternera i viktighetsgrad, d.v.s. att någon princip kan ges företräde beroende på situationen och någon annan överträdas med hänvisning till den förstnämnda principen.

---

<sup>24</sup> Ibid.

<sup>25</sup> Sarvimäki 2002, s. 70.

<sup>26</sup> Enligt vedertagen terminologi står moral för faktiskt förekommande uppfattningar och ställningstaganden beträffande rätt och fel, gott och ont i en viss kontext, medan etik betecknar reflektionen över moralen. Etymologiskt har orden i stort sett samma betydelse: etik kommer från grekiskans *ethos* och moral från latinets *mos/mores*; bägge betyder ungefär sed eller sedvänja. I min framställning använder jag orden synonymt då det gäller etiska ställningstaganden och moraliskt agerande. Etik antas dock ha en vidare innebörd då det även kan beteckna den vetenskapliga reflektionen över moralen. Se vidare Möller 1995, s. 13 och Höglund 2001, s. 31.

<sup>27</sup> Beauchamp & Childress 1994.

De fyra principerna bygger på väl etablerade teoritraditioner inom moralfilosofin, nämligen distinktionen mellan s.k. deontologi (pliktetik) och teleologi (konsekvensetik). En vedertagen definition av teleologiska teorier (av grekiskan *telos*, ändamål) är att de bedömer en handling enbart utifrån dess konsekvenser. Därav kallas de även konsekvensetiska teorier. Enligt filosofen John Rawls (som i sin tur ansluter sig till en definition utformad av William Frankena) är det utmärkande för en teleologisk teori att en uppfattning om vad som är ”gott” ges företräde framför vad som uppfattas som ”rätt”. Det goda definieras oberoende av det rätta, och det rätta definieras som maximeringen av det goda.<sup>28</sup>

En etablerad form av teleologisk teori är utilitarismen. Här antas värden som hälsa, kunskap, vänskap, välbefinnande som goda och eftersträvansvärda, då de antas öka mängden ”lycka” i samhället. En nyttoprincip formuleras som hävdar att en handling är rätt om, och endast om, det inte finns någon alternativ handling som ger ett större överskott av lycka för alla människor. En vanlig form av utilitarism framhåller strävan efter att maximera välfärd och välbefinnande för så många människor som möjligt.<sup>29</sup>

Deontologiska teorier förenas, enligt Rawls, främst av att vara icke-teleologiska. Det innebär att de varken definierar det goda oberoende av det rätta, eller det rätta som en maximering av det goda. Detta innebär dock inte att det i deontologiska teorier bortses från handlingars konsekvenser. Däremot karaktäriseras deontologiska teorier av att dess företrädare hävdar att inte enbart handlingens konsekvenser, utan utöver detta också egenskaper hos själva handlingen, avgör dess moraliska halt.<sup>30</sup>

Filosofen Konrad Marc-Wogau definierar deontologi som en teori där det moraliska pliktbegreppet inte är återförbart på värdebegreppet ”god”.<sup>31</sup> Denna definition har i SOU-rapporten *God sed i forskningen* (SOU 1999:4) utvecklats genom införandet av ytterligare ett villkor: en deontologisk teori är en teori där det moraliska pliktbegreppet inte är ”restlöst” återförbart på värdebegreppet ”god”.<sup>32</sup> Utifrån en sådan definition innefattar deontologisk etik teorier som tar hänsyn till konsekvenserna, men samtidigt antar vissa övertrumfande handlingsrestriktioner. En rimlig förståelse av deontologi är, utifrån detta resonemang, en etisk teori där man inom ramen för vissa handlingsrestriktioner, t.ex. i form av rättigheter som tillskrivs människor, skall sträva efter att maximera de goda konsekvenserna.

<sup>28</sup> Rawls 1972, s. 24. Se även Frankena 1973 s. 14.

<sup>29</sup> För en presentation och diskussion om utilitarism, se t.ex. Rachels 1993, s. 90ff.

<sup>30</sup> Bexell/Grenholm 1997, s. 107.

<sup>31</sup> Marc-Wogau 1986, s. 62.

<sup>32</sup> SOU 1999:4, s. 27.



Ur ett deontologiskt perspektiv kan man hävda att vissa värden, såsom rättfärdiga relationer mellan människor, rättvisa och respekt för människovärdet, övertrumfar strävan efter maximeringen av nytta eller lycka. Värnandet av sådana absoluta värden eller rättigheter kan givetvis sammanfalla med främjandet av goda konsekvenser. Vid värdekonflikter skall dock rättvisa och rättigheter, enligt ett deontologiskt resonemang, ges företräde framför nyttomaximeringen.

Studerar man de fyra vedertagna etiska principerna inom medicinsk verksamhet mot denna bakgrund framgår det att principen om att respektera personers autonomi och integritet utgår från ett deontologiskt resonemang, liksom kravet på rättvisa, i betydelsen att alla skall behandlas lika och erbjudas en vård på lika villkor. Icke skada- och göra gott-principerna bygger däremot på ett konsekvensetiskt resonemang, där risk och nytta i den aktuella situationen vägs mot varandra.

Trots dessa fyra principers stora genomslagskraft, även i svensk kontext, valde prioriteringsutredningen att formulera tre nya principer. Man anger explicit att såväl principen om att göra gott som icke skada-principen är högst relevanta och centrala då det gäller vård och omsorg i allmänhet, men alltför vaga för att kunna ge vägledning i prioriteringssituationer. Principen att respektera personer (som ofta kallas enbart autonomiprincipen och av utredningen benämns självbestämmandeprincipen) tar man avstånd från, då man menar att det finns en inbyggd konflikt mellan prioriteringar och självbestämmande.<sup>33</sup> Däremot kvarstår givetvis kravet på att patienten skall informeras och därefter samtycka till vård och behandling.

Också rättvisepriincipen tar prioriteringsutredningen avstånd från. Motiveringen för detta är att man menar att rättvisa ”kan ha många innebörder”.<sup>34</sup> Detta är förvisso sant. I filosofisk mening kan rättvisa förstås både som ett distributivt begrepp (syftande på fördelning av resurser) och som ett retributivt begrepp (syftande på bestraffning för olagliga handlingar). I anslutning till prioriteringar inom hälso- och sjukvården har vi givetvis främst att göra med en form av distributiv rättvisa. Emellertid finns olika filosofiska modeller även för vad som är en rättvis fördelning av samhällets goda. Det gäller dels hur fördelningen bör gå till (formella rättvisepriinciper), dels det konkreta innehållet i en rättvisepriincip, t.ex. att lika bör behandlas lika (materiella rättvisepriinciper).<sup>35</sup>

Välkända modeller för distributiv rättvisa anger att en rättvis fördelning sker utifrån behov, utifrån merit/förtjänst eller enligt principen om rättmätigt

---

<sup>33</sup> SOU 1995:5, s. 125.

<sup>34</sup> SOU 1995:5, s. 116.

<sup>35</sup> Melin 2003, s. 6.

innehav/åtnjutande.<sup>36</sup> Då det gäller hälso- och sjukvård har rättvisa utifrån behov varit det förhärskande synsättet i Sverige. Om resurser i samhället fördelas efter behov ska de med det största behovet ges högsta prioritet. I detta resonemang inryms en strävan efter att skydda svaga grupper i samhället – något som även genomsyrar SOU 1995:5. En väl etablerad teori om rättvis fördelning av vårdens resurser, utformad som en liberal rättviseteori med behovsbegreppet i centrum, har presenterats av Norman Daniels.<sup>37</sup> Han bygger i sin tur på John Rawls välkända rättviseteori.<sup>38</sup> Daniels menar att prioriteringar i vården skall ske med det övergripande målet att ge människor samma möjligheter till ett gott liv. De behov vi har för att detta skall uppfyllas kan, menar han, fastställas objektivt: vi har behov av det som hjälper oss att fungera ”normalt” för vår art.<sup>39</sup>

När det gäller rättvisa som fördelning utifrån merit eller förtjänst kan detta appliceras på vårdetiska prioriteringar när det gäller resursfördelning mellan olika samhällsgrupper, t.ex. hur stora resurser som skall satsas på äldreomsorg i förhållande till barnsjukvård. Företrädare för en distributiv rättvisa enligt meritprincipen skulle då kunna hävda att de äldre förtjänar större resurser, p.g.a. att de tidigare i livet bidragit till uppbyggandet av välfärdssamhället. Å andra sidan skulle man utifrån en syn på rättvisa som grundade sig på merit också kunna hävda att självförvållade sjukdomar, t.ex. lungsjukdomar på grund av rökning, inte bör utgöra grund för hög rangordning i en prioriteringssituation. Ett sådant resonemang strider emellertid, som vi kommer att se, mot intentionerna i SOU 1995:5.

Att uppfatta en rättvis fördelning som beroende av den egna insatsen eller bidraget innebär att man tänker sig rättvisa som rättmätigt innehav eller rättmätigt åtnjutande. Detta kallas även libertarianism och utmärkande för libertarianismens företrädare är ett starkt försvar av den fria marknaden. All sjukvård bör vara privat, grundat på övertygelsen att alla individer bör ha en okränkbar rätt att bestämma över sitt liv och sin egendom, givet att egendomen införskaffats på ett korrekt sätt.<sup>40</sup> I praktiken innebär detta synsätt att var och en får betala efter förmåga för den välfärd man behöver. Detta är således den mest marknadsorienterade synen på rättvisa. En konkret tillämpning av den skulle innebära privata försäkringspremier och avgiftsbeläggning av vårdtjänster i högre grad än vad som är fallet i Sverige idag.

Innan jag går in på det förslag till etiska principer som utredningen valde vill jag även kort kommentera ytterligare ett begrepp som skulle kunna uppfattas som

<sup>36</sup> Se t.ex. Bexell/Grenholm 1997, s. 111ff.

<sup>37</sup> Daniels 1985.

<sup>38</sup> Rawls 1972.

<sup>39</sup> Daniels 1985, Melin 2003, s. II.

<sup>40</sup> Se t.ex. Nozick 1974 för en rättviseteori av detta slag.

relevant då det gäller vårdetiska prioriteringar, nämligen begreppet nytta. Som nämnts ovan kännetecknas den s.k. utilitarismen (nyttomoralen) av att dess företrädare förespråkar en maximering av det goda för det största antalet människor. Här antas värden som hälsa, kunskap, vänskap, välbefinnande som goda och eftersträvansvärda, då de antas öka mängden ”lycka” i samhället.<sup>41</sup>

Skulle en nyttoprincip fungera som vägledande för vårdetiska prioriteringar skulle dock vissa svåra avvägningsfrågor uppstå. Ökar andelen lycka i världen genom att resurser läggs på att hjälpa många människor med lindrigare besvär istället för några få med mycket svåra skador? Är det av större nytta för ett samhälle, på både kort och lång sikt och för samtliga av dess medborgare, att lägga resurser på att i första hand vårda patienter som har en inflytelserik position i samhället, är i produktiv ålder, besitter viktiga politiska eller ekonomiska positioner eller är föräldrar till små barn? Det är givetvis denna typ av betänkligheter som gör att utredningen väljer att ta avstånd även från detta begrepp. I en viss form förekommer dock även nyttobegreppet i den etiska plattformen, vilket skall utvecklas vidare nedan.

### **1.5 Den etiska plattformen**

Prioriteringsutredningens förslag från 1995 och de efterföljande nationella riktlinjerna för prioriteringar i vården är välkända för läsaren av PrioriteringsCentrums rapporter. Här skall därför endast kortfattat redogöras för de gällande etiska riktlinjerna för prioriteringar.

Som en följd av en allt mer intensifierad offentlig debatt om de ökande prioriteringskraven inom svensk hälso- och sjukvård tillsattes år 1992 en parlamentarisk utredning, med uppgift att se över och diskutera hälso- och sjukvårdens roll i välfärdssamhället. I direktiven till utredningen står det att en av kommitténs huvuduppgifter är ”att överväga och lämna förslag till vilka principer som skall ligga till grund för prioriteringar inom vården.”<sup>42</sup> Vidare sägs att dessa principer bör ha en bred förankring i samhället för att upprätthålla förtroendet för hälso- och sjukvården. Redan i direktiven till utredningen återspeglas således en fokusering på etiska principer.

Prioriteringsutredningen presenterade ett delbetänkande 1993 (SOU 1993:93) och därefter, sedan man tagit in remissyttranden på det första betänkandet, ett slutbetänkande 1995 (SOU 1995:5). Genomgående fick utredningen stor uppmärksamhet och ett gott bemötande, vilket också visade sig i att den

<sup>41</sup> En uppmärksammod modell för vårdetiska prioriteringar byggd på ett utilitaristiskt resonemang har presenterats av Daniel Callahan. Se Callahan 1987.

<sup>42</sup> SOU 1995:5, s. 209.

efterföljande propositionen (prop. 1996/97:60) i mycket följde utredningens förslag och att riksdagen ställde sig bakom regeringens förslag och att vissa förändringar i Hälso- och sjukvårdslagen följde på besluten. Därmed måste prioriteringsutredningen betraktas som ett betänkande som fått stor genomslagskraft, åtminstone initialt.

Då direktiven uppdrog åt kommittén att utarbeta principer för prioriteringar valde utredningen att arbeta fram vad den kallade en ”etisk plattform” bestående av tre etiska principer. Plattformen bör, menade man, vara vägledande vid konkreta prioriteringsbeslut på olika nivåer. I slutbetänkandet har den följande utformning:

- *Människovärdesprincipen* – alla människor har lika värde och samma rättigheter oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället;
- *Behovs- och solidaritetsprincipen* – den som har störst behov av vård skall ges företräde;
- *Kostnadseffektivitetsprincipen* – sjukvårdens resurser skall användas där de gör mest nytta, behandlingar som är kostsamma men troligen inte effektiva skall inte sättas in.

Principerna är rangordnade i den ovan nämnda ordningen. Det innebär att behovs- och solidaritetsprincipen skall tillämpas först sedan människovärdesprincipen är tillgodosedd och kostnadseffektivitetsprincipen efter det att man uppfyllt både människovärdes- och behovs- och solidaritetsprincipen.

Då det gäller *människovärdesprincipen* ansluter sig utredningen till en definition formulerad av filosofen Ingemar Hedenius: människovärdet motiverar vissa fundamentala rättigheter som alla människor, enbart i kraft av sin mäsklighet, har rätt att få respekterade.<sup>43</sup> Relevant i anslutning till prioriteringar är att människovärdet inte är knutet till prestationer, egenskaper eller funktioner i samhället. Det baseras istället på själva existensen som människa. Människovärdesprincipen anger främst på vilka grunder prioriteringar i vården *inte* bör ske. Som ej godtagbara prioriteringsgrunder anger utredningen hög ålder, låg födelsevikt, självförvållade skador samt ekonomiska och sociala faktorer, då prioriteringar utifrån någon av dessa faktorer öppet strider mot människovärdesprincipen.<sup>44</sup>

När det gäller *behovs- och solidaritetsprincipen* skiljer utredningen på hälso- och livskvalitetsrelaterade behov; det som räddar liv och det som består av

---

<sup>43</sup> SOU 1995:5, s. 117, Hedenius 1982, s. 19ff.

<sup>44</sup> SOU 1995:5, s. 24, 117.

omvårdnad. En person har endast behov av det han eller hon har nytta av, enligt utredningen. Annat är önsknings-, preferenser.<sup>45</sup> I Prioriteringspropositionen anges att regeringen ansluter sig till utredningens definition av behov: ”En människa har större behov ju svårare sjukdomen eller skadan är eller ju sämre livskvaliteten är till följd av skadan eller sjukdomen. Hon har däremot inte behov av åtgärder som inte förbättrar hälsan eller livskvaliteten.”<sup>46</sup> I något högre grad än utredningen företräder propositionen dock en sammanvägd syn på behov. Detta grundar man på påpekanden från Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik, om att det kan vara svårt att skilja de två typerna av behov åt.<sup>47</sup>

Utredningen tar som nämnts explicit avstånd från ”nytta” som ett etiskt begrepp att utgå från vid prioriteringar. Emellertid anges att en nyttoaspekt finns inbyggd i behovsbegreppet, i det att man menar att människor bara har behov av det de har nytta av. Enligt utredningen är det främsta kravet på och garanten för nytta inom hälso- och sjukvården att de medicinska beslut som tas bygger på beprövad vetenskap och dokumenterade goda resultat.<sup>48</sup>

Solidaritet definieras i både utredningen och den efterföljande propositionen enligt följande: det innebär inte bara lika möjligheter till vård, utan också en strävan efter att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt. Det innebär i klartext att ”alla skall nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet.”<sup>49</sup> Utöver detta innebär solidariteten också att särskilt beakta behoven hos de svagaste. Propositionen nämner här särskilt barn, åldersdementa, medvetlösa och andra som av olika skäl kan ha svårt att ta tillvara sina rättigheter och göra sin röst hörd. Detta skall alltså inte vara en anledning till att de inte skall ha samma rätt till vård som alla andra – det skulle strida mot människovärdesprincipen. Således kan man hävda, att behovs- och solidaritetsprincipen är tillkommen för att i praktiken skydda och göra det möjligt att implementera människovärdesprincipen. Den andra principen i plattformen bygger, med andra ord, på den första.

Som utvecklats ovan tog prioriteringsutredningen avstånd från ”rättvisa” som begrepp att utgå från vid beslut om prioriteringar. Vid en närmare analys av behovs- och solidaritetsprincipen framkommer emellertid att den etiska plattformen faktiskt inrymmer en rättvis princip men då preciserad som distributiv rättvisa där en rättvis fördelning är den som utgår från människors

---

<sup>45</sup> SOU 1995:5, s. 109f.

<sup>46</sup> Prop. 1996/97:60, s. 14.

<sup>47</sup> Ibid.

<sup>48</sup> SOU 1995:5, s. 111f.

<sup>49</sup> Prop. 1996/97:60, s. 17, SOU 1995:5, s. 118.

behov. Därmed kan alltså behovs/solidaritetsprincipen ses som plattformens rättvisepincip.

Den tredje och sista principen i den etiska plattformen är *kostnadseffektivitetsprincipen*. Liksom utredningen tolkar propositionen den som att hälso- och sjukvården, vid val mellan olika verksamhetsområden och åtgärder, bör sträva efter en rimlig relation mellan kostnader och resultat. Propositionen betonar dock att principen endast får tillämpas vid jämförelser av metoder för behandling av samma sjukdom.<sup>50</sup>

I utredningens delbetänkande kallas principen ”effektivitetsprincipen”<sup>51</sup>. Den definieras enligt följande:

*Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man satsa på det som är mest kostnadseffektivt, om allt övrigt är lika*<sup>52</sup>

Flera remissinstanser anmärkte särskilt på formuleringen ”om allt övrigt är lika”. De menade att principen blev för snäv och att principen istället borde formuleras så att den blev tillämplig även när effekten av olika behandlingar inte är helt lika, utan där det är fråga om en vägning mellan kostnad och effektiv behandling för samma sjukdom.<sup>53</sup> I slutbetänkandet kallas principen ”kostnadseffektivitetsprincipen” och definitionen är här:

*Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet.*<sup>54</sup>

Prioriteringsutredningens slutbetänkande gick på remiss till omkring 70 instanser. Regeringen tog in synpunkter från dessa och formulerade sedan sin prioriteringsproposition: ”Prioriteringar inom hälso- och sjukvården” (prop. 1996/97:60). I hög grad ställde man sig där bakom utredningens förslag. Propositionen antogs av riksdagen och den föreslagna etiska plattformen med sina tre principer låg sedan till grund för en förändring i Hälso- och sjukvårdslagen, juli 1997, vars andra paragraf nu anger människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen som vägledande för prioriteringar i vården. 2 § lyder idag (tillägget kursivt):

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. *Vården skall ges med respekt för alla människors*

<sup>50</sup> Prop. 1996/97:60, s. 17.

<sup>51</sup> SOU 1993:93, s. 96.

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> SOU 1995:5, s. 119.

<sup>54</sup> Ibid.

*lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.*

Kostnadseffektivitetsprincipen kommer även den till uttryck i Hälso- och sjukvårdslagen, nämligen i 28 § där det anges att all hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

I syfte att ytterligare konkretisera förslaget hade utredningen även upprättat vissa prioriteringsgrupper där de etiska principerna omsattes på sjukdomstillstånd och patientgrupper med olika behov. Man föreslog fem prioriteringsgrupper, nämligen:

I Vård av livshotande akuta sjukdomar, sjukdomar som utan behandling leder till invaliditet eller död, svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård, vård av människor med nedsatt autonomi.

II Prevention, habilitering, rehabilitering.

III Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

IV Gränsfall.

V Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.<sup>55</sup>

Flera remissinstanser var kritiska till denna indelning, framför allt till vad som kallades grupp IV: Gränsfall. Det debatten främst gällde var att utredningen i slutbetänkandet hänfört åtgärder mot ofrivillig barnlöshet till denna grupp. Flera remissinstanser påpekade att ofrivilligt barnlösa par kan uppleva försämrad livskvalitet. Dessutom kan anledningen vara en biologisk rubbning hos någon av parterna, varför det även rör sig om ett hälsorelaterat behov.<sup>56</sup>

Regeringspropositionen hörsammade kritiken och ändrade något i de föreslagna prioriteringsgrupperna. Man slog ihop de två sista så att de ursprungliga fem grupperna blev fyra. Därmed kom behandling av ofrivillig barnlöshet att föras till grupp III: Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. Dessa fyra prioriteringsgrupper fastslogs sedan av riksdagen 1997. De prioriteringsgrupper som gäller idag är således:

#### *Prioriteringsgrupp I:*

Vård av akuta och livshotande sjukdomar, sjukdomar som utan behandling leder till varaktig invaliditet eller för tidig död, svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi.

---

<sup>55</sup> SOU 1995:5, s. 155. Utredningen skiljer något på prioriteringsgrupperna för politisk och klinisk nivå. På klinisk nivå delas grupp I in i två delar, a och b. Detta antogs inte i regeringens proposition, då man ansåg uppdelningen onödig. Se vidare SOU 1995:5, s. 157 och Prop. 1996/97:60, s. 26.

<sup>56</sup> SOU 1995:5, bilaga 2.

*Prioriteringsgrupp 2:*

Preventiv vård, habilitering, rehabilitering.

*Prioriteringsgrupp 3:*

Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.

*Prioriteringsgrupp 4:*

Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.<sup>57</sup>

Genom att göra en indelning av detta slag ger man å ena sidan vägledning för dem som skall besluta om resursfördelningar men å andra sidan också stort utrymme för de lokala huvudmännen att prioritera bort vård, främst i grupperna 3 och 4.

För att implementera de nya riktlinjerna uppdrogs åt Socialstyrelsen att utfärda riktlinjer i enlighet med propositionen, som i sin tur i hög grad byggde på utredningsförslaget.<sup>58</sup> Förutom lagändringen som tydliggjorde människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen, skrevs även in i lagen att en medicinsk bedömning skall göras så snart som möjligt. En snabb och väl genomförd första bedömning, menar propositionen, är nödvändig för att de etiska principerna skall kunna tillämpas.<sup>59</sup>

Utöver att Socialstyrelsen uppdrogs att utforma riktlinjer i enlighet med beslutet tillsattes också en särskild delegation som skulle följa upp tillämpningen av de nya riktlinjerna och sprida kunskap om dem. Den s.k. Prioriteringsdelegationen redovisade sitt arbete 2001.<sup>60</sup> Resultaten i min undersökning visar att trots denna satsning har diskussionen om prioriteringar inte nått ut till alla kategorier vårdpersonal. Inte heller hade de intervjuade som medborgare nåtts av en offentlig diskussion i ämnet.

---

<sup>57</sup> SoS-rapport 1999:16, s. 15.

<sup>58</sup> SoS-rapport 1999:16.

<sup>59</sup> Prop. 1996/97:60, s. 34.

<sup>60</sup> SOU 2001:8.



## 2. UNDERSÖKNINGENS METOD

Den empiriska delen i studien består av en intervjuundersökning, utförd med kvalitativ metod. I det följande skall något sägas om vad som utmärker den använda metoden, samt något om resultatens validitet och generaliserbarhet. Intervjuerna utfördes ganska öppet och materialet bygger på informanternas berättelser, snarare än på deras svar på i förväg bestämda frågor. Det innebär att metoden, utöver som en form av kvalitativ metod, även kan beskrivas som narrativ (berättande), samtidigt som den gränsar till fenomenologisk och hermeneutisk tradition.

### 2.1 Att fånga upp fenomen med hjälp av berättelser

Kvalitativ metod är ett vitt begrepp, som inom sig rymmer en rad metodologiska ansatser. Enligt Steinar Kvale förenas dock olika typer av kvalitativ forskning av att ett fenomenologiskt förhållningssätt i en allmän, icke-filosofisk mening så gott som alltid varit förhärskande inom den. I korthet innebär det att man ”söker förstå de sociala fenomenen utifrån aktörernas egna perspektiv”.<sup>61</sup> I min undersökning har metoden ytterligare förstärkt detta genom den narrativa utformningen av intervjun. Det innebär att intervjumanualen inte bestod av detaljerade frågor, utan snarare utgick från att informanterna själva skulle berätta om vissa händelser i sin verksamhet. Därmed skulle de styras så lite som möjligt och förståelsen av det fenomen som undersöktes – deras moraliska praxis och etiska reflektion i anslutning till prioriteringsbeslut – ligga så nära deras egna beskrivningar och förståelse som möjligt. Kvale menar att man i fenomenologiska undersökningar ”beskriver världen sådan den upplevs av subjekten och förutsätter att den relevanta verkligheten är vad människor uppfattar att den är.”<sup>62</sup>

Fenomenologin som filosofi introducerades av Husserl vid sekelskiftet 18-1900. Den utvecklades sedan vidare av filosofer som Heidegger, Sartre och Merleau-Ponty.<sup>63</sup> Som metod har fenomenologin utvecklats av t.ex. Spiegelberg och Giorgi.<sup>64</sup> Det är en typ av kvalitativ metod, som fokuserar den mening de intervjuade själva ger åt sina påståenden. Den söker, som Kvale skriver, göra det osynliga synligt. Då ett syfte med föreliggande undersökning var att just försöka synliggöra informanternas erfarenheter av moraliska beslut, föreföll denna metod som den mest lämpade. Mot denna bakgrund kan de narrativa intervjuerna i projektet beskrivas som ett samtal, där syftet är att erhålla

---

<sup>61</sup> Kvale 1997, s. 54.

<sup>62</sup> Kvale 1997, s. 54.

<sup>63</sup> Ibid.

<sup>64</sup> Ibid.

beskrivningar av informanternas erfarenheter av det studerade fenomenet, i avsikt att tolka det beskrivna fenomenets mening.<sup>65</sup>

En kvalitativ forskningsintervju är ämnesorienterad. Man söker inte informantens åsikter i allmänhet, utan hans eller hennes upplevelse och förståelse av en specifik situation eller handling. Huvuduppgiften är att förstå *innebörden* i det den intervjuade säger. Det handlar om kvalitet – inte om kvantitet, som t.ex. hur många gånger olika uttryck förekommer. Genom intervjun erhålls otolkade beskrivningar, som sedan kan tolkas utifrån en teoretisk referensram av forskaren. Intervjun är således inte styrd, men alltid fokuserad.<sup>66</sup>

Såväl fenomenologisk som narrativ metod ger ett aktörsperspektiv på det fenomen som studeras. Människors egna definitioner av fenomenen skall lyftas fram. Detta kan vara särskilt lämpligt när forskare och informant saknar en gemensam referensram, t.ex. yngre forskare som studerar äldre eller, som i detta fall, etiker och filosofer som studerar vårdvardagen på klinisk nivå.<sup>67</sup>

En kvalitativ intervjusituation är ett mellanmänniskt samtal där intervjuare och informant påverkar och reagerar på varandra ömsesidigt. Det innebär att den kunskap som erhålls genom intervjun inte kan uppfattas som att den redan fanns färdig hos informanten, utan snarare som att den har växt fram och skapats i själva intervjusituationen. Detta är en del av metoden och behöver således inte uppfattas som en felkälla. Som filosofen Richard Rorty hävdar bör kunskap inte ses som en representation av verkligheten. Snarare kan man se det som att vi ständigt är i färd med att konstruera vår verklighetsuppfattning.<sup>68</sup> Mot en sådan teoretisk bakgrund kan berättelserna som materialet utgörs av ses som konstruerade genom intervjusituationen.

Vid tolkningen av materialet utgås i studien från ett hermeneutiskt synsätt. Hermeneutiken studerar tolkningen av texter. Att den har anknytning till kvalitativ metod beskrivs av Kvale så här:

*Forskningsintervjun är ett samtal om den mänskliga livsvärlden, där den muntliga diskursen förvandlas till texter som skall tolkas. Hermeneutiken är alltså dubbelt relevant för intervjuforskning: först genom att kasta ljus över den dialog som skapar de intervjutexter som skall tolkas och sedan genom att klarlägga den process där intervjutexterna tolkas, vilken återigen kan uppfattas som en dialog eller ett samtal med texten.*<sup>69</sup>

---

<sup>65</sup> Jfr. Kvale 1997, s. 13.

<sup>66</sup> Kvale 1997, s. 34-37.

<sup>67</sup> Öberg 1996, s. 24.

<sup>68</sup> Rorty 1979, s. 171.

<sup>69</sup> Kvale 1997, s. 49.

Den hermeneutiska tolkningsprocessen brukar beskrivas med en cirkel, med en ständig växling mellan delar och helhet. Utifrån en ofta vag och intuitiv uppfattning av texten som helhet tolkas enskilda delar, vilka sedan åter relateras till helheten. Processen kan synas oändlig, men upphör i praktiken när man kommit fram till en ”rimlig” mening, d.v.s. en som är fri från inre motsägelser. Texten antas alltid tolkas utifrån forskarens/läsarens förförståelse av den. Utgångspunkten är att någon förutsättningslös tolkning av en text aldrig existerar. Det är därför av största vikt att den som tolkar texten gör förutsättningarna explicita för att andra tolkare skall kunna förhålla sig till den föreslagna.<sup>70</sup>

## **2.2 Transkription och tolkning**

En narrativ, kvalitativ intervju som tillämpar fenomenologisk metod är att betrakta som en relativt ostrukturerad intervju som syftar till att vara hypotesgenererande. En intervju som prövar hypoteser är ofta mer strukturerad.<sup>71</sup> Intervjuerna i föreliggande studie bandades och skrevs sedan ut efterhand som de genomfördes. Därigenom gjordes en första grov analys i själva skrivandet. Informantsökandet upphörde när materialet kändes mättat. Vid intervjuerna användes en semistrukturerad manual. Intervjufrågorna hade formulerats utifrån forskningsfrågorna.<sup>72</sup> (Se appendix i rapportens slut.)

Att skriva ut intervjuer är i sig en tolkande process. Vid en transkription skall ett talat språk överföras till skriftspråk. Hur mycket forskaren vid transkriptionen gör texten skriftspråklig och i enlighet med skriftspråkets regler varierar. I detta fall har jag strävat efter att överföra talspråket till ett läsbart skrivet språk, med skriftliga former av ord som i talspråk låter annorlunda än de skrivna formerna och en regelriktig interpunktion. En anledning till omformningen till korrekt skriftspråk var att jag hade en önskan om att visa respekt för intervjupersonerna; det är inte ovanligt att informanter drabbas av en mindre chock när de ser sitt eget talspråk nedskrivet, då de tycker att det ser osammanhängande och slarvigt ut. De flesta av informanterna i studien var mycket verbala och välformulerade varför transkriptionen till skriftspråk inte kändes särskilt svår eller tvungen.

Då det gäller tolkningen av texterna har arbetet inledningsvis bestått av strukturering och tematisering/kategorisering.<sup>73</sup> Kategoriseringen, som redovisas i slutet av detta kapitel, gjordes både utifrån i förväg uppsatta teman (vilka bygger på studiens huvudfrågor och låg till grund för utformningen av

---

<sup>70</sup> Kvale 1997, s. 50-52.

<sup>71</sup> Kvale 1997, s.94.

<sup>72</sup> Beträffande utarbetandet av intervjufrågor utifrån forskningsfrågor, se Kvale 1997, s. 122.

<sup>73</sup> Kvale 1997, s. 171, 174, 178.

manualen) och utifrån vad som växte fram i analysarbetet. Det kan uttryckas så, att de två första huvudkategorierna motsvarar de i förväg uppsatta undersökningsområdena, medan den sista, liksom samtliga underkategorier, växte fram under analysarbetets gång. Kategorierna har formulerats så nära informanternas egna beskrivningar av olika fenomen som möjligt.

Efter denna kategorisering följde så själva tolkningen av innehållet i informanternas utsagor. Tolkning kan, enligt Kvale, definieras enligt följande: forskaren har ett perspektiv på vad som undersöks och tolkar intervjuerna utifrån detta perspektiv.<sup>74</sup> Som nämnts har tolkningsprocessen i detta fall hämtat inspiration från den hermeneutiska filosofin. I enlighet med den kan man tänka sig en mångfald legitima tolkningar. Detta för oss osökt över på nästa avsnitt, om resultatens generaliserbarhet och validitet.

### **2.3 Generaliserbarhet och validitet**

Den kvalitativa metod som används i projektet har ur validitets- och generaliserbarhetsperspektiv två huvudproblem:

- a) huruvida tolkningen stämmer med datamaterialet;
- b) huruvida resultaten är giltiga utöver det studerade forskningsmaterialet.

En skillnad mellan kvalitativ och kvantitativ metod är att den kvalitativa syftar till att belysa ett fenomen (t.ex. värderingar som ligger till grund för prioriteringar), inte till att uttala sig om resultatens spridning eller omfattning i en viss population. Kvalitativ metod förflyttar representativiteten från individnivå till hur representativ beskrivningen av fenomenet är givet det insamlade materialet.<sup>75</sup>

I denna undersökning har de vägledande frågorna då det gäller validitet och generaliserbarhet varit:

- Hur motsvarar de gjorda observationerna materialets innehåll?
- Hur motsvarar observationer och tolkningar varandra?
- Kan de slutsatser som dragits från materialet tillämpas utanför det?
- Är tolkningen relevant i ljuset av frågeställningen?<sup>76</sup>

En fråga som ofta diskuteras i anslutning till kvalitativ forskning är den om forskningens objektivitet. Objektivitet har ofta uppfattats antingen som frihet från *bias* (partiskhet) eller som s.k. intersubjektiv kunskap. Det sistnämnda innebär att forskningsresultaten skall kunna prövas och kontrolleras, i betydelsen

---

<sup>74</sup> Kvale 1997, s. 182, 190.

<sup>75</sup> Öberg 1997, s. 99.

<sup>76</sup> Jfr. Öberg 1997.

att var och en skall kunna läsa ut samma sak ur materialet. Sådana traditionella krav på intersubjektivitet kan inte oproblematiskt tillämpas på kvalitativ metod. Däremot kan man, ur det hermeneutiska perspektivet, hävda att objektivitet kan betyda att andra kan komma till samma tolkning vid läsning av materialet. Tolkningen skall vara adekvat i relation till texten. Validitet får i detta sammanhang snarast uppfattas som frågan om huruvida undersökningen undersöker vad den avser att undersöka.<sup>77</sup> Som forskare hävdar jag att de tolkningar jag gjort av det insamlade materialet är möjliga och till och med välgrundade. Det innebär inte att det inte också skulle kunna finnas andra möjliga tolkningar.

## **2.4 Forskningsetiska aspekter**

Det finns inom projektet inget intresse av att identifiera vare sig enskilda medarbetare eller deras arbetsplatser. Då undersökningen endast behandlar vårdpersonal och frågor som berör deras arbetsmiljö behövde detta projekt, i enlighet med den regionala etikkommitténs praxis, inte kommitténs godkännande. De etiska kraven är emellertid uppfyllda i projektet: När informanterna kontaktades och tillfrågades om deltagande fick de utförlig information om projektet, dess metod, uppläggnig, syfte och finansiering. De inkluderades i projektet efter informerat samtycke baserat på frivillighet och med en medvetenhet om att de när som helst kunde dra tillbaka sitt deltagande. De försäkrades anonymitet och konfidentialitet. Därefter bestämdes tid och plats för intervjun i samråd mellan informant och intervjuare.

Informationen upprepades vid det personliga mötet, liksom önskan om att bända intervjun, allt i syfte att åter få en försäkran om att informanterna var med på deltagandet och upplägget. Efter att intervjun skrivits ut, skickades utskriften för godkännande till informanterna. Kassetband och utskrifter har förvarats inlåsta på institutionen där forskningen bedrivs. På utskrifterna röjs inte identiteten på den intervjuade. Kodnyckeln förvaras inte i anslutning till band och utskrifter och kommer att förstöras efter arbetets avslutande. Band och utskrifter arkiveras dock cirka tio år framåt, i enlighet med god forskningsetisk sed, för att möjliggöra eventuell granskning och kontroll av att resultat och insamlade uppgifter stämmer överens.

---

<sup>77</sup> Kvale 1997, s. 85.

## **2.5 Informanter och intervjuernas uppläggning**

Som stöd för samtalen i föreliggande undersökning fanns en intervjumanual, vilken finns bifogad i sin helhet som ett appendix i slutet av rapporten. Emellertid har manualen inte följts slaviskt, utan snarast funnits som en checklista för att de teman som nämns i den skall beröras i samtliga intervjuer. Hur långa intervjuerna blev och hur öppna och berättande de var berodde på informanternas beredskap att delge mig sina erfarenheter och tankar. Det innebär att berättelserna påverkades av hur samspelet mellan mig som intervjuare och informanten fungerade i själva intervjusituationen.

Då metoden för denna studie är kvalitativ är urvalet av informanter litet, endast nio personer. De representerar olika vårdpersonalkategorier: läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. De är valda utifrån ”snöbollsmetoden”, d.v.s. jag fick kontakt med en informant som jag trodde hade något att berätta och utifrån honom/henne frågade jag vidare efter nya namn och fick på så sätt kontakt med de nio som är med i studien. Då materialet är så litet har jag inte strävat efter någon jämn fördelning beträffande kön, etnicitet eller tid i yrket. Informanterna utgjordes av tre sjuksköterskor, två undersköterskor och fyra läkare. De var i ålder mellan 30 och 55 år. Tid i yrket varierade från 4 till drygt 25 år. Samtliga är verksamma på olika sjukhuskliniker.

Efter att manualen testats genomfördes intervjuerna. Varje intervju tog cirka 1-1,5 timme i anspråk (i något fall mer). Redovisningen av resultaten syftar till att ge en karta över hur vårdpersonal ser på fattandet av prioriteringsbeslut på klinisk nivå och frågor som berör detta område (t.ex. synen på etiska riktlinjer och äldre patienter). Därmed kan man säga att resultatet är hypotesgenererande, i det att det mycket väl skulle kunna ligga till grund för framtagandet av kvantitativa instrument (t.ex. enkäter) för att undersöka omfattningen av de fenomen som beskrivs. Likaså skulle framtida studier kunna se på samband mellan yrkeskategori, kön, ålder o.s.v. i relation till de fenomen som presenteras.

## **2.6 Berättelsernas huvudteman och underkategorier**

Vid närläsningen av de transkriberade intervjuerna framkom vissa kategorier att analysera utifrån. I enlighet med manualen, vilken tagits fram för att täcka in undersökningens huvudfrågor, fanns två huvudteman att analysera i materialet:

I) Hur ser förhållandet ut mellan vårdgivarens etiska kompetens när det gäller vårdprioriteringar å den ena sidan och nationella etiska principer och lokala riktlinjer för prioriteringar å den andra?

II) Påverkas prioriteringsbesluten på klinisk nivå av patientens ålder? Vilken betydelse har åldern på patienterna för personalen vid fattandet av prioriteringsbeslut på klinisk nivå?

Dessa två teman motsvarar de centrala frågeställningar undersökningen syftade till att ge svar på och som presenterats i inledningen. Utifrån de två huvudfrågorna har emellertid flera undergrupper av teman framträtt i materialet. Resultatanalysen kan därför schematiskt delas in i följande kategorier:

*Erfarenheter, moralisk praxis och etiska riktlinjer*

- a) Vad är prioriteringar för olika personalkategorier? Hur uppfattas begreppet och vilka prioriteringar görs?
- b) Hur går det till att fatta prioriteringsbeslut?
- c) Vad grundas besluten på?
- d) Vilken kännedom om och tilltro till etiska riktlinjer finns?
- e) Hur ser man på principerna och deras relation till moralisk praxis?

*Informanternas syn på åldersprioriteringar*

- a) Vad är en gammal människa för informanten?
- b) Hur ser man på äldre människor?
- c) Har ålder betydelse vid prioriteringar?
- d) Bör ålder ha betydelse vid prioriteringar?
- e) Följs de etiska riktlinjerna i praktiken?

Utöver dessa teman, som alltså speglar undersökningens två huvudspår, framkom emellertid ytterligare en aspekt i intervjuerna som vid analysen visade sig central för förståelsen av de övriga två och som i sin tur kan delas ned i ytterligare några undergrupper, nämligen:

*Hur man lär sig prioritera och upplevda motsättningar och problem vid prioriteringsbeslut*

- a) Hur kan vårdpersonal lära sig att prioritera ”rätt”?
- b) Frustration över ekonomiska resurser som uppfattas som otillräckliga
- c) Misstro mellan personal och politiker och mellan olika personalkategorier
- d) Spänningar mellan olika riktlinjer för verksamheten
- e) Stress relaterad till prioriteringsbeslut
- f) Forum för etikdiskussioner på arbetsplatsen

I de följande kapitlen kommer exempel ur intervjuerna från varje kategori att presenteras och följas av analyserande resonemang. Analysen görs utifrån de teoretiska och begreppsliga utgångspunkter som redogjorts för i rapportens inledande kapitel.

### 3. ERFARENHETER, MORALISK PRAXIS OCH ETISKA RIKTLINJER

*Prioriteringar? Herregud, det gör man ju jämt!  
(Usk 2)*

I det följande presenteras utdrag ur intervjuerna som kunnat hänföras till olika aspekter på hur informanterna ser på fenomenet ”prioriteringar”, vilka prioriteringsbeslut som fattas av olika personalkategorier, hur de fattas och på vilka grunder. Av särskilt intresse är förhållandet mellan de intervjuade vårdgivarnas kännedom om etiska riktlinjer för prioriteringar och deras moraliska praxis i dessa frågor.

Jag vill inleda med ett ganska långt, narrativt citat från en av de intervjuade sjuksköterskorna. Hon berättade utförligt om en händelse som ägt rum för många år sedan, men som fortfarande berörde henne starkt. Jag väljer att återge citatet ganska utförligt (om än inte i sin helhet) då det dels är ett mycket bra exempel på en vårdgivares erfarenhet av att fatta svåra prioriteringsbeslut i pressade situationer, dels visar hur den narrativa metoden tillämpats i undersökningen. Även om informanterna ofta gav långa och berättande svar kommer jag annars att fortsättningsvis återge relativt korta citat, främst av utrymmesskäl.

Sjuksköterskan i exemplet berättar om sin ”första ensamma kväll på avdelningen” som sköterska. Hon hade tidigare gått dubbelt, men skulle nu klara sig på egen hand. Då ställs hon inför följande situation:

*Först hade man ju 23 patienter som då var ”vanliga” kirurgpatienter, och bland de här kirurgpatienterna hade jag en man som var döende, vars fru satt och vakade. /---/Sedan så hade jag en ung flicka med bukmigrän, och hon skulle absolut inte ha någon mer smärtlindring för den här bukmigränen, utan hon skulle gå hem nästa dag. Sedan så hade jag en astmatiker som fick ett astmaanfall och då får de ju andnöd och panik för andningen. Och sedan så hade jag en som blödde, och det blödde så mycket att man hela tiden måste ge blod. Det här gäller ju vad jag skulle prioritera, då. Ja, då får ju den här patienten astmaanfallet och då måste jag ju stå där spruta och det skall man göra under lång tid, långsamt, så man är liksom fastlåst. Och på samma gång så får den här flickan som har bukmigrän jätteont, så då ringer jag på kirurgjouren och han kommer förbi och säger att hon måste ha en spruta mot smärtan. Ja, och då måste jag ju samtidigt koppla på det där blodet. Och då kommer personalen och säger att de tror att den här mannen har gått bort. Precis allt det där händer på en gång. Ja, då springer... går jag snabbt in och tittar och då ser jag att gumman sitter och håller gubben i handen och att han är död. Men jag tänkte, att berättar jag det här nu så är jag fast där. Så jag tänker, att hon vet inte att han är död och hon mår ju inte dåligt av att sitta där. Så jag går därifrån och lämnar henne med den döda mannen. Och det kändes ju*



*fel, men eftersom han [en annan patient] hade så kraftigt astmaanfall och skulle ner på intensivvården och den här flickans spruta hade kommit så långt bak, eftersom jag först skulle koppla blodet ... och sedan skulle jag se om det vart bättre och vart inte astmaanfallet bättre så skulle han ned till intensivvården. (Ssk 3)*

För en relativt ung och oerfaren sjuksköterska var detta givetvis en oerhört stressande situation. Det som därefter händer är att en läkare blandar sig i hennes beslutsfattande och prioriteringsordning:

*Ja, sedan kommer då doktorn förbi igen, efter en halvtimme, och då hade jag inte hunnit ge den där sprutan [mot smärtan hos buk migränpatienten] och då får jag jordens utskällning för att jag inte har värderat att ge henne sprutan. Och då började jag ju grina och var så jävla förbannad på doktorn, för han visste ju inte hur jag hade haft det för övrigt. /---/ Men det har han fått höra, det minns jag ju än idag, så det har jag ju skällt mycket på honom för sedan dess. (Ssk 3)*

Efter dessa uppslitande händelser fattade informanten i alla fall sitt beslut och försökte i återgivandet beskriva hur hon hade resonerat och rättfärdigat det:

*Men då, i alla fall var det ju så, att jag tyckte att patienten inte behövde åka ner till intensivvården med det där astmaanfallet och sedan fick jag ju då gå in och ge sprutan. Den kom ju då före astmaanfallet, bara för att doktorn tog fram smärtan som att det var viktigast då. Fast egentligen var det ju inte det, för om jag jämför med det jag hade att göra, så var det egentligen att gå och informera gumman om att gubben var död, men då var det astmaanfallet och sprutan som kom före astman och så blodet som jag satte på. Och sedan gick jag in i lugn och ro och berättade för gumman. Och då hade jag all tid för henne och hon tyckte att det kändes bra, egentligen. (Ssk 3)*

I sin beskrivning försöker informanten tydligt visa att hon hade en prioriteringsordning i sitt handlande. Till viss del hade hon bestämt den själv, till viss del kände hon sig tvungen att prioritera som hon gjorde på grund av läkarens order. På frågan om hur hon känner idag inför samma händelse – om hon i efterhand anser att hon handlade rätt – svarar informanten:

*Nej, för det jag kunde ha gjort, som jag inte tänkte på då, det var att jag inte tog hjälp av undersköterskorna. Men dels var man ju ny och kände inte dem och du kan ju inte bara delegera en spruta till någon du inte känner och inte har jobbat in dig med och så där. /---/ Jag hade kunnat delegera den där smärtstillande sprutan, men i det läget, eftersom jag inte hade arbetat så länge där, så var det inte aktuellt. Jag hade inte den erfarenhet som jag har idag. (Ssk 3)*

Den här berättelsen får ligga till grund för den fortsatta analysen. Den visar hur en sjuksköterska i en pressad situation försöker prioritera mellan patienter med stora men olika behov samt hur hon försöker jämka ihop sina egna moraliska beslut med synpunkter från övrig personal. Den visar också, vilket kommer att

återkomma i materialet, att informanterna menar att den etiska kompetensen utvecklas genom åren och att det främst är genom praktisk erfarenhet som man lär sig prioritera på klinisk nivå. Slutligen berör exemplet också arbetsrelationerna mellan olika kategorier vårdpersonal, något som kommer att diskuteras utförligare i kapitel 5.

### **3.1 Vad innebär prioriteringar för informanterna?**

Inom denna kategori framkom framför allt skillnader beträffande om man prioriterade mellan olika patienter eller mellan patientarbete och annat, t.ex. administrativt arbete. Svaren följdes upp med följdfrågor av typen varför man prioriterar som man gör (på vilka grunder) och hur man tycker att man bör göra i liknande fall. Syftet med att lyfta fram dessa svar är kopplat till begreppsanalysen i inledningen, beträffande begreppen prioritering, ransonering och fördelning. Målet är att försöka fånga upp hur informanterna själva uppfattar begreppet prioritering. Därefter kan man gå vidare och diskutera hur denna förståelse förhåller sig till den analytiska och normativa nivån.

Den inledande frågan, där informanterna ombads associera utifrån begreppet prioritering, visade samtidigt vilken typ av prioriteringar de utförde i sitt vardagliga arbete. Bland sjuksköterskorna stod valet dels mellan patienter, dels mellan patientarbete och administration:

*Om jag tänker på vårdavdelningen där jag jobbar, så tänker jag på att vi har väldigt mycket liksom planerad vård. Patienter kommer in planerat, det kan ju röra sig om att 10 till 15 personer ska skrivas in på den här avdelningen som har, ja, låt säga 28 platser. Och då måste ju... Om det är fullt så måste ju motsvarande antal skrivas ut därifrån samma dag. Det är väldigt mycket patienter i omlopp. /---/ Och som sjuksköterska kan det ju vara så att du helst ska dela dig i flera bitar; du kanske ska gå till operation med en patient som har fått medicin innan, så att du måste följa med. Och samtidigt så ringer de från något utav diverse olika laboratorier, där du ska hämta någon annan patient. Och det kan ju vara så att det inte bara är ett som har ringt, utan det kan vara på något mer ställe, och dom vill då, liksom, bli av med den patienten för att kunna ta dit någon ny. Och då måste man ju prioritera: Vad gör du först? Vad är viktigast? (Ssk 1)*

Hos denna informant finns uppenbarligen en medvetenhet som stämmer med definitionen av vad en prioritering är, nämligen att det är ett medvetet val och att det inbegriper en rangordning. Men vilka kriterier har man då för sina val och sin rangordning? Det vanligaste svaret på den frågan är att man går efter vem som är sjukast, med andra ord att man prioriterar efter medicinska behov:

*Om man tänker på morgonen, då har jag kanske fem patienter jag har hand om och då prioriterar jag ju efter sjukdom. Om de är skruttigare så tar jag naturligtvis hand om den som är dålig först. Men är det en rond, till exempel, då stämplat jag till exempel remisser hos doktorn först, för jag vet att han måste ha någonting att jobba med. Och sedan kanske jag prioriterar och ringer till kuratorn, till exempel. (Ssk 2)*

*Jag tycker det är mycket det här ”vem av dem som kallar skall jag gå till först?” Och det behöver ju inte bara vara de som ringer. Vi har ju folk som inte ringer som man också måste kolla upp och som kanske ibland måste gå före dem som ringer. (Usk 1)*

Att just graden av sjukdom är det centrala urvalskriteriet återkommer i informanternas utsagor. I följande exempel visar informanterna tydligt att deras förståelse av prioritering överensstämmer med den vedertagna definitionen. De hänvisar explicit till hur de gör ett medvetet val mellan två parter där olika alternativ beaktas:

*Men det är ju så här att du måste, om det är någon som håller på och dör, så måste du försöka rädda den först, även om du har en som ligger och skriker av smärta. Och har du någon som har dålig andning, så att du måste underhålla andningen, så gör du det innan du går och behandlar smärtan. Så egentligen är det smärtan överst på all behandling, i alla fall när det gäller kirurgi, att vi försöker lindra smärtan. (Ssk 3)*

*Det beror liksom på vad patienten vill när han ringer och vad nästa patient vill när den ringer, vilken som går först. Om den har bajsat ner sig eller om den... har jätteont, då tar man ju den som har jätteont först. /---/ Det märker man ju. Om en patient ligger och kvider och har jätteont, då tar man ju den först istället för den som det liksom har kommit ut lite i rumpan på. Den har ju inte ont, utan tycker bara det är obehagligt. (Usk 2)*

Denna undersköterska uttryckte mycket tydligt att det var patienternas behov som var det styrande kriteriet för henne:

*I: Det handlar för dig om att välja vilken patient som det är mest bråttom med, låter det som?*

*U: Nja, vem som är i det största behovet av vård just då. Inte mest bråttom, utan i mest behov av vård. (Usk 2)*

Att det just är behovet som skall styra framkom än klarare bland de intervjuade läkarna:

*Alltså, behovsstyrt är ju någonting som vi har varit alldeles överens om att det skall vara. (L 3)*

Denne läkare var dessutom medveten om att det var just detta som prioriteringsbeslutet i riksdagen slagit fast:

*Ja, men där slår man ju också fast att det skall vara behovsstyrd vård, och man klassar in det. Men det är ju en väldigt grov indelning och den räcker ju inte för det här praktiska, dagliga jobbet. Men det är ju definitivt ett steg i rätt riktning och den sätter vissa ramar. Men man skulle tillsammans med politikerna behöva arbeta mera konkret sedan. Och kanske mellan specialiteterna, och så. (L 3)*

Angående prioriteringar mellan patientarbete och dokumentation berättade en av sjuksköterskorna om ett tillfälle där hon menade att en kollega prioriterat fel, då man låtit administration gå före patientens väl:

*Jo, det var på ett mindre sjukhus som en patient hade kommit in med hjärtinfarkt och fått en propplösande behandling. Och när inte den hjälpte så bestämde man att den här patienten skulle komma till ett större sjukhus, för att man skulle gå in i kranskärlet och vidga upp med en sådan här ballongkateter. Och det var ju kommunikation mellan läkarna på det lilla sjukhuset och det stora. ”Ja, skicka den här patienten på en gång, så ska vi försöka gå in och lösa upp den här infarktproppen”. Och den här läkaren på stora sjukhuset han funderade: ”Var är de, de skulle ju ringa när de åkte?” Det hann gå en timme, det hann gå en timme och en kvart och sedan ringde han upp och frågade ”Var är patienten?” för de borde ju ha kommit. Och då sa de att ”Ja, de har inte ringt efter ambulansen än för sjuksköterskan sitter och skriver omvårdnadsepikris som ska skickas med patienten.” Och det blev ju lite fel då, eller väldigt fel, för en sådan kan man ju faxa efter eller man kan ringa över och ge rapport, för där, alltså, är det ju livet som faktiskt hotas och tiden går och det kan bli för sent att gå in och göra den där vidgningen i kranskärlet, med förödande konsekvenser för patienten. (Ssk 1)*

En undersköterska betonade att valet mellan administration och patientarbete var en lätt prioritering och därmed synliggör även hon vad som är kriteriet för prioriteringsbesluten hon fattar, nämligen patientens välfärd:

*Man prioriterar inte bort någonting som har med patientens välfärd att göra. Det kan man inte prioritera bort. Och sedan får man hitta lösningar för det. Och det gör man ju alltid, man hittar alltid lösningar. (Usk 1)*

Ett liknande resonemang förs av en av de intervjuade läkarna. Han illustrerar samtidigt vilken prioriteringsordning han arbetar efter och han tror att den delas av många:

*Det allra viktigaste är naturligtvis det som, så att säga, hotar hälsan på sikt. Att avstå från en tumörbehandling, till exempel, det är ju knappast möjligt. /---/ Och sedan så är det naturligtvis... efter det så kommer lidande. Det är ju en sak att det gör ont och en annan sak att det gör ont och man blir sämre av att det gör ont. Men lidandet i sig bör man ju också kunna undvika. Och sedan, längre ned på listan kommer då att det är besvärligt och inskränker funktionen och så där. Och det tror jag många har klart för sig. (L 3)*

I dessa exempel framkommer att informanterna tillämpar såväl människovärdesprincipen som behovsprincipen i sina val. Bland undersköterskorna gällde valen oftast vilken "ringning" man skulle svara på först när flera patienter samtidigt kallar på personalen. Här gällde valen således oftare rena prioriteringar mellan patienter:

*Den vanligaste prioritering man får göra det är "Ska jag gå och kissa eller ska jag svara på den där ringningen"? Och då faller ju valet alltid på ringningen. Och är det då någonting som man vet kan ta väldigt lång tid, men inte är jättebråttom, då får jag lov att gå och kissa först! /---/ Alltså, om man ska göra i ordning i köket och det ringer, då är det ju ingen prioritering längre. Då är det ringningen. Sådana prioriteringar gör man ju inte ens en gång. Patienterna går före allting annat. Men sedan kan det ju vara så att det ringer på flera olika ställen. /---/ Ja, nu ringer det på femman och sjuan, och femman vill kissa och sjuan kanske spyr blod. Då blir det sjuan först. Och så går man in och kollar. Spyr då inte sjuan så säger man "Kan du vänta ett litet ögonblick, så kommer jag strax tillbaka." Och så går jag in på femman och kollar om det är något akut där och så gör man ett val. Så får man beta av så. Vill då femman bara ha ett glas vatten, så säger jag "Det kommer jag med så fort jag hinner." Men att man hela tiden ser till så att patienterna vet att "Du är icke glömd!"(Usk 1)*

Denna undersköterska uppfyller alltså väl kriteriet på definitionen av en prioritering, såsom den formulerats i kapitel 1: Hon gör ett medvetet val, hon väger olika alternativ mot varandra och rangordnar dem. Dessutom är hon medveten om att alla val hon gör inte är prioriteringar.

Det som skiljer läkarnas berättelser om vilken typ av prioriteringar som utförs är framför allt vilken typ av vård det handlar om. Deras svar tyder på att de utför båda typerna av prioriteringar: mellan patienter och mellan patienter och administration. Deras val berör dock oftare stora medicinska frågor, relaterade till liv och död, snarare än den basala omvårdnaden som främst undersköterskorna redovisade exempel på. Det som de intervjuade läkarna lyfter fram som exempel på vardagserfarenheter av att fatta prioriteringsbeslut är bl.a. följande:

*Det som är den vanligaste vardagserfarenheten, det ständiga, det är ju naturligtvis på akutmottagningen och de akuta patienterna som ska in på avdelningen och det är ont om platser. De ska till operation, det är ont om operationstider, de ska ha återbesök, det är ont om återbesökstider. Den sortens prioriteringar. Sedan kan man ju göra det mycket allvarligare och tala om prioriteringar på intensivvårdsavdelningen och när det inte finns intensivvårdsplatser och så vidare. Men det är ju, tack och lov, mera sällan. Så vardagsprioriteringen är ju det här andra: Vi har fullt på alla avdelningar, var ska vi lägga den här? Eller rättare sagt: Måste han läggas in alls, eller kan ha klara sig hemma? Kan han utredas polikliniskt? Eller... OK, att du ringer och anmäler den här patienten till operation. Vi har det och det och det som väntar. Var ska han gå in i ordningen? (L 1)*

I vissa exempel beskriver läkarna hur de måste väga in kostnaden för en insats när de skall besluta hur de skall gå vidare med en patient:

*Man gör en massa saker, men det är snarare så att man kan hamna i en situation att det går åt fel håll, trots allt det här som vi gör. Och då är frågan: Hur länge ska man fortsätta och på vilken nivå? Ska man trappa upp behandlingen eller ska man ge upp? Det är mera faktiskt den sortens beslut. Det är inte så att man står på akutmottagningen med en patient med, låt oss säga, en magblödning och så ska man säga den här ska vi satsa på eller inte. Det är självklart. Då gör man allt man kan. Men sedan, när man har gjort de här olika sakerna, så kanske det visar sig att den här patienten har en avancerad, elakartad tumörsjukdom som är spridd, ett dåligt hjärta... ja, ett gravt alkoholmissbruk och vad du vill. Det kommer till mera uppgifter samtidigt som det inte går framåt med den här patienten, utan kanske bakåt. Och då är det ju lite grann att väga in: hur är det rimligt att fortsätta? Och samtidigt så är det en intensivvårdsplats, då. (L 1)*

Samma läkare beskrev också tydligt hur man fick prioritera mellan patienter:

*Vi tänker på antalet platser och ibland så ställs det ju väldigt mot varandra: Nu har vi så här många. Om du kommer in med den där, vilken skall vi flytta till en vårdavdelning då? (L 1)*

Att patienten måste stå i centrum och inte, till exempel, kravet på att hålla den givna budgeten, framhölls av en av undersköterskorna:

*Patienterna skall veta att vi finns där för deras skull och inte för att uppbära lön. Vi är faktiskt där för deras skull. (Usk 1)*

På frågan om hur man prioriterar mellan patientarbete och administrativt arbete svarar en läkare:

*Nja, på något sätt blir det ju så att det är patienten och sjukvården som måste gå först. Och sedan, det andra, på den tid som blir över. Jag menar, jag får in mina sjukvårdsåtaganden på min arbetsdag. Sedan att jag jobbar mycket mer än en vanlig arbetsvecka, det beror ju mest på mina ambitioner. Att jag vill utveckla mig själv och... det är mina egna ambitioner som på något sätt styr den tidsprioriteringen. Det blir egentligen mer en prioritering mellan arbete och familj. (L 2)*

I en av läkarintervjuerna framkom tydligt distinktionen mellan horisontella och vertikala prioriteringar:

*Till exempel om det kommer in väldigt mycket patienter över en natt, då blir man tvungen att göra strykningar i operationsprogrammet, d.v.s. avboka en operation, vilket ju är väldigt smärtsamt för patienten, men också för alla andra*

*som är berörda. Det är ett svårt besked att lämna, att man liksom får avboka operationen, och det leder ofta till mycket praktiskt arbete också. Man måste hitta en ny operationstid och man måste lösa många bekymmer som uppstår. Och det är en typ av prioriteringar som vi ju ser väldigt mycket av i vår vardag, genom att vi har mycket akutverksamhet. Men det man kanske egentligen mera ofta pratar om, är ju nödvändigheten att göra avvägningar mellan olika verksamhetsområden. Mellan patientgrupper och så där. Och då tycker jag att för min del... Jag har ju försökt få igång en diskussion med politiker i många olika sammanhang, men jag tycker att de... det är svårt att, så att säga, få en seriös diskussion som slutar med någon sorts handling. (L 3)*

### **3.2 Hur går man till väga när man fattar prioriteringsbeslut?**

De intervjuade sjuksköterskorna redovisar tydligt att det vet att de har en egen prioriteringsordning. Samtliga verkar grunda sin prioriteringsordning på medicinska behov:

*Som sjuksköterska så tänker jag på det här med ABC, andning, blödning, chock, tror jag. Jag är väldigt praktiskt lagd på det sättet att jag måste prioritera att ... om någon har ont så pratar jag hellre med den, eller jag går in till den före jag pratar med en anhörig, till exempel. Då prioriterar jag, för jag tycker det är viktigare. (Ssk 2)*

*S: Man har nog en prioritering, rätt grov alltså: död, andning, blödning, smärta, det är nog den prioritering man har. /---/ Alltså man prioriterar i den ordningen. Grovt. Det är liksom stora grupper. Smärtan kommer ju väldigt lågt. Har du en som gallskriker av smärta och sedan har du en som håller på och dör som du ska återuppliva, då blir ju den som håller på och dör... [som får gå först]. /---/ När jag satt och tänkte på det, grovt, om man skulle generalisera, så var det i den ordningen det var.*

*I: Är det du som har den här ordningen eller är det sjukhuset?*

*S: Nej, det är jag som har den ordningen. Nej, sjukhuset har inte den. Eller, det vet jag ju inte, men... (Ssk 3)*

Även en av läkarna ger ett slags rangordningslista, även om hon menar sig av ekonomiska skäl ha svårt att leva upp till sina yrkesetiska ideal:

*Så lite grann har jag nog ändå börjat att tulla på mina regler där och det jag använder som urvalskriterier det är ju förstås hur gammal patienten är, hur skröplig patienten är, hur sjuk patienten är, givetvis, men det är ju underförstått. (L 1)*

Läkarna är medvetna om att de har att se till större frågor, som t.ex. sjukvårdsekonomin i ett helhetsperspektiv. För att utföra ett gott jobb försöker de dock att inte låta sig styras av det:

*Det är ju någonting som vi har levt alltmera med, eftersom det har varit neddragningar och ibland saknar vi sköterskor och då stängs det ned vårdplatser - oftast är det det som är skälet – och då blir det plötsligt fullt, eftersom det är precis samma mängd eller befolkningsunderlag som ska servas. /---/ Och då har jag länge gått omkring och trott att jag när jag står på akutmottagningen inte låter mig påverkas utav det här, och jag brukar lära ut det till kandidaterna, och säger att ”svensk sjukvårdspolitik vilar inte på dina axlar ikväll, utan nu är det faktiskt så att det är den här patienten som är viktig.” Men det där är nog inte riktigt sant, för jag tror att man låter sig påverkas, medvetet och undermedvetet, ändå utav det här att det är fullt på avdelningen och personalen tycker att det är jobbigt. Och somliga, när man rapporterar dagen därpå efter jour, närmast berömmar den som har lagt in få, vilket jag tycker är urkorkat, för det beror ju på vad det var för patienter som sökte! (L 1)*

Att det är just medicinska behov som skall vara styrande framkom även hos en av sjuksköterskorna:

*Nej, då tänker jag nog mer på vad som är mest viktigt, medicinskt sett. Om det har med liv och död att göra, så måste man ju prioritera [det]. Då får ju någon hellre ligga kissig eller bajsig någonstans och vänta. (Ssk 1)*

En av läkarna vägde även in aspekter av livskvalitet i sina prioriteringsbeslut:

*Det som jag brukar försöka tänka, det är väl: Kan jag genom behandling få den här personen till att leva ett liv med kvalitet? (L 2)*

Genomgående kan man alltså säga att informanterna verkar ha patientens behov som vägledande kriterium vid prioriteringsbeslut. De visar dessutom i sina berättelser att de prioriterar i enlighet med prioriteringsgrupperna, i det att akuta och livshotande tillstånd går först och därefter andra diagnoser i fallande skala.

Vad som ligger bakom beslut är inte enbart en fråga om hur den enskilde vårdgivaren har tänkt utan också en fråga om hur man praktiskt går till väga, t.ex. om man fattar besluten själv eller diskuterar dem med andra. Detta är framför allt en fråga för läkare som har att fatta de medicinska besluten:

*Jag är noga med att det är jag som fattar besluten, men jag är också noga med att... hur ska jag säga... man försöker ju se till att vi har en diskussion kring sådana här frågor. /---/ Det blir som regel sköterskor då, som man diskuterar med, och anhöriga. Och utav dem så är det ju inte så att jag vill att de ska ha någon åsikt i frågan, men man vill ju få lite underlag för beslutet. Kanske: ”Hur är det med livsviljan?” och så där. Ofta när de pratar kommer det fram i bisatser, som att det vore skönt att få sluta, och så där. Men det viktiga är naturligtvis samtalet med patienten, det är naturligtvis det viktigaste. Men tyvärr är det många patienter som inte är helt tillgängliga för att kunna föra sådana diskussioner på ett bra sätt. Det kan bero på ... det är svårt att föra en*



*sådan diskussion med en väldigt nedsatt hörsel och lite smådement och så där.  
(L 2)*

En av undersköterskorna beskrev att hon dels fattade beslut själv, genom att väga olika patienters behov mot varandra, men att hon ibland också tog hjälp av kollegor, d.v.s. man fattade besluten gemensamt, genom att föra en diskussion. Detta gällde framför allt fall som upplevdes som ”svåra”:

*Då pratar vi om det. Man kommer liksom överens tillsammans hela tiden. Jag säger att ”den patienten mår dåligt, hur skall vi göra?” och så pratar vi om honom och så där. ”Ja, men jag tror att vi gör så här” säger de då och så gör vi så! (Usk 2)*

Även läkarna lyfter fram vikten av att diskutera med andra kollegor:

*Ja, alltså, ibland är det rejält problematiskt. Och det handlar ju mycket om vilka som jobbar då och hur väl man kan komma överens. /---/ Ibland kan det vara rätt mycket frustration, och ilska också, på grund av att man känner att någon patient kommer i andra hand eller att det görs en felaktig bedömning. (L 3)*

*Man samråder med de läkare som finns på intensivvården, förstås. Oftast i det fallet kan man inte samråda med patienten, men det finns anhöriga. Och det är ju en del utav den här processen, tycker jag, att få en bild av de anhöriga av patienten. (L 1)*

Denna informant menar dock att man väljer ganska restriktivt vilka kollegor man samråder med i dessa frågor:

*Alltså, man väljer ju dem man vill bolla med och fråga, de kollegor – eller annan personal – som man tycker att man vill prata med. /---/ Det blir nog lite grann så, att sköterskor pratar med sköterskor och läkare pratar med läkare. (L 1)*

En av informanterna var även tydlig i hur hon inför sig själv rättfärdigade sina etiska ställningstaganden i arbetet:

*Ibland, om jag känner mig osäker, då har jag tänkt så här, att alla saker som jag gör kan jag argumentera för och jag kan stå inför en rätt och säga att så här är det. /---/ Jag har så många medicinska faktorer, så att jag känner mig tvärsäker på att det är rätt beslut. Jag tänker att ”ja, är det så att de vill ta ifrån mig min legitimation, så kan de ju göra det.” (Ssk 3)*

### **3.3 Kännedom om prioriteringsriktlinjerna**

På frågan om man känner till att det finns nationella etiska riktlinjer för prioriteringar skiljer sig svaren åt beroende på vilken personalkategori man

tillhör. Samtliga intervjuade sjuksköterskor och undersköterskor svarar nej på frågan. Några av läkarna däremot känner till riktlinjerna. Så här svarar några av informanterna på frågan om de känner till några riktlinjer för prioriteringar i vården:

*Har aldrig hört talas om det! /---/ Jag har inte ens funderat över det. (Skratt) /--  
-/ Papper som ligger i högar och så sätts de in i pärmar och så eventuellt har  
man ögnat igenom det och glömt bort det. Men största risken är att man har  
missat det helt. (Usk 1)*

*Nej, det känner jag inte till. (Usk 2)*

*Det tror jag inte. /---/ Förmodligen så kom det väl något papper som de tyckte  
att folk skulle läsa igenom, men man glömmar ju ganska snabbt. Om det var ett  
tjänstmeddelande, så gjorde folk säkert det. (Ssk 1)*

*Nej, det har jag inte hört någonting om. /---/ Inte på Vårdhögskolan heller, för  
jag gick ju där då i så fall när det hände. /---/ Men jag tror nog, på något sätt,  
att det är skillnad på hur man säger det, för att jag har ju hört det när du  
berättar om det, men inte att jag har läst det eller vet att här, på det här stället  
finns det, liksom. (Ssk 2)*

En av informanterna berättar om andra riktlinjer för arbetet som hon känner till, men kan inte dra sig till minnes några etiska riktlinjer för prioriteringar:

*Och så finns det ju för de vanligaste sjukdomarna, /---/ så finns det speciella  
handlingsprogram som vi följer. Så får jag upp en patient på natten som  
opererat struma, så får hon börja dricka lite vatten fram på morgonsidan och då  
finns det vissa direktiv som vi följer. Men det finns ju liksom inte det där om jag  
skall prioritera smärtan före andningen eller.... det finns det inte. Inte vad jag  
vet i varje fall. (Ssk 3)*

En av undersköterskorna förnekar inledningsvis bestämt att hon känner till några riktlinjer för prioriteringar, men beskriver senare i intervjun ganska exakt en prioriteringsordning som hon vet är praxis:

*Jag menar, man kan låta en patient med ljumskbräck få ställa sig i kö, medan  
cancerpatienterna inte får köa, utan de skall in direkt. Den typen av  
prioriteringar finns ju, och de känner man ju till! /---/ På sommaren märker  
man ju av de prioriteringarna väldigt tydligt, därför att då stoppas väntelistan.  
Men eftersom 80% av våra patienter är cancerpatienter så får de inte stoppas,  
så de tas in i alla fall. Det är därför vi har så mycket patienter på sommaren.  
(Usk 1)*

Bland läkarna var det tre som var mycket insatta i prioriteringsutredningen och de efterföljande riktlinjerna, medan den fjärde informanten hade en mer svävande uppfattning i frågan. De som kände till den trodde dock inte att deras kollegor var särskilt insatta i frågan:

*Nej, alltså jag tror i princip så, i så att säga tankevärlden, så delar man säkert de värderingar som speglas i prioriteringsutredningen. Det tror jag. Sedan kan nog en del lyfta fram olika grupper då, beroende på vilka man har kommit i kontakt med. Men själva den formella utredningen tror jag inte så många känner till. Den var ju rätt omskriven när den kom, men nu har den nog fallit i glömska. (L 3)*

*Jag har inte läst prioriteringspropositionen, men jag har väl sett lite sammanställningar av dem. Men jag kan nog inte riktigt redogöra för dem. /---/ Men det kände jag inte till, att det här som jag kallar prioriteringspropositionen, att den har blivit lag, det är inget som jag känner till. Så att... uppenbarligen har den inte fått oss att tänka till eller tänka om. I alla fall inte för mig då, för jag kände inte till den./---/ Det är möjligt att det kom något papper om det, men det är ingenting som vi har haft möten om eller försökt identifiera att här måste vi ändra vårt sätt att förhålla oss. (L 2)*

En läkare bekräftar bilden som framkommit i de övriga intervjuerna: att man misslyckats med den intention som finns både i utredningen och i efterföljande arbeten, nämligen att sprida kännedom om riktlinjerna och den etiska plattform som de vilar på bland alla kategorier vårdpersonal:

*Ja, jag tror att det fanns säkert på många ställen, även här på vårt sjukhus, så fanns det ju... man hade möten, ledningsforum. /---/ Men det blir ändå så där en kategori ledningspersoner och några politiker, så det når bara ledningsnivån. I bästa fall. Det når väldigt sällan ut i verksamheten. (L 3)*

### **3.4 Synen på etiska riktlinjer och relationen till moralisk praxis**

Då flera av informanterna inte kände till riktlinjerna för prioriteringar blev diskussionen om behovet av gemensamma etiska riktlinjer, baserade på väletablerade etiska principer, i vissa fall ett rent hypotetiskt eller generellt resonemang. Mycket tydligt framkom emellertid de olika informanternas syn på nyttan med nedskrivna etiska regler överhuvudtaget för deras yrkesutövning. Undersköterskor och sjuksköterskor visade störst skepsis och uttryckte att de inte tror att den typen av riktlinjer kan vara till någon hjälp i den konkreta vardagen:

*Vi har aldrig pratat om det. Och jag undrar alltså... Jag undrar egentligen hur mycket vi hade tagit hänsyn till dem. För vi har ju vårt sätt att jobba och tycker att det funkar himla bra och vi är... vi har jobbat jättelänge! Vi är liksom inga grönölingar, någon av oss. Vi har jobbat 15, 20, 25 år, ända upp till 30, allihop. (Usk 1)*

Denna undersköterska menar alltså att riktlinjer i all ära, men det är ändå genom den praktiska vårderfarenheten man lär sig att prioritera rätt i vårdvardagen.

Dessutom hänvisar hon till att personal inom hennes kategori främst sysslar med basal omvårdnad och att just den typen av verksamhet lämpar sig dåligt för regler och principer:

*På akuten har de säkert en klar plan, att hjärntinfarkter går före magknip och så. Det är ju helt självklart. Men just de här basala, grundläggande, lite banala prioriteringarna som vi gör hela tiden – men som inte är banala för patienten – de är ju svåra att sätta på papper. (Usk 1)*

En annan undersköterska uttrycker ungefär samma åsikt. På frågan om hon tror att hon skulle ha någon nytta av etiska riktlinjer i sitt arbete svarar hon:

*Det tror jag inte. /---/ Nej, men, alltså...allt det där är ju bara liksom sunt förnuft. Hur man liksom upplever allting och hur man är som människa själv. (Usk 2)*

Även andra informanter, av flera kategorier, uttrycker skepsis till riktlinjernas praktiska nytta:

*Det skulle vara spännande att läsa, det skulle det vara. Annars tror jag inte så mycket på det. /---/ Nej, för jag tycker att man får det med sig i utbildning och profession och i empati som vanlig människa som har valt vårddyrket. De flesta bryr sig ju i människor och försöker väl prioritera på bästa vis. (Ssk1)*

*Så jag menar, det finns ju faktiskt ingen regelbok för det. /---/ Nej, det går inte. Utan det måste vara .... alla är unika och individuella och behandlas liksom därefter. Vi kan inte .... Vi kan ha väldigt många bra generella regler för hur vi ska göra men ändå, sedan i slutändan så går det inte, om man ser det där. (Ssk 3)*

En av läkarna menar att det är nära nog omöjligt att skriva ned etiska riktlinjer i dessa frågor, samtidigt som han framhåller att det nog är ännu omöjligare att formulera användbara lagtexter i sammanhanget:

*Jag kan inte se att någon människa skulle vara mäktig att författa bra riktlinjer i sådana här frågor. /---/ Juridiken har man väldigt lite hjälp av, tycker jag. /---/ Det ligger i linje med det här att det är svårt att fastställa riktlinjer och det är ännu svårare att skriva lagar i sådana här saker. (L 2)*

En annan av informanterna var emellertid mera positiv till utredningen:

*Alltså, jag tycker den är bra. Det viktigaste var att den gjordes. Att man överhuvudtaget lyckades få ett så kallat parlamentariskt underlag. För ett av sjukvårdens – och skolans och äldreomsorgens – problem, det är ju det att varje gång man får en fråga så görs den till ett politiskt... en politisk fotbollsplan. Och vården utsätts ju alltid för politisk kritik. Varje liten grej tas som ett slagfält, men i den så lyckades man ändå komma överens, ganska mycket. (L 4)*

En annan faktor som gjorde att just denna informant var positivt inställd till utredningens förslag var att han menade sig ha fått ett stöd för den yrkesetik han själv strävade efter att förverkliga:

*Men jag tycker att utredningen är bra, framför allt för att man där kan hitta ett antal stöd för sin verksamhet, som jag tycker. Jag har ju hittat några stöd och det är ju när man pratar om politiska och professionella prioriteringar. Då säger man så här, att politiska prioriteringar sker genom att man ger resurser och de professionella prioriteringarna innebär att inom ramen för dessa resurser fattar bästa möjliga beslut. Det betyder i realiteten, för mig, att mina resurser som jag har fått, det är dem jag ska hantera. Jag har inga andra akuta patienter än de, jag har inga andra. Så jag har bestämt mig för att min s.k. länsbudget, d.v.s. vad jag får, det är mina medel. Och jag tänker inte använda mer medel. (L 4)*

På frågan om varför inte riktlinjerna i högre grad påverkat den praktiska verkligheten svarar en läkare:

*Skälen är två. Dels tror jag att det är väldigt svårt att göra den typen av stora omfördelningar, för det finns en viss tröghet i organisationen och ett motstånd, naturligtvis. För även om andra kategorier är mindre drabbade än de högprioriterade, så värnar man ju ändå om sina patientgrupper, som står en nära. Visst kan det vara lite revir, men väldigt ofta så drivs man ju faktiskt av ambitionen att göra gott. Så det är väl det ena skälet. Det andra är att den var ju inte så konkret, som sagt, utan det var väldigt övergripande. Det var inte alls så att man kunde säga att gynekologisk onkologi borde ha 30% till i resurser, eller någonting sådant. Utan det var ett ganska besvärligt jobb om man ville bryta ned det så och där det nog var väldigt svårt att få samsyn i precis vad det är. Att nå samsyn om principer är alltid mycket lättare än när man bryter ned dem till kronor. (L 3)*

I övrigt framkom uppfattningen bland de intervjuade läkarna att riktlinjerna nog är bra, men att de är för allmänna för att vara till någon hjälp i konkreta valsituationer. Detta till trots vill man inte nedvärdera behovet av att sätta vissa viktiga saker på pränt:

*De är så självklara så det är... I mitt vardagsjobb är de inte till någon som helst hjälp. /---/ Nej, det är inget jag använder. Det är så självklart. /---/ Men det är säkert riktigt att man formulerar riktlinjer och det kan framför allt vara ett stöd för svaga grupper, så det är nog helt riktigt att man sätter fingret på det. Det har ju satts fingret på olika saker genom åren och det har blivit förbättrat. Till exempel vård i livets slutskede och smärtstillning in i det sista och så vidare. Man ger någonting status och gör någonting viktigt. Och det måste komma uppifrån, för det är bara sådana människor som kan ge någonting status. Och då lyfts det och det blir bättre kvalitet, så det är väl inte fel. Men det är ingenting som jag liksom "Oj, vilket krångligt fall, nu springer jag och slår i... någon utredning". Nej, det gör jag inte. (L 1)*

*Jag tycker ändå att det är viktigt. Dels så måste ju samhället också ta ställning och det här är ju ändå ett... Det har ju varit bra när man försöker mota beslutsfattarna mot de lite svårare ställningstagandena. Här finns ju ett principbeslut som man har ställt sig bakom och där det liksom funnits en diskussion. Så det är mycket bättre och lättare att föra den diskussionen när det här finns. /---/ Man kan hänvisa. Och det är ju rejält eftertänkt och den är välskriven och så där. /---/ Så det är bra ändå. Och sedan får man väl bara acceptera att man lever i en ofullständig värld. Det är inte bättre än så här. /---/ Men utan dem vore vi mycket sämre ställda. Om vi inte hade några ideal, då skulle vi ligga dåligt till. (L 3)*

Samtidigt menar denna informant att politiska beslut inte är de tydligaste riktlinjerna sjukvården kan få:

*Sedan måste man väl ändå säga, att det tydligaste riktlinje man kan få, det är ju budgetfördelningen, trots allt. /---/ Teorier må ju vara, men det är i handling man visar vad man tycker. (L 3)*

I övrigt verkade den dominerande uppfattningen vara, att principer i detta fall blir så allmänna att de är svåra att omsätta i praktiken:

*Nej, det är ju svårt att omsätta det i... Alltså, det var ju inte så konkret att det väldigt lätt kunde göras om till ett vårdprogram eller någonting sådant. Och jag tror aldrig att det ledde till att man på sjukhusnivå gjorde en omfördelning och sade: "Nej, men titta här! Nu skall vi lägga så mycket på cancersjukvården och så struntar vi i... någonting annat." Det tror jag aldrig att det nådde till. (L 3)*

Ytterligare en kritik som framfördes mot riktlinjerna, förutom att de var allmänna och svåra att omsätta i praktiken, var att de i alltför hög grad speglade de etiska värderingar som redan råder ute på klinikerna:

*Jag vet inte vem som kan ifrågasätta den [utredningen], egentligen. Det är ju bara common sense. Egentligen så har man bara lyft upp till ytan det som har varit i gytret. (L 4)*

Två av informanterna menar att prioriteringsriktlinjerna trots allt har behövts för att stävja en allmän huggsexa om medel till olika verksamheter och kliniker:

*Jag tror att annars hade ju det här varit helt i händerna på... alltså, det hade bara varit styrkan hos företrädarna som hade styrt. Så då kan det här vara som något slags bas för det hela. Annars hade det bara varit chefernas argumentationsförmåga som hade styrt prioriteringarna mellan olika inriktningar. (L 2)*

*Nej, men det låter ju vettigt. Men när det hela tiden är det här pratet om att det inte finns pengar så att det räcker då måste man ju faktiskt, kloka personer, bestämma sig för vad det är vi ska prioritera och vad är det vi ska prioritera*

*mindre. För det går inte att fortsätta att bara prioritera alltihop om det inte finns resurser till det. (Ssk 1)*

En av informanterna, en undersköterska, börjar under intervjuens gång vackla i sin uppfattning att man inte skulle kunna ha någon praktisk nytta av nedskrivna etiska riktlinjer, t.ex. för prioriteringar:

*Inte för mig personligen, men för folk som kommer nya tror jag det skulle kunna vara ett stöd. Jag tror inte att jag skulle ha haft någon större glädje av det, men just för nya. Och framför allt, att få in det i utbildningen. /---/ Alltså, det är ju svårt att säga, egentligen. För, jag menar, jag kan ju ha jobbat i 30 år och fattat fel beslut ändå. Att jag tänker grundläggande fel. Det kan ju faktiskt vara så. Det kan ju finnas massor av folk därute som prioriterar fullständigt tossigt! (Usk 1)*

Frågan som infinner sig, när det står klart att kännedomen om prioriteringsriktlinjerna är mycket låg bland informanterna, är givetvis vad man då går efter när man prioriterar. Vad är det som styr ens moraliska praxis? Undersköterskorna uttrycker det hela mycket kortfattat:

*Det är det sunda förnuftet. /---/ Det bara blir och det är sunt förnuft som styr alltihop, egentligen. (Usk 2)*

*Man tror åtminstone att man kan det. (Usk 1)*

Det som uttrycks här skulle kunna beskrivas som en form av ”tyst kunskap”. Tyst kunskap brukar beskrivas som ett sorts kunnande, förmåga eller insikt som en människa har utan att ha artikerat det. Det handlar alltså om ett slags praktisk klokhet.<sup>78</sup> Ett sådant kunnande beskrivs väl av en av de intervjuade läkarna:

*Jag funderar ibland själv på hur det där går till, men det vet jag inte (skratt). /-- / Men... man har det invävt i sitt sätt att vara. (L 1)*

Om det någon gång, trots denna invävda kunskap, skulle kännas svårt vänder sig denna informant till sina kollegor:

*Jag tycker nog alltid att det har varit ganska lätt. När jag tyckte att det var svårt, tog jag kanske in någon mera erfaren, då. (L 1)*

En kunskap som är ”tyst” kan det rimligtvis vara svårt att få fatt i och plötsligt göra ”hörd”. Något som hittills varit omedvetet skall plötsligt göras medvetet. Givetvis kan medvetenheten födas just genom intervjun. En av informanterna

---

<sup>78</sup> Se t.ex. Brytting 2001, s. 136.

berättar dock om tillfällena då hennes annars tysta kunskap plötsligt blivit synlig för henne:

*De enda gångerna som man hoppar till och inser att det kan vara annorlunda, att det här är inte så självklart som det känns för mig, det är när det kommer kollegor från andra länder, framför allt från andra kulturer, och som har en helt annan inställning. Det beror ju på helt andra erfarenheter. (L 1)*

Även en av sjuksköterskorna menade att man ofta inte artikulerar sina etiska ideal för sig själv, men att man blir medveten om dem om man ser någon annan bryta mot dem. Detta kom fram i en diskussion som handlade om människosyn och hur man tänkte omkring det begreppet. På frågan om hon brukade fundera på sina egna uppfattningar i denna fråga svarade informanten:

*Nej, inte för mig själv, men däremot så reagerar jag väldigt starkt om jag träffar en person som jag tycker betar sig väldigt illa. Då försöker jag liksom säga till, att så där betar man sig inte. Man måste ju tänka på patienten! Eller försöka få den personen att öppna ögonen och se hur den betar sig. (Ssk 3)*

Att just människosynen var central och vägledande vid etiska beslut framkom även hos en av undersköterskorna:

*I. Du ska ge omvårdnad...?*

*U: Ja, och då är alla människor lika, ja. /---/ Alltså, att alla människor är lika mycket värda, det har jag alltid tyckt. Det gör ingen skillnad för mig vilket jobb jag har. /---/ Men egentligen är det ju en etik som man kan praktisera i alla livets situationer. Det är ju ingen skillnad egentligen. Det handlar egentligen bara om människosyn. (Usk 1)*

Samtidigt som informanten här är klar över att hennes människosyn är moraliskt vägledande kommer hon också fram till, när hon funderar vidare, att en genomtänkt grundsyn även kan försvåra det praktiska arbetet:

*Men har man då någon form av människosyn som man kan känna sig lite tillfreds med så är det ju lättare att prioritera. Fast ibland kan det bli svårare... (skratt) /---/ för man vill ju vara överallt på en gång, i så fall. (Usk 1)*

Denna informant omfattar uttalat människovärdesprincipen. Samtidigt illustrerar hon väl det som prioriteringsutredningen säger: att människovärdesprincipen ensam inte kan ge någon vägledning i konkreta prioriteringssituationer och att den därför måste kompletteras med andra etiska principer och överväganden.

Undersökningen har så här långt visat att det bland informanterna finns en förståelse av vad prioriteringar är som stämmer ganska väl med den definition som angivits i kapitel 1. Kännedomen om vilka riktlinjer som finns för



prioriteringar är dålig, främst bland sjuksköterskor och undersköterskor, men ser man till innehållet i informanternas beskrivningar av sina egna prioriteringserfarenheter verkar såväl människovärdesprincipen som behovs- och solidaritetsprincipen vara rådande.

I svaren framkommer en ambivalent hållning till hur man skall se på uppifrån givna etiska principer: å ena sidan anges att principer är olämpliga eftersom varje situation är unik – man förespråkar alltså en form av situationsetik istället för en regeletik. Å andra sidan finns i materialet uppfattningen att det är viktigt att formulera regler som anger att man skall se till människovärde och medicinska behov, även om det redan är den praxis som råder. Det är trots allt viktigt att ha etiska ideal för verksamheten på pränt och i vissa situationer kunna hänvisa till dem.

## 4. SYNEN PÅ ÅLDERSPRIORITERINGAR

*Det kan man ju inte säga, när folk är gamla!  
(Usk 1)*

Som nämnts i kapitel 1 blir ett resonemang om ålder i förhållande till vårdetiska prioriteringar relevant utifrån det faktum att prioriteringsutredningen starkt betonar människovärdesprincipen och tolkar den så att bland annat prioriteringar på grundval av enbart kronologisk ålder inte blir tillåtna. Några av frågorna i intervjuerna tog således upp begreppet ålder; hur informanten själv skulle beskriva vad hon/han menade var en äldre människa, och kopplingen mellan ålder och prioriteringar.

### 4.1 Hur informanterna ser på begreppet ålder och på äldre människor

Överlag kan man konstatera att när informanterna får en fråga om ålder så svarar de spontant utifrån kronologisk ålder, men när de sedan funderar vidare går de mer och mer över till att beskriva ålder fysiologiskt/biologiskt. Flera av informanterna arbetade på avdelningar där åldersspannet var stort:

*De yngsta ... vad kan de vara? 15-16 år. /---/ Sedan har vi en farbror som är född 1910, så han är 92 år nu då. (Usk 2)*

*Vi har ända från barn ... till 110. Nej, men tills de dör. Hela spannet. (Usk 1)*

*Från 16 år. /---/ Ja, vi har någon 100-åring. (Ssk 3)*

Angående hur hon ser på äldre människor berättar en sjuksköterska:

*Och där kan man ju se att de äldre människorna är ju helt otroliga, om man jämför med den yngre generationen, med att ha den här empatin för andra människor. /---/ Äldre har liksom haft det tuffare under sin uppväxt och blir präglade på ett annorlunda sätt och kanske mer tåliga också. Det vet man inte, men jag tolkar det som att... ja, det är lättare att få en äldre att förstå, tror jag, än en yngre. /---/ ”Men jag såg ju att ni har sprungit så mycket hela dagen.” Och det skulle nästan aldrig en som är född på 1960-70-talet säga. (Ssk 3)*

Några sjuksköterskor beskriver hur de tycker att vården har förändrats de senaste decennierna och hur ålder i detta är en relevant faktor:

*Och patienterna har blivit äldre, lever längre och får flera sjukdomar, inte bara en utan det är komplext. Och det bidrar ju också till att man måste se vidare och hjälpa dem, inte bara med just den här biten som de kanske är på den här*

*avdelningen för, utan man måste försöka se helheten och hur mediciner och sådant påverkar från olika håll. (Ssk 1)*

Detta, menar man, har även medfört att kravet på prioriteringar har ökat:

*Vi har ju... ålderskillnaden kan vara från 15 till 105 år, så vi har ju ett väldigt brett spektrum. /---/ Och det ser vi, att patienterna är sämre, de är äldre och de skall behandlas mycket mer och snabbare. /---/ Det som känns, är väl mer att tempot har ökat markant, det har det gjort. Som sagt, patienterna är sämre och de är äldre och det är snabbare vårdtider, så därför har ju kraven på prioriteringar ökat, det har de ju. (Ssk 2)*

På frågan om man bemöter äldre och yngre patienter olika svarar en informant:

*Nej, jag tror att jag försöker bemöta alla på ett rakt och ärligt sätt, för jag tycker inte om falska människor där man liksom känner att man inte vet var man har personen. (Ssk 3)*

Även bland läkarna framkom en positiv syn på äldre patienter:

*Nej, jag kan inte säga att jag tycker att de äldre, liksom, mer ropar på auktoritet, egentligen. Då tycker jag många gånger att de har en så mycket mer genomtänkt syn på livet än yngre personer. Jag menar, äldre har ju ofta... de har ju liksom fått verkligen börja tänka på döden, och så. Att de har tänkt på hur de ser på döden och att de kanske tycker att det kan börja bli dags att dö och så där. Sedan har man ju träffat en och annan gammal och så har man kommit där och föreslagit det ena och det andra och så: "Doktorn, jag tror faktiskt jag har levt färdigt." (L 2)*

Denna informant visar senare i sitt resonemang att ålder inte är en kategori som helt står för sig själv, utan att man även måste ta in andra faktorer, såsom etnicitet och genus:

*Men sedan, en lite svår grupp i det här med auktoritativt beteende, det är ju invandrare. De kan ha svårt för det här att ha en doktor som inte riktigt "vet" vad som ska göras. /---/ Som persiska invandrare, äldre invandrarkvinnor, till exempel, det är väldigt svårt att få dem till att ta ett eget beslut. (L 2)*

Mycket få av informanterna nämnde annars genusaspekten i relation till ålder, och då detta inte var något av undersökningens huvudtema ställdes heller inga frågor om det, främst av rädsla för att det skulle föra för långt bort från ämnet. Endast en informant utöver den nyss citerade nämnde i förbigående att kön och ålder ibland samverkade i synen på patienterna:

*Det är de här gamla som inte vill vara till besvär. Och framför allt kvinnorna. (Usk 1)*

På frågan om var gränsen går för när man är gammal ville en informant inte ge något förslag. Hon hänvisar till att alla är människor och att det är det viktigaste för henne i hennes arbete:

*Det är en människa – det är ju det. /---/ De är människor och de har sin värdighet och det skall vi respektera och sedan försöker vi hjälpa dem på vägen. (Usk 2)*

Trots denna utgångspunkt, som delas av flera av de intervjuade, går många av informanterna tydligt över till ett resonemang utifrån fysiologisk ålder när de tillfrågas om när en människa skall betraktas som gammal:

*Ja, det är så väldigt olika på olika patienter. En människa kan ju vara jättegammal när hon är 60, men också vara väldigt ung när hon är 80. Det kan man ju inte säga, när folk är gamla! (Usk 1)*

*Nej, det är svårt alltså, för när jag var 20 år, då tyckte jag att 40, Gud, vad gammalt! Och det tycker jag ju inte längre. Och 60 år... ”Är du 60? Nej det trodde jag inte.” Nej, men det är svårt alltså. /---/ Och det är ju därför man kan bemöta alla människor rakt, så där, för att egentligen är de precis som om de vore 25 fortfarande, fast de är 84. (Ssk 3)*

En av sjuksköterskorna illustrerar tydligt hur hon går från en kronologisk till en fysiologisk syn på ålder under samtals gång. På frågan om vad en äldre patient är svarar hon först:

*Ja, att de har nått en hög ålder, att det finns fler som har nått en högre ålder. /---/ Jag tänker högre då... 80, 90, 100. (Ssk 1)*

Senare börjar dock samma informant beskriva att det inte innebär något självklart i hur man är när man nått den höga kronologiska åldern:

*Till exempel en man som var 100 år som inte hade varit sjuk mer än en gång och behövt sjukvård och då opererat ett öra. Och så hade han fått ett AV-block, att pulsen slår långsamt, så att han inte riktigt orkade det han brukade orka. Men han kom och fick en pacemaker och han var klar och redig i huvudet och fick åka hem till sin fru sedan och fortsätta. (Ssk 1)*

Ytterligare en informant svarar så här på frågan om var gränsen går för när man är äldre, enligt henne:

*S: För mig är man nog äldre när man är 80-85, kanske. Äldre äldre, är man då.  
I: Ja, och vad går man då efter?  
S: Ja, att de vitala funktionerna har försämrats, skulle jag nog säga. Att de ser sämre, att de tappar aptiten och... ja, de vitala förmågorna. /---/ Jag tror att jag drar en högre gräns, och vi som jobbar på min avdelning gör det, för att vi har mycket äldre patienter. Så för mig är inte 95 år en jättekostig patient. (Ssk 2)*

Även denna informant förfinar dock resonemanget under diskussionens gång utifrån den fysiologiska åldern:

*Nu har vi just haft en liten dam som är 95 år och hon är helt solklar i huvudet och klarar sig helt själv. Men sedan finns det ju de som är 70 år och är jätteskruttiga och behöver hjälp med allt. Men just åldern "äldre" tycker jag nog är runt 85, kanske. (Ssk 2)*

En av de intervjuade läkarna svarar så här på frågan om hur han ser på sina patienters olika ålder, med tydliga hänvisningar till både kronologisk och fysiologisk ålder:

*Ja, alltså, vi har ju hela spannet, från barn och upp. /---/ Den snabbast ökande gruppen i samhället är ju de över 80, alltså de gamla gamla. /---/ Och de blir piggare och piggare. De anesthesiologiska möjligheterna ökar så man kan ju lugnt söva en 92-åring. Det är liksom inga problem. Det gjorde vi ju inte när jag började för 20 år sedan. Var man över 80 så var det inte aktuellt med någon större kirurgi i och med att det var så riskabelt. /---/ [Men] nu gör man ju valet utifrån vad patienten har att vinna, så att säga, i funktioner och förmåga att leva ett oberoende liv. Och det gör ju att man har helt andra... alltså, behoven blir ju kvantitativt väldigt mycket större. /---/ Och vi tycker ju det, att då borde man aktivt prioritera. (L 3)*

Detta citat för oss osökt över till det andra huvudtemat i detta kapitel, om relationen mellan ålder och vårdetiska prioriteringar.

## 4.2 Om åldersprioriteringar förekommer och hur man ser på det

Som framgått av några av ovanstående citat, pekar flera av informanterna på hur de upplevt att det ökande antalet äldre ökat kraven på prioriteringar i vården. En av läkarna beskriver det så här:

*Ja, det finns tre faktorer, kan man säga. Det ena är att behovet ökar enormt, beroende på en åldrande befolkning. Behovet ökar också beroende på att man får så väldigt mycket större möjligheter att behandla. Och då säger många att: Ja, men det här kompenseras ju genom att man får en friskare befolkning, vilket ju inte alls är sant, utan.... Har det någon effekt så innebär det att folk lever längre och konsumerar mer sjukvård. Och det må ju vara att man kanske minskar sjukvårdskonsumtionen under någon period av livet, men livet blir så mycket längre och huvuddelen av konsumtionen ligger ändå de sista åren. /---/ ... och då kommer man inte ifrån att man måste prioritera. Ta smärtsamma beslut och säga att det här kan vi göra men det här kan vi inte lösa inom i alla fall det offentliga ram. Sedan får väl de som har möjligheter avsätta egna pengar. Försäkringslösningar, eller vad man nu kan tänka sig. (L 3)*

Samma läkare menade också att det inte med automatik följer ökade krav med höjd ålder på patienterna. Aktuella tendenser spelar också in. Att en alltmer utbildad och krävande befolkning ställer högre krav på sjukvården färgar av sig också på de äldre:

*Förr i tiden gick ju folk och hade ont. Haltade sig fram, och det accepterade man ju. /---/ Svärmor från Norrland, hon sade att "det är klart att det gör ont", när hon var sjuttio eller något. Så säger man inte idag. (L 3)*

En annan av läkarna lyfter fram de minskade ekonomiska resurserna och kopplar dem till att ålder har betydelse för hur man prioriterar, i betydelsen att äldre ibland faktiskt nedprioriteras, trots att hon egentligen tycker att det går emot hennes yrkesetik:

*När jag skall fundera över om de måste läggas in eller om man kan klara sig hemma, då är det lite grann det där med ålder och avstånd till sjukhus och vad det finns för resurser runt den här patienten i övrigt. /---/ Gamla, skröpliga kanske framför allt skall beredas en plats ineliggande. /---/ Men har jag märkt att det är väldigt ont om platser och vi liksom driver på för att över huvud taget få det att gå runt, då är jag plötsligt beredd att acceptera att den där 75-åringen blir utredd polikliniskt istället för att läggas in, fast jag kanske fem år tidigare hade tyckt att ingen över 70 skall behöva... Alltså, man blir påverkad, fast man inte vill bli det så blir man det, av situationen. Man rättar sig lite grann efter den, även om jag försöker att inte titta så, utan titta på just den här patienten. (L 1)*

Denna informant pekar också på att äldre kan prioriteras ned på grund av att de har svårare att göra sin röst hörd, något som alltså prioriteringsriktlinjerna är tänkta att förhindra:

*Och det kan ju också slå väldigt fel, för då blir det ju den där som väsnas mest som blir den inlagda och den andra som tiger och lider åker hem och gör utredningen polikliniskt, vilket också går lite långsammare. (L 1)*

Flera av informanterna betonar att enligt deras moraliska grundsyn så bör prioriteringar på grundval av ålder inte få förekomma. I allmänhet syftar man då på nedprioriteringar av äldre. En informant gav även exempel på att äldre ibland kunde behöva en viss positiv särbehandling beroende på deras särskilda situation och behov som just äldre. Detta kom fram när hon kritiserade nedskärningar som lett till att vaken för döende patienter tagits bort:

*Ett barn vet jag ju om att det alltid har en förälder hos sig. /---/ Upp till 14-15 har de det, för det mesta, men inte alltid. /---/ Jag skulle vilja ha tillbaka vaken för döende, det tycker jag är det som känns allra mest cyniskt av alla besparingar de har gjort. /---/ Oftast är det ju de gamla som är ensamma, de unga har ju liksom familj, på ett eller annat sätt. (Usk 1)*

I sin kritik av nedskärningar hon själv inte har någon kontroll över visar denna informant samtidigt hur prioriteringar faktiskt har drabbat de äldre i samhället. Liksom flera av de övriga informanterna menar hon att detta är moraliskt fel:

*Man måste hela tiden ha i bakhuvudet människan bakom ringningen. Och en gammal människa skall ju inte behöva ligga och vänta. Sedan kan det ju vara så att jag har en patient som är gammal och som är väldigt förvirrad och jag vet att hon inte ens vet om att hon har ringt. Hon vet inte ens vad det innebär! /---/ Men då går jag alltid in och stänger av ringningen och frågar om hon vill något. Ser efter om hon själv klarar situationen. Man skall inte ta för givet att de inte vet. (Usk 1)*

Precis som andra i undersökningen betonar denna informant att det måste vara människovärdesprincipen som styr:

*Var och en behandlas med den respekt som man skall behandla varje människa. Och det tycker jag är genomgående. (Usk 1)*

När diskussionen går vidare modifierar hon dock sin uppfattning, men då i betydelsen att hon hyser en viss skepsis gentemot andra personalkategorier:

*Du frågade mig om det här om man gör skillnad mellan gamla och unga och så, och jag sade nej. Men det kanske inte stämmer riktigt ändå för att läkare, tror jag – inte alla läkare, men många – tror jag, gör skillnad. Att man hetsar inte på så mycket när det gäller en väldigt gammal människa utan då... ”Ja, vi ger*

*smärtlindrande.” Medan om patienten hade varit 30 så hade de kanske kört kniven i henne direkt. Förstår du skillnaden? Det där tror jag, men det kan jag ju inte veta, men jag upplever att det är skillnad. (Usk 1)*

En av de intervjuade sjuksköterskorna menar att prioriteringar på renodlade ålderskriterier inte förekommer men ger exempel på hur andra aspekter kan ha betydelse för hur man prioriterar mellan patienter. Det egna ansvaret för sjukdomen kan här ha betydelse:

*Så jag tycker inte att jag gör någon skillnad. Fast sedan, om man skall ta de här enstaka fallen... Är det en gravt alkoholiserad man som står och dricker handsprit och sedan står och spyr och så står fru Persson och kräks också, som har tarmvred, då väljer jag ju fru Persson och hjälper henne. /---/ Så det är lite så där, att har man själv påverkat situationen så... (Ssk 3)*

Samma sjuksköterska utvecklar senare i intervjun sin syn på att prioriteringsbeslut inte bör fattas på grundval av patientens kronologiska ålder, att det inte har någon betydelse vilken ålder patienten har:

*Nej, det har det faktiskt inte. Du tar ned och opererar en som är 86 år likaväl som du tar ned en som är 18 och opererar för samma sak. Sedan kan det ju vara så här, att 86-åringen har så klen hjärta så att det inte går att operera, men det kan du göra med 18-åringen. (Ssk 3)*

Så långt stämmer denna sjuksköterskas personliga moral med de riktlinjer som finns för hennes yrkesetik. Frågan kompliceras dock när hon tillfrågas om hur hon menar att man skall välja om det inte finns möjlighet att behandla två individer med samma behov men med olika ålder:

*Ja, ja, du menar så! Ja, om det inte fanns pengar, då skulle man ta den yngre före, det tror jag ju. Därför att de vet ju att den här äldre kanske får lång konvalescens. Men å andra sidan, opererar man inte så får han ju bo på sjukhuset tills han dör, och jag menar, det vill man ju inte heller. I och för sig så... opererar man så kanske han dör ändå, men då har man ändå gett honom en chans. Men visst, där kan jag tycka också att ibland så går vi på, liksom, att någonstans måste vi kanske ... Ja, vi skall ju alla dö och är man född -03 så orkar man inte med att ta bort hela tjocktarmen och magsäcken och att vi kanske skall tänka oss för. Det tycker jag ju också. Och till vilket värde? Eller om du jobbar på kärnkirurgien, till exempel, där du amputerar och gör kärllkonstruktioner och patienten blir amputerad och sitter... Räddar du ett ben så spar du massvis med pengar. Patienten kan bo kvar hemma och allt det här, men den dagen det inte funkar då och du får lov att amputera och stympa dem mer och mer? Till vilket värde? Det är ju alltid massvis med sådana här aspekter man måste väga in då. (Ssk 3)*

Här för denna sköterska ett resonemang med sig själv där hon för fram argument både för och emot prioriteringar på grund av ålder samt visar hur olika aspekter,



konsekvenser och överväganden hänger samman. En annan av sjuksköterskorna tvekar inför frågan om man behandlar unga och gamla patienter olika och hänvisar till läkare:

*Jag tror att nu är det mera fysiologisk ålder som gäller än vad det var tidigare. Men sedan medicinskt, i olika fall... Det är bäst att en läkare får svara på det, för de har väl sett att ibland när de opererar gamlingar, så att säga, så blir det så kämpigt och mycket komplikationer och så, så då kanske man försöker ta en enklare metod och underlätta situationen. Kanske inte bota den, utan underlätta i stället. (Ssk 1)*

Självt menar hon inledningsvis att ålder kan vara relevant att prioritera utifrån. Senare ger hon dock exempel på hur behoven måste få styra, inte ålder. Även frågan om livskvalitet berörs. Därmed illustrerar denna informant komplexiteten i denna fråga genom sitt resonemang:

*S: Och sedan, jag tänker på det här som man har läst om i media, om hörapparater och så, att man skulle inte främst prioritera dem som hade jobb utan de som är pensionärer skulle prioriteras lika mycket. Och där kan man ju sätta ett frågetecken i alla fall, tycker jag. Om det var en ung mamma eller pappa som skulle vara väldigt behjälpt utav en hörapparat och den skulle inte behöva vänta för länge utan kunna återgå till yrket och må bättre. Men visst är det svårt. Man måste ju sitta i sådana här etiska diskussioner, det måste ju bestämmas något.*

*I: Menar du att behovet skulle styra, i det exemplet du tog?*

*S: Ja, fast det är frågan det, för man kan ju också se det så att den som är äldre, även om den nu är pensionär, och kommer att leva en kortare tid men det måste ju vara kvalitet på den tiden. Det är ju hemskt att vara isolerad, att inte höra. /-- /-- Men då får man ju också gå ut och se hur man ska prioritera för övrigt i samhället. Var pengarna ska läggas. (Ssk 1)*

En annan sjuksköterska berättar om ett fall som hon upplevt som etiskt krävande, där en kvinna i 40-årsåldern avled efter en leverkoma. I hennes berättelse framkommer indirekt ett åldersrelaterat resonemang:

*Dels kändes det inte etiskt för att hon var så ung, för att man ville rädda henne. (Ssk 2)*

En situation som flera av informanterna diskuterade i relation till ålder var besluten kring hjärt-lungräddning (HLR). Här har ålder betydelse, det verkade de flesta vara överens om:

*Det brukar vi ta upp på rondan. Om man tycker att en patient är skruttig och gammal, då får man fråga överläkaren: Tycker du att vi ska sätta igång den här patienten? Så att man inte står i det där valet och kvalet och stampar med ena foten och inte. Och om man säger rent tekniskt, som sjuksköterska, så man får inte i gång så många patienter när de har fått ett hjärtstillestånd. Det är ganska*

*ovanligt. Så att därför så... För att kunna få igång patienten måste de vara lite yngre. Det är också en sådan där grej att man vill ju, som sagt, att patienten skall få somna i lugn och ro och få ha anhöriga där, istället för att vi bara stormar in med all apparatur. (Ssk 2)*

Denna sköterska menar alltså att just i anslutning till HLR-beslut har patientens ålder betydelse:

*Ja, det har det ju. Och sedan, tror jag också, hur intensivt man arbetar med en patient. Det är klart att det är skillnad om man är 40 år och får hjärtstillestånd eller om man är 85. Man lägger ju ned, kanske, mycket mer resurser på dem som är yngre, så är det. (Ssk 2)*

På frågan vad som avgör detta kommer aspekter av livskvalitet upp:

*Ja, och sedan måste man ju säga, efter hjärtstillestånd, att man kommer igång rent kroppsligt och vilken livsglädje det finns efteråt. Det finns ju många sådana aspekter. /---/ För jag vet en gång så körde vi igång en farbror som var i 85-årsåldern och han kom till liv, och han vart besviken. Så att... det är ju inte så lustigt. (Ssk 2)*

Även läkarna diskuterade frågan om ålder har betydelse för prioriteringsbeslut i vården. Överlag föreföll de klarare över och mer tveklösa inför att hänvisa till ålder som grund för prioriteringsbeslut än sjuksköterskor och undersköterskor. De hade dessutom etiska argument för varför detta kunde vara rimligt. En av informanterna talade om beslut som handlade om att avbryta eller fortsätta en behandling. På frågan om detta gällde gamla patienter svarade han:

*Ja, de där man ställer sig de här frågorna. Jag menar, yngre patienter, där har ju... den numeriska åldern spelar ju stor roll när man börjar fundera i de här banorna. En person i 50-årsåldern, den behandlar man nog in i det sista. Hur absurt det än objektivt sett kan vara, så gör man nog det. (L 2)*

Samma informant menade också att de svåra etiska problemen hörde samman med de icke autonoma patienterna:

*Ja, de där man inte kan få vettig... där man inte kan få dem att förstå konsekvenserna av de olika valen, utan man själv får försöka se till vad som är bäst för den här personen. Det är det som är det svåra. (L2)*

Denna informant menar alltså att ålder har betydelse för vilka val man gör på klinisk nivå och han gav också förslag på hur man kan rättfärdiga att hänsyn tas till ålder:

*Nej, men vi tittar på ålder, det gör vi. Lite grann tror jag på något sätt att vi, utan att vi uttalar det, tycker att det är lite av en rättvisetanke där. /---/ Att det*

*är orättvist att bara få leva 50 år. Men är man upp emot 80, då har man ändå fått sin beskärda del. Det är inget som vi säger, så där, men jag tror lite grann att vi omedvetet tänker på det viset. Att är man 80...då har man liksom fått så mycket som man skall ha i genomsnitt. (L 2)*

Samtidigt är denna informant mycket tydlig med att ålder används på olika sätt vid olika typer av beslut:

*Men sedan beror det mycket på vad det handlar om också. Det här är nog något som man tänker mycket på när det gäller livsuppehållande behandling, men däremot en avgränsad åtgärd, som att operera någonting som kan leda till en förbättrad livskvalitet, oavsett om man är 50 eller 90 år, det tror jag man... Där är man nog mer noggrann med att bedöma den biologiska åldern på ett annat sätt. Jag tror att ... det är inte så att man tänker att är man 90 år så kan man gott vara blind. Utan har man en möjlighet att förbättra den för övrigt pigga 90-åringens livskvalitet genom en typ av ögonoperation så drar man sig inte för det, utan då får det också prioritet. Men däremot när det gäller de här mer livsuppehållande åtgärderna... livsuppehållande, livsförlängande åtgärder, så spelar ju ålder in. (L 2)*

Ytterligare en av de intervjuade läkarna menar att åldern har betydelse för de beslut man fattar. Även hon visar dock under samtalets gång att det snarast är en kombination av kronologisk och fysiologisk ålder som tillämpas vid besluten:

*Ja, absolut. Visst. Det har betydelse dels för, så att säga, den tid som vederbörande har kvar, men det har också betydelse för...vad orkar kroppen? /- --/ Då skall man samtidigt vara medveten om att det där är ju farligt, därför att det är lätt för oss då, som knallar omkring friska, att titta på ett liv och tycka, att det där kan väl inte vara något vidare liv. Men nu är det just det livet den patienten har. Och de flesta som jag har träffat, de vill nog gärna vara kvar i det livet, om det inte är förenat med grav smärta. (L 1)*

Här finns en klar övertygelse om att det är människovärdesprincipen som skall styra yrkesetiken. Samtidigt finns det situationer då flera av informanterna uppenbarligen menar att ålder bör ha betydelse. En undersköterska säger med anledning av HLR-insatser:

*Sedan gäller det att få igång hjärtat igen och det är lite synd att göra på en gammal, gammal människa. Och vad har de för liv efter ett år? Och de kanske får mycket komplikationer efter det här, och sådana saker. Kanske får leva som ett kolli, liksom. Efter att ha levt pigg och frisk jättelänge. (Usk 2)*

På frågan om hon kan uppleva sådana situationer som jobbiga svarar hon:

*Det beror på om man tycker att det är jobbigt för patienten. Om patienten är jättegammal och har haft ett bra liv, levt jättelänge, varför kan inte människan*

*då få dö till slut, tycker man, om han är nittio år? Och då på ett värdigt sätt, alltså. (Usk 2)*

Beträffande om prioriteringar drabbar de äldre patienterna för särskilt en informant fram kritik mot att ingen kan föra de svaga gruppernas talan när resurserna inte räcker:

*Och då finns det de som är hyggligt friska, de kan åka till en privatklinik i Stockholm. De som är gamla och skruttiga, de kan inte det. /---/ Det är alltid de svagaste som drabbas. (L 3)*

Samma informant menar också att politikerna prioriterar fel, eftersom de styrs av andra kriterier än de etiska, t.ex. strävan efter att bli omvalda:

*Men när Agda bryter en lårbenshals och får ligga och vänta på en akutoperation i ett dygn, så är det egentligen ett större problem, tycker jag. Men det är ju liksom inte en politisk fråga på samma sätt, för det är en relativt tyst grupp, då. /---/ Det är ett större mänskligt lidande och det är en större fara för hennes hälsa. /---/ Det här är ju ofta gamla och bräckliga patienter, men de är ju ingen påtryckningsgrupp. (L 3)*

I detta sammanhang ställs tydligt de olika principerna i prioriteringsriktlinjerna emot varandra. Att låta ålder spela in i ett prioriteringsbeslut kan ibland ske med hänvisning till kostnadseffektivitetsprincipen. Att denna inte bör få väga särskilt tungt (vilket även riktlinjerna ramhåller) betonas av några informanter, när diskussionen rör sig om hur stora resurser som skall läggas på behandling av gamla patienter:

*En del av de här åtgärderna [behandlingar av olika slag], de lönar sig ju rent samhällsekonomiskt, men i rätt hög grad måste man ju ändå säga, att sjukvård är en etisk fråga. Jag tror inte att man kan hävda särskilt trovärdigt att det lönar sig – med undantag av en del plastikkirurgi och så där – utan det är av andra skäl vi skall göra det. /---/ Särskilt på åldringsvårdens område. (L 3)*

Ytterligare en av läkarna menar att det nog kan vara befogat ibland att prioritera efter ålder:

*Den unga satsas det väldigt mycket på. Alltså, den unga skall allt satsas på, den har hela livet framför sig. /---/ Om det kommer in en trafikolycka som är 25 år och det kommer in en trafikolycka som är 65 år, då satsas det ju likadant för att ordna till det där akuta. Men om trafikolyckan är... ja, 85, så är det väl möjligt att man, beroende på hur skadan är, gör en bedömning av vad den här patienten har för möjligheter att klara saker och ting. (L 1)*

Informanten verkar här hänvisa både till biologisk och till kronologisk ålder. Bedömningarna verkar göras främst med hänsyn till behov och

kostnadseffektivitet och enbart i sista hand med hänvisning till kronologisk ålder. Detta tyder på att personalen försöker handla i överensstämmelse med riksdagsbeslutet om prioriteringar.

Samtidigt som ålder ibland förhindrar vissa ingrepp kan situationen även vara den omvända, menar samma läkare som i citatet ovan:

*Sedan har du medelålders och så har du de som är åldringar. Och där har väl gränsen ändå krupit upp väldigt mycket, tycker jag. Vi opererar ju även elektivt på patienter som vi inte skulle ha gjort för 20 år sedan, därför att de inte skulle ha klarat det då. Men det har ju inte med kirurgen att göra, utan det har med intensivvården att göra, att den är bra. De klarar de här patienterna. /---/ Det är ju faktiskt så, att i vissa sammanhang så är åldern så att man måste vara aktivare, därför att den patienten klarar mindre. En magblödning hos en 25-åring... det är ju nästan aldrig en 25-åring som dör av sin magblödning. Men en 65-åring kan dö av sin magblödning och måste alltså opereras tidigare än 25-åringen. Ungefär så. Det finns ju ålder åt det hållet också. (L 3)*

Sammanfattningsvis tyder resultaten så här långt på att i ett inledningskede, vilket också visats i förra kapitlet, omfattar samtliga informanter såväl människovärdes- som behovs/solidaritetsprincipen. I talet om ålder som prioriteringsgrundande kriterium blir dock frågan mer komplicerad. Det finns informanter som här bryter sin tidigare linje och menar att det vore befogat att ibland prioritera utifrån kronologisk ålder. Ett sätt att rättfärdiga detta är att hänvisa till ett slags rättvisepincip: man strävar efter att hjälpa människor att få uppleva ett normallångt liv. Den som inte uppnått detta satsas det kanske lite extra på, då det, som en läkare uttrycker det, kan upplevas som orättvist att någon bara får leva i 50 år, medan någon annan lever i 80.

Resultaten visar också att vid en första fråga om ålder svarar informanterna utifrån kronologisk ålder. När de fortsätter resonemanget övergår de mer och mer till att hänvisa till fysiologisk ålder. Samtidigt verkar åtminstone vissa av informanterna återgå till en kronologisk indelning just i resonemangen om att det är en form av rättvisa i att människor får uppleva ett normallångt levnadsförlopp.

Kostnadseffektivitetsprincipen är den etiska princip som nämns minst av informanterna. Några av läkarna diskuterar den och verkar då tolka den i överensstämmelse med den förståelse som finns i den etiska plattformen för prioriteringar.

## 5. HUR MAN LÄR SIG PRIORITERA OCH VILKA HINDER SOM FINNS FÖR "GODA" VAL

*Man kan nog aldrig lära en människa att prioritera.*  
(Ssk 2)

Hittills tyder resultaten på att informanterna i hög grad prioriterar "rätt" utifrån gällande prioriteringsriktlinjer men att de ofta inte känner till att riktlinjerna existerar. Frågan som då infinner sig är hur man egentligen lär sig att prioritera i vården. Hur skapas och upprätthålls klinikers etiska kompetens i allmänhet och att prioritera i synnerhet? Man kan också fråga sig om arbetets organisering har betydelse för den etiska kompetensen hos personalen. Ger arbetsorganisationen möjlighet att förverkliga de etiska ideal man säger sig omfatta, t.ex. beträffande människovärde och behov och solidaritet? Finns det några hinder för personalen att förverkliga sina övertygelser om vad som är gott och rätt i olika situationer? Att arbetsorganisationen har betydelse för personalens möjligheter att förverkliga en god yrkesetik har belagts i flera studier.<sup>79</sup> Samtidigt är yrkesetik ett komplext begrepp som inte bara hänför sig till etiska regler eller koder, utan snarare är att betrakta som ett resultat av både egen personlig moral och utbildning.<sup>80</sup>

### 5.1 Hur man lär sig etik och att prioritera

Få av informanterna kan dra sig till minnes någon undervisning i etik under sin utbildning:

*I: Jag tänkte på din utbildning, har du gått på ett vårdgymnasium?*

*U: Ja, jag har gått den här korta ettårsutbildningen för undersköterskor.*

*I: Ja. Hade du någon etik, vårdetik, i den utbildningen?*

*U: Nej, det tror jag inte. Jag tror faktiskt inte det, men det ska jag inte svära på. /---/*

*I: Men du har inte gått någon fortbildning sedan? De har ingen fortbildning på jobbet?*

*U: Nej, inte i etik. /---/ Ja, vi hade ju... Jag gick ju den här vidareutbildningen för undersköterskor och då var det väl någon dag det var etik... Men det gjorde nog inte heller något större intryck (skratt). (Usk 1)*

Även den andra undersköterskan uppgav att hon hade läst väldigt lite etik i sin grundutbildning:

<sup>79</sup> Se t.ex. Kälvemark/Höglund et al. 2003.

<sup>80</sup> Se t.ex. Silfverberg 1996 och 1999.

*Inte då. Du vet, jag gick ju så himla tidigt som 1978, det hade man ju inte då. Det pratade de ju inte om ens en gång. (Usk 2)*

Däremot hade hon gått en fortbildningskurs:

*Jo, vi har ju haft någon på avdelningen då. /---/ En etikcirkel har vi haft. Det var diakonissan, och där var etiken med. /---/ Det var mest olika fall som man skulle liksom greppa och vinkla från olika håll och sådana saker. /---/ Fast jag kommer inte ihåg något. Det var så många fall! (Skratt) /---/ Det var kanske tre år sedan, för då började väl det här med etik komma lite på modet. (Usk 2)*

I detta citat kan man lägga märke till både att etiken ofta förmedlas av sjukhuskyrkans folk – även andra informanter talade om präster som föreläst om etik (se nedan) – och att informanten kopplar erbjudandet om fortbildning i etik till att det är ett ämne som blivit ”på modet”, inte till ökade etiska krav i sin egen vardag.

Bland sjuksköterskorna är det endast den yngsta informanten som överhuvudtaget minns någon etikundervisning. Samtidigt är hon kritisk till den och menar att den var för teoretisk och därför inte till så stor nytta för den kommande yrkesrollen. På frågan om hon läste etik under sin utbildning svarar hon:

*Mm, det gjorde vi. Som var väl lite, tyckte jag, när jag gick. Kanske var det att man inte riktigt förstod vad etik var. Vi läste ju, vi hade han prästen, den finske prästen ... han var där och föreläste vet jag, och sedan läste vi hans bok. Det var väl det vi hade om etik, om olika läror då. /---/ Nej, mer att man kanske skulle vilja ha någonting att ta av. Så där lite mera praktiskt, just för att kunna diskutera en patient eller hur man skall göra om en patient kanske avlider och om de vill att man ska svepa patienten på ett speciellt sätt eller mycket mer sådana grejer. Hur man skall svara eller vara eller .... Skall man låta patienten bryta ihop och gråta eller skall man gå därifrån? Det är ju mer sådana där saker. (Ssk 2)*

Inte heller läkarna menar sig ha fått särskilt mycket etikundervisning under sin utbildning. Likaså hade de svårt att dra sig till minnes diskussioner omkring just prioriteringar i vården:

*Ja, väldigt lite... Väldigt mycket blir erfarenhetsmässigt när man jobbar. Jag tror att det är så. Jag brukar säga att kunskaper inte kan diffundera in, utan kunskap måste man aktivt ta in. Men jag misstänker att sådana där kunskaper diffunderar nog in på något underligt vis i en. Man rör sig i en miljö där sådant här diskuteras och vrids och vänds och man hör vad de äldre tycker är rätt och fel och man läser i journalerna vad patienterna har råkat ut för och hur man har tagit ställning då. Man ställer in sin riktlinje, tror jag. /---/ På det viset måste ju kunskapen – ja, det är en klyscha – erövrars. (L 1)*

Det som informanten här främst lyfter fram som lärande i prioriteringsetik är att det sker genom erfarenhet och genom att följa det goda exemplet, d.v.s. erfarna kollegor. Men att etiska riktlinjer för prioriteringar skulle bidra till förbättrad etisk kompetens i de konkreta besluten tror flera av informanterna inte på. Personalen kan lära av varandra, menar en informant, medan andra, både läkare och sjuksköterskor, menar att det efter ett tag blir något som man bara kan, man vet inte riktigt varför man gör rätt eller hur inläringen har gått till. Det handlar främst om erfarenhet:

*Jag menar, det är bara att gå tillbaka till sig själv på något sätt. Att tänka "Skulle jag vilja att mina föräldrar blev behandlade så?" eller mina barn eller hur skulle jag, om jag hade min man döende, hur skulle jag vilja bli bemött? Och sedan känna av, för jag menar, alla tycker inte likadant som jag. Utan känna av, att lära sig läsa kroppsspråk hos folk och att inte klampa på, utan att känna av först. /---/ Och så lär man sig ju själv av erfarenhet. När man möter många människor så lär man sig hur man ska läsa folk. (Usk 1)*

Samtidigt verkar det vara en utbredd uppfattning i materialet att det går att lära sig etik och att prioritera genom att arbeta tillsammans med mer erfarna kollegor:

*Man kan nog aldrig lära en människa att prioritera på något sätt, tror jag. Det kan vara ganska svårt. Men man kan lära sig att prioritera när man får handledning av någon. För vi prioriterar som sagt hela tiden, men det är ingen som säger att .... Det jag tänker med prioritering det är ju inte ... Det är mer att jag tar remisserna kl. 10 eller 10 över 10, förstår du? Det är ju...  
I: .... det är inget man kan skriva på en lapp?  
S: Nej, man kan ju inte det, för att jag prioriterar på mitt sätt och min kollega prioriterar på sitt sätt, men det är ingenting som är fel av det så att säga. (Ssk 2)*

Även läkarna lyfter fram den praktiska erfarenheten som den viktigaste formen av lärande när det gäller den moraliska praxis där prioriteringsbesluten ingår. Dessutom trycker de på att man lär sig av mer erfarna kollegor:

*Ja, det är erfarenhet. Alltså, värderingar genomsyrar ju samhället på så många olika sätt och prioriteringsutredningen är ju egentligen ingenting nytt, utan det är ju att man har samlat de värderingar som finns i sjukvården och i samhället. (L 3)*

## **5.2 Ekonomiska resurser som upplevs som otillräckliga**

Informanterna menar alltså att de lär sig etik och att prioritera främst genom erfarenhet och genom att lära av mer erfarna kollegor. Men de berättar också om hinder för utövandet av en god yrkesetik. Ett tema som kom upp i samtliga intervjuer var de ständigt återkommande kraven på att hålla budgeten på olika



avdelningar och upplevelsen av stadigt minskade resurser inom sjukvården. Flera av de intervjuade vårdgivarna pekar på de ekonomiska resursernas otillräcklighet som grund också till etiska problem:

*Vi har ju dragit ned rejält med platser och gör allt mer, allt fortare, på allt äldre patienter. Och det här har varit en del av vår vardag de sista tre åren, i alla fall. Det här att plötsligt finns det inte plats. Det är inte bara det att det inte finns platser utan det är överbeläggningar också, och då är det ju så att det är väldigt svårt. De säger: Var skall vi lägga den? Och då menar de verkligen [det]. ”Ja, hur är det med den där snedkorridoren, är det någon som ligger där?” ”Nej, men det är ju mitt emot lavemangsrummet.” ”Ja, men...” (L 1)*

Alla är dock inte övertygade om att det enbart handlar om ett ekonomiskt problem, utan att det även är en fråga om arbetsorganisation och strukturer:

*Nja, alltså, det skulle ju för oss vara ett väldigt bra och lätt sätt att lösa det hela, men inte ens bara pengaresurser räcker ju, utan i dagsläget så måste man jobba på väldigt lång sikt. /---/ Jag tror, att om vi tittar 10, 15 år framåt så kommer inte ens pengar att räcka, för då är det så många som skall försörjas av få, så man kommer att ha svårt att hinna med och ta hand om den gamla populationen. (L 3)*

Det var emellertid främst läkare som verkade känna sig styrda av de ekonomiska kraven. En av undersköterskorna hävdade bestämt att hon inte tog några ekonomiska hänsyn, bl.a. med hänvisning till sitt eget låga löneläge:

*Nej, nej, nej! Det skiter jag fullständigt i. /---/ De spar på så mycket. De spar på min lön! (Usk 1)*

### **5.3 Misstro mellan vårdgivare och politiker**

Ett annat problem som framkom i flera av intervjuerna och som verkar hindra goda prioriteringsbeslut var den misstro som informanterna menar existerar både mellan olika grupper inom sjukvården och, inte minst, mellan sjukvårdspersonal och politiker. En av läkarna berättade att han försökt få till stånd en diskussion med politiker angående just prioriteringsfrågor, men att han aldrig riktigt nått fram:

*Jag tror att det är för svårt och för obehagligt för många politiker. Och särskilt i valtider så är det fullständigt omöjligt. Det är ju tvärtom så att vartenda riksdagsparti har bevakat vårdgarantin, som ju är helt oförenlig med kostnadskontroll. (L 3)*

Samma informant menade dock att det är nödvändigt att komma framåt i de här frågorna och i samarbetet mellan olika beslutsfattare för problemen kommer inte att bli mindre i framtiden:

*Jag tror att professionen måste göra väldigt mycket av det praktiska jobbet, men det är hemskt knepigt att man inte kommer igång med en diskussion mot väljarna om vad som kan göras och vad som kommer att kunna göras i relation till de möjligheter som finns. För hur mycket pengar vi än avsätter, så kommer det att bli en nödvändig diskussion inom kort. (L 3)*

Informanten uttrycker tydligt behovet av en vidgad samhällelig diskussion omkring vårdens resurser och dess behov av prioritering och fördelning och på vilka grunder detta skall ske:

*Det jag tycker är riktigt viktigt, det är att man tar en diskussion om det här och liksom försöker komma framåt, för det är oundvikligt. Det måste till och den måste ut i samhället, den här diskussionen [om prioriteringar] också, för den måste ju vara förankrad i befolkningen. (L 3)*

En av de intervjuade sjuksköterskorna visade prov på misstro gentemot andra kategorier personal, inom och utom den kliniska verksamheten. Inom sin egen organisation är hon kritisk mot sina överordnade, som hon menar inte lyssnar till personalen:

*Jag har sett många olika chefer och det verkar som att de måste visa sig duktiga uppåt i hierarkin. /---/ Man lyssnar inte på oss. /---/ De lyssnar på de ekonomiska kraven som kommer uppifrån, de lyssnar på att det inte finns resurser, men de vill inte se hur den verkliga situationen är. (Ssk 1)*

Därmed menar denna informant att det främst är ekonomin som styr, inte etiska värderingar av den typ som återspeglas i prioriteringspropositionen:

*Jättemycket ekonomi är det! /---/ Där jag, och många med mig, tycker att de prioriterar fel. (Ssk 1)*

Samma informant menar också att det finns en olycklig motsättning mellan patienternas behov och personalens. Hon menar att om man vill patienternas bästa – och patienten är ju ofta i centrum av vårdetiska diskussioner – så måste man också ta hand om den personal som är satt att ta till vara patienternas behov och intressen. Dessa två intressen hänger nära samman och är beroende av varandra:

*Ofta förut så fick man inte prata om personalens bästa. Då skulle man hålla tyst. Det var bara för patientens bästa, allting. Och då tycker jag, att då förstod man inte att det är för patienternas bästa om vi pratar även om personalens*

*bästa. För de människor som vill vårda sjuka människor och hjälpa upp deras situation, dem måste man lyssna på, så att de orkar jobba. (Ssk 1)*

Anledningen till att detta problem inte tas på allvar, menar informanten, är okunskap hos de politiker som har att fatta beslut om sjukvårdens organisering och resurstilldelning om de verkliga villkoren ute på avdelningarna. Återigen speglas här både misstro och motsättningar mellan olika personalkategorier:

*Det är för att det är så toppstyrt. Till och med läkare i ledande ställning har ju sagt att "vi har inget att säga till om". Nu är det politikerna som måste skjuta till mera pengar. (Ssk 1)*

En av läkarna menade dock att sjukvårdspersonalen inte kunde skjuta ifrån sig ansvaret till politikerna:

*Anledningen först till att jag kanske är mer engagerad än många andra, är att det handlar om ansvar. Jag tycker att vi har mycket resurser och då måste vi ta ansvar för de resurserna. Vi kan liksom inte säga att "det här får politikerna bestämma" utan det är vi inom professionen, tycker jag, som måste ta ansvar för att vi använder våra resurser på rätt sätt och till bra saker. (L 2)*

Senare i intervjun blev samma informant emellertid mer kritisk till politikernas prioriteringsbeslut:

*Men en sådan där sak som jag tycker att politiker kanske felprioriterar, det är väl det här med att väntetider vid akutmottagningen är någonting som man skall jobba så hårt med. /---/ Om det skall ställas mot omhändertagandet av kroniskt sjuka. Det är en sådan sak som jag har tänkt på. Det är en stor väljargrupp då, de här som söker på akutmottagningen, och att man då gör en felprioritering för att man tror att man tillfredsställer de stora väljargrupperna. /---/ När det gäller det politiska systemet så riskerar naturligtvis små patientgrupper att hamna i kläm. (L 2)*

Som citerats i föregående kapitel uppehöll sig en av informanterna mycket kring frågan om vak för döende och kritiserade starkt hur man prioriterat i denna fråga och hur det drabbat inte minst de äldre. Hon menade också att detta visade att olika personalkategorier, i detta fall politiska beslutsfattare och vårdgivare, inte i tillräckligt hög grad har kunskap om varandras verklighet:

*Och det tycker jag egentligen är nog det allra, allra svåraste, för när jag började inom vården så hade man alltid vak till dem som var döende. Det har man inte numera. Det är någonting man har sparat in på för många år sedan. /---/ Och för oss som hamnar i den konkreta situationen blir det en fruktansvärt svår prioritering. (Usk 1)*

Om misstron gentemot politiker och sjukhusledning var stor trycktes desto mer i några av intervjuerna på samarbetet inom den egna kliniken. Det framhölls som avgörande för möjligheten att kunna ge en etiskt acceptabel vård:

*Den viktigaste faktorn, tror jag, är att man kan lita på varandra i arbetslaget. /--  
-/ Det finns liksom uppdelningar på papperet [beträffande vad sjuksköterskor  
respektive undersköterskor skall göra] och följer man den uppdelningen, då  
funkar det inte. Men hjälps man åt så funkar det. /---/ Det krävs att man hjälps  
åt. /---/ Dels är det ett samarbete, det är det viktigaste. Det allra viktigaste. Och  
sedan får man ju klura till det lite! (Usk 1)*

#### **5.4 Motsättningar mellan olika riktlinjer för verksamheten**

Några av de intervjuade läkarna uppehöll sig vid att det, som de ser det, finns ett stort problem inom vården i form av att politiskt beslutade riktlinjer inte är förenliga med varandra. Främst framhöll man spänningen mellan prioriterad, garanterad och valfri vård:

*Vårdgaranti och valfrihet är ju egentligen väldigt bra och positivt, under  
förutsättning att det finns obegränsade resurser. Men det finns det inte. (L 3)*

En annan av informanterna utvecklade framför allt motsättningen mellan riktlinjerna för prioriteringar och valfrihetsreformen, vilken innebär att patienter har rätt att fritt välja vårdcentral och sjukhus, även utanför det egna länet, och att läkare bör informera patienterna om denna rättighet:

*I: Du pratade om ett "Janusansikte", att det här med prioriteringar är en  
riktlinje som du har att stödja dig på, men att det finns andra reformer som  
egentligen går emot den?*

*L: Ja, det är ju valfriheten. /---/ Jag sticker väl ut hakan enormt om jag säger att  
det här är en politisk fråga. Ingen är intresserad av att få den genomförd! Alla  
obstruerar!*

*I: Av läkarna, menar du, är ingen intresserad?*

*L: Nej, inte i övrigt heller. Ingen är intresserad av att genomföra valfriheten! (L  
4)*

Under samtalets gång förklarade informanten hur valfrihet, som på ett sätt enligt honom var en behjärtansvärd reform, kunde slå mot de svaga patientgrupperna, vilka är just de prioriteringsriktlinjerna försöker värna om:

*Som jag ser det, så är ju valfriheten ett jättesvårt politiskt beslut, därför att det  
bygger på att man vill öka resursutnyttjandet inom den sjukvård som faktiskt  
finns. Det står i lagen att tillgängligheten ska vara lika och allt det där, och då  
ska man alltså ha en chans, även om man bor på ett ställe där det är långa  
väntelistor. /---/ Alltså, anledningen att ha det, är att det på något sätt ska skapa*

*konkurrens. Man ska inte få ha sjukhus som är ineffektiva. Patienter ska slippa stå i kö på ineffektiva, stalinistiskt drivna, gamla, fyrkantiga sjukhus. Det ger en typ av konkurrensutsättning av vården och till att börja med vill man konkurrensutsätta den över landstingsgränserna. /---/ Så det är ju inte det goda i tanken som är problemet, utan det är ju baksidan som den får. Och baksidan är alltså att personer som är mindre prioriterade kommer fram och inte de som är allra svårast sjuka. (L 4)*

Denne läkare menade att detta, att de mindre prioriterade som har möjlighet att tala för sig och driva sina egna intressen med hjälp av valfrihetsreformen kan gå före i kön och tränga ut de svårast sjuka, som enligt prioriteringsriktlinjerna borde tas om hand först, i så hög grad strider mot den grundläggande medicinska etiken att professionen själv borde reagera:

*Och det är det som gör att jag tycker att det är ur professionell synpunkt man ska reagera. Hela vården går ut på, ända från de grundläggande etiska värderingarna, att det är de svårast sjuka som man ska ägna sig mest åt. Inte de som står och gapar och skriker att de har amalgamsjuka eller någonting annat. Det är de tysta man ska ägna sig åt. Och det tog man ju upp väldigt mycket i utredningen. Ordföranden drev väldigt hårt det här begreppet "nedsatt autonomi". Och nedsatt autonomi är inte bara att man måste ha hjälp att gå på toaletten, utan det är att man överhuvudtaget inte har mål i mun. Av kroppsliga eller själsliga eller sociala eller vilka skäl som helst. Kulturella. Inte mål i mun. Och hela valfrihetsregelverket prioriterar ned dem! Och det finns ingen... De har ingen advokat som för deras talan. Den enda advokat de har bör ju vara den moraliske vårdgivaren. Någorlunda. Och de här patienterna som ligger hemma och har trycksår eller är tysta för att de är psykiskt sjuka, de har ingen som gormar för sig. (L 4)*

Denne informant levererar alltså skarp kritik mot valfrihetsreformen, just för att den gör att läkarna, om de skulle följa den och verkligen informera patienterna om möjligheten att gå någon annanstans, inte kan uppfylla de etiska kraven på att se till de svagaste som den etiska plattformen för prioriteringsriktlinjerna slagit fast och som man uppenbarligen anser ligger mer i linje med den klassiska läkaretiken. Även om läkarna skulle informera svaga patienter om möjligheten så har dessa inte tillräcklig autonomi för att dra nytta av valfrihetsreformen. Den förutsätter på något sätt att man har goda resurser i form av att kunna tala för sin sak. Andra läns sjukhus tar patienter som kommer på remiss på grund av valfrihetsreformen, men kan då samtidigt bryta prioriteringsordningen där, enligt den etiska plattformen. Samtidigt drabbas även det "egna" länets sjukvård:

*Alltså, i realiteten är det ju vi i vårt län som betalar för det här. /---/ Och då, endera har man de facto betalat det här utöver andra kostnader eller så hade någon annan kunnat få vård för pengarna. (L 4)*

På frågan om vad man då skall göra åt de här problemen svarar informanten:

*Jag tycker att man nu ska våga utreda valfriheten. Och man ska våga ifrågasätta varför inte prioriteringsutredningens värderingar tränger igenom bättre. (L 4)*

Den sista frågeställningen som informanten här nämner är delvis den som denna undersökning söker ge svar på. Hittills har resultaten visat att riktlinjerna som råder idag är så allmänna att verksamheten inte ”märkte” när de lagfästes, samt att kunskapen om riktlinjerna är dålig bland de intervjuade. Samtidigt visar resultaten att det finns informanter som *vill* göra rätt, d.v.s. som känner till riktlinjerna och sympatiserar med dem, men som menar att de hindras av både ekonomiska och organisatoriska orsaker att följa dem. Frågan som då reses är om personalen upplever detta som en stressfaktor i sitt arbete.

### **5.5 Etiskt betingad stress och arbetets organisering**

Tidigare studier har visat att moraliskt krävande situationer kan framkalla stressreaktioner hos vårdpersonal. Förekomsten av etiskt betingad stress – ofta kallad ”moralisk stress” – har belagts främst hos sjuksköterskor.<sup>81</sup> En svensk studie har visat att moralisk stress finns hos även andra yrkeskategorier i vården, t.ex. läkare, undersköterskor och apotekspersonal, samt att den i hög grad går att koppla till just ökade krav på vårdetiska prioriteringar för personalen.<sup>82</sup> En väl etablerad definition av moralisk stress säger att den består av negativa stresssymtom som uppkommer vid ett etiskt dilemma där vårdgivaren gjort en bedömning och kommit fram till vad som bör göras i den aktuella situationen, men förhindras att realisera sitt etiska beslut av ekonomiska eller organisatoriska faktorer.<sup>83</sup>

En av sjuksköterskorna beskriver en situation som mycket väl kan tolkas som en form av moralisk stress. Hon utgår från en berättelse om hur gamla patienter behandlats under semestertider på sjukhuset:

*I somras så fick de inte hjälp med hygien som jag tycker skulle vara ett minimum. /---/ Man försöker sätta lite skygglappar på. /---/ Man vet att man gör så gott man kan och man vet att man prioriterar ur en sjuksköterskas synvinkel, men man känner sig ju inte nöjd med vården totalt sett. Och man känner inte att vårdenhetscheferna lyssnar tillräckligt mycket på personalen på golvet och värnar om patienterna och vården som är där på golvet. (Ssk 1)*

---

<sup>81</sup> Detta har påvisats av bl.a. Jameton 1993 och Wilkinsson 1989.

<sup>82</sup> Kälvemark/Höglund et al. 2003. Andra svenska studier har belagt moralisk stress på t.ex. företag och skolor. Se Brytting 2001.

<sup>83</sup> Raines 2000, s. 30.

Samma informant menar också att denna stress och frustration, kopplad till en övertygelse om att man inte förmår ge den vård man anser vara etiskt befogad, leder till att personalen blir utbränd och slutar:

*En del tycker ju att det är meningslöst. Och sedan så går de vidare till annan verksamhet eller till vidareutbildning. Och förmodligen så säger de inte att "jag slutar här för jag trivs inte" eller "det är för tungt" ... utan man tackar för sig och så gör man någonting annat. Men när jag frågar dem – som har sett många passera – då är det ju "ja, det är ju för arbetssituationen, var det inte så här tungt så skulle jag vara kvar." (Ssk 1)*

En annan av sjuksköterskorna beskriver en situation med ständiga överbeläggningar och platsbrister. Att situationen ser ut som den gör hänför hon delvis till den demografiska utvecklingen:

*Därför att det är så många gamlingar nu, mer och mer och som ökar. Och sedan har vi ju för få platser, det har vi ju, för man drar ju ned platser för att man kanske har sjuksköterskebrist, till exempel. /---/ Det blir farligt för patienten och det blir mer Lex Maria-ärenden. (Ssk 3)*

Denna informant visar dessutom tydligt att hon ser ett samband mellan patienternas väl och ve och personalens arbetsmiljö och möjligheter att göra ett bra jobb:

*Vi har haft en otroligt driftig föreståndare, så hon har ju stått på vår sida, verkligen, och sagt att nu tar ni inte in någon mer – och det gör ju alla andra för att man är så snäll – men, som sagt, man stjälp sig själv genom att inte visa platsantalet. /---/ Hon tänker för våran skull. Har vi sex patienter, då kanske man måste ha två patienter till och det har vi ju inte kapacitet till, hur man än prioriterar. (Ssk 2)*

I många fall måste man uppenbarligen bryta både med skyddsregler på arbetsplatsen och med normer för god yrkesetik genom de många överbeläggningarna som informanterna vittnar om. Resultaten tyder på att personalen ofta inte känner att de har makt och möjlighet att styra utvecklingen åt ett annat håll:

*Vad skall man göra? Vi måste ju ta emot patienterna. De måste ju få komma. (Usk 2)*

En strategi som nämndes för att försöka minska etiskt betingad stress var att slå larm om orimliga förhållanden, som t.ex. för många patienter och för lite personal, överbeläggningar eller för lite tid till varje patient:

*Jag gick till avdelningsföreståndaren och sade, att det kommer att bli ett anmälningsfall, det är bara en tidsfråga. (Ssk 3)*

## 5.6 Forum för etikdiskussioner

Mycket tyder alltså på att det finns organisatoriska hinder för informanterna då det gäller förverkligandet av prioriteringar som man menar speglar en god yrkesetik. Utöver individuella strategier för att bemästra problemen (s.k. coping-strategier) av den typ som beskrivits i citatet ovan, skulle man emellertid kunna tänka sig att arbetet organiserades för att möta de etiska kraven i arbetet bättre. En sådan organisation skulle kunna kännetecknas av att man på sin arbetsplats har möjlighet att diskutera etiska frågor, som t.ex. prioriteringar mellan patienter, med kollegor och på så vis upprätthålla och utveckla den egna och gemensamma etiska kompetensen.

I samtalen med informanterna framkom att etikdiskussioner förekommer på klinikerna, om än ej på regelbunden basis. Främst hade man erfarenhet av det efter särskilt svåra patientfall och då möttes de som varit direkt involverade i fallet. Däremot var det ovanligt med mer organiserade former för etiksamtal. En av läkarna talade om hur hon känner en oro för att fatta svåra beslut ibland och att hon befärad att ”vi håller på att sakta flytta gränserna framåt”. Trots det, menar hon att man inte diskuterar etiska frågor särskilt mycket, kollegor emellan:

*Jo, men vi diskuterar ju inte det här att jag kanske är lite orolig och det är säkert de andra också på precis samma sätt, att det skall bli en glidning, så att säga. Men däremot så diskuterar vi naturligtvis platsbristen och det här väldigt mycket. /---/ Vi diskuterar väldigt mycket hur man skall ändra de faktiska förhållandena. /---/ Men att det känns jobbigt, nej, så diskuterar vi inte och kanske inte det här med prioriteringar heller. (L 1)*

Att det inte är några regelbundna träffar det handlar om framgår tydligt:

*Vi har regelbundna möten inom kliniken där vi tar upp olika ämnen och någon gång ibland har vi diskuterat sådana här ämnen, men det är mycket sällan. Det här är någonting som man nog diskuterar med kollegor. Men man diskuterar det med ett utvalt litet... ja, några stycken... som man har en värdegemenskap med. (L 1)*

Denna informant betonar alltså tryggheten med några få kollegor som man litat på och delar värderingar med för att etiksamtalen skall fungera. Därför tror hon att det kan vara svårt med uppifrån organiserade möten omkring dessa svåra frågor:

*Jag tror inte man kan tvinga in människor, som ändå inte är intresserade i att diskutera sådana frågor. Det blir bara en ilsken, fientlig tystnad. (L 1)*



Däremot tror denna informant på en organisation som ger möjlighet till samtal efter särskilt svåra händelser, till skillnad från forum på en mer regelbunden basis:

*Men när det händer saker och ting, då kan det ju hända riktigt otrevliga saker, riktigt eländiga. Och då är det ju väldigt noga med personalen, att de skall få möjlighet att gå igenom det här, prata igenom det efteråt, och då är det ju nästan alltid väldigt bra om doktorn är med. (L 1)*

Samtidigt är hon kritisk till att läkarna inte har någonstans att gå med sina problem:

*Men doktorn får ofta inte den hjälpen, utan förväntas hantera det här som en "karl". (L 1)*

En annan av läkarna svarar så här på frågan om man har några organiserade former för etikdiskussioner, där man t.ex. kan ta upp svåra prioriteringsbeslut:

*Nej, vi försöker gno på och lösa problemen den vägen. /---/ Jobba på. /---/ Jag tror att många funderar och man diskuterar det här en hel del internt, men vi har liksom inget forum för den här typen av problem./---/ Det är klart man skulle behöva det, men trycket är ju så stort på verksamheten att producera, så att det är svårt att avsätta tid. (L 3)*

Att det är en fråga om tid, och därmed om resurser, framkommer även senare i intervjun:

*Vi har ju så svårt att komma ifrån på dagarna. Så det är väl främst det. Jag tror intresset är stort, men det är väldigt svårt att gå ifrån vårt arbete. (L 3)*

Här kan man alltså säga att personalen har gjort en ganska klar prioritering, i det att man valt bort att lägga tid på etiska reflektioner omkring prioriteringsbesluten. Denna informant gav emellertid förslag på hur etisksamtalen skulle kunna organiseras bättre. Han menar att man bör ha diskussionerna i samband med andra avdelningsmöten för personalen, inte utöver dem inrätta nya forum, för det skulle det inte finnas tid till:

*Ja, mer att man hade det som diskussioner på avdelningarna då, på avdelningsmöten och så. För det brukar vi ju ha, i den lilla gruppen. /---/ Jag tror det går ganska bra ändå. Ibland kan man ju behöva vidga perspektivet om just vårt bekymmer, prata mer principiellt, men det tror jag är ett rätt hyggligt forum ändå. (L 3)*

En av läkarna var bekant med s.k. etikronder, en form av organiserade gruppsamtal om etik utifrån ett autentiskt patientfall, under ledning av en moderator. Vid dessa tillfällen kan representanter från alla personalkategorier

vara med och diskutera utifrån sina specifika erfarenheter. Det åligger moderatorn att försöka överbrygga hierarkierna i gruppen och värna att det är argumentets kraft, inte vem som säger det, som är avgörande i samtalet.<sup>84</sup>

Läkaren i fråga menade att just detta med mötet mellan olika personalkategorier var värdefullt i etikronderna. Samtidigt visar han i sin berättelse hur han på sitt eget sätt strävat efter att överbrygga motsättningar och hierarkier mellan olika personalgrupper:

*Jag tycker att den stora nyttan med etikronder har varit att man har gjort klart i hela personalstyrkan att det här är inga frågor som vi doktorer vet hur man skall göra i, utan det är öppna frågor som vi måste diskutera och där allas egna livserfarenheter är värdefulla. /---/ De har varit mycket uppskattade och väldigt välbesökta. /---/ Jag har då alltid i de här etikronderna försökt att inte få med doktorer så mycket - just för att vi ofta är ganska verbala och oblyga för att yttra oss och så - för att kanske göra det lättare då för sköterskor och undersköterskor att yttra sig. (L 2)*

Den enda informant som provat på organiserade etikdiskussioner är alltså positiv till dem och menar att hans kollegor också varit det. De informanter som inte provat på denna form av etisk kompetensutveckling uttrycker dock tveksamhet till om den verkligen behövs.

Sammanfattningsvis visar intervjuerna att informanterna upplever problem och hinder för att förverkliga de etiska ideal som prioriteringsriktlinjerna representerar. Främst gäller det snäva ekonomiska ramar, misstro mellan vårdgivare och politiker och motstridiga riktlinjer för verksamheten, inte minst spänningen mellan prioriteringsriktlinjerna och valfrihetsreformen.

Resultaten visar dessutom att informanterna själva ser det som att etisk kompetens att fatta goda prioriteringsbeslut växer fram genom erfarenhet och i samarbete med mer erfarna kollegor. Däremot verkar kunnandet i liten grad vara kopplat till kännedom om och hänvisningar till etiska riktlinjer för prioriteringar. Samtidigt visar berättelserna att den etiska kompetensen inte upprätthålls med stöd av arbetsorganisationen. Några etikdiskussioner omkring svåra prioriteringsbeslut på regelbunden basis förekommer nästan inte alls. Till viss del finns belägg för att detta också leder till en form av moralisk stress hos informanterna. De eftersträvar ett handlande som i stort överensstämmer med både människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen, men beskriver också hur det finns organisatoriska hinder för att förverkliga dessa etiska ideal.

---

<sup>84</sup> För en utförligare beskrivning av etikronder, se Hansson 2002.

## 6. DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Syftet med studien var att undersöka vilka praktiska konsekvenser de nationellt beslutade etiska riktlinjerna för prioriteringar inom vården fått på klinisk nivå. Genom den kvalitativa metoden med några få längre och djupare intervjuer var målet att få fram en karta över olika personalkategoriernas resonemang då det gällde vilka prioriteringsbeslut man fattar och på vilka grunder. Ett viktigt syfte var dessutom att undersöka huruvida informanterna kände till de etiska riktlinjerna för prioriteringar i vården och hur de i så fall såg på dem. En aspekt av detta var också att klargöra om de delade och förverkligade plattformens ambition att inte prioritera enbart på basis av kronologisk ålder. Jag skall i detta avslutande kapitel redovisa vilka svar resultaten i undersökningen givit på dessa frågor.

### **6.1 Vilka återverkningar har den nationella etiska plattformen för prioriteringar fått på klinisk nivå?**

Denna forskningsfråga kan i sin tur delas in i ytterligare några underavdelningar. För det första vilken typ av prioriteringsbeslut olika personalkategorier har erfarenhet av och därmed vad prioriteringar innebär för dem. För det andra gäller det om informanterna känner till några riktlinjer för prioriteringar och för det tredje hur de ser på riktlinjer i allmänhet och prioriteringsriktlinjerna i synnerhet. Jag skall kort kommentera var och en av dessa tre frågeställningar.

#### *Erfarenheter av prioriteringar och innebörden i begreppet*

Resultaten visar att alla de intervjuade personalkategorierna fattar prioriteringsbeslut. Prioriteringar i sjukvården har ofta diskuterats utifrån läkarperspektivet. Då läkare har det medicinska ansvaret i många beslut kan detta ha sin giltighet, men det är viktigt att uppmärksamma att även sjuksköterskor och undersköterskor ständigt måste prioritera i sin vardag.

Det förelåg ingen stor skillnad i materialet när det gällde förståelsen av vad en prioritering är; undersköterskor hade en lika klar bild som läkare och sjuksköterskor av att alla val man gör inte är prioriteringar. Här verkar deras förståelse stämma bra överens med den begreppsdefinition som presenterades i inledningskapitlet, baserad på Per-Erik Liss' framställning. Representanter för samtliga intervjuade personalkategorier räknar det som en prioritering när patienterna har olika, men stora, behov och när personal av någon kategori, beroende på omständigheterna, måste bestämma vems behov som är störst. I överensstämmelse med den definition som givits i kapitel 1 beskriver informanterna hur de överväger olika alternativ och skapar en ordning mellan

dem. De beskriver dessutom hur rangordningen skapas utifrån ett visst prioriteringsobjekt eller kriterium, nämligen patienternas medicinska behov.

En viktig följdfråga i anslutning till detta gäller om de etiska riktlinjer som finns för prioriteringar är formulerade på ett sådant sätt att de är applicerbara även på prioriteringar inom basal omvårdnad. Intervjuresultaten tyder på att så inte är fallet. Snarare visar resultaten att riktlinjerna speglar och är bäst tillämpbara på främst läkarvardagen. Framför allt undersköterskorna i studien har svårt att se att de prioriteringar de gör, mellan patienter och deras ringningar, skulle kunna formuleras i riktlinjer. Snarare förordar man ett slags fall-till-fall etik.

### *Kännedom om riktlinjerna*

Då det gäller denna fråga visar resultaten tydligt att kännedom om den etiska plattformen med sina tre principer, liksom om de olika prioriteringsgrupperna, främst finns bland läkarna. Såväl sjuksköterskor som undersköterskor i undersökningen svarar att de "aldrig hört talas om" att något sådant skulle finnas. När samtalet sedan går vidare säger visserligen både sjuksköterskor och undersköterskor att "ja, när du förklarar det så... den typen av regler finns ju, det känner man ju till". Men bilden är ändå ganska entydig. Det är, som en av läkarna uttrycker det, främst i de övre skikten (läkare och sjukhusledning) som man känner till utredningen och dess efterspel med riksdagsbeslut och nationella riktlinjer.

Samtidigt visar intervjusvaren att i stort så arbetar personalen i enlighet med riktlinjerna ändå. Detta är förmodligen ett utslag av att riktlinjerna i hög grad slår fast en rådande praxis. Såväl behov och solidaritet som allas lika värde var redan före 1997 etablerade som etiska riktlinjer inom svensk sjukvård. Som en av informanterna i studien uttrycker det: "Det är ju bara *common sense*. Egentligen har man bara lyft upp till ytan det som har varit i gytret." Att förslaget som sedan lagfästes inte innebar något egentligen nytt i den svenska sjukvården anges också i prioriteringspropositionen:

Denna etiska plattform innebär ingen ändring av den grundläggande inriktningen av svensk hälso- och sjukvård utan är snarare en förstärkning och fördjupning av den svenska hälso- och sjukvårdens grundtema, en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Principerna ansluter således nära till de värderingar och förhållanden som idag gäller inom hälso- och sjukvården.<sup>85</sup>

Som kommer att utvecklas vidare nedan är denna aspekt dock inte så entydig. Det finns mycket som tyder på att det främst är behovstänkandet som var

---

<sup>85</sup> Prop. 1996/97:60, s. 16.

väletablerat redan före 1997. En av principerna beskrivs relativt sällan av informanterna när man ber dem reflektera över vad som styr deras prioriteringsbeslut (kostnadseffektivitet) och ytterligare en har man problem med att förverkliga (människovärdesprincipen, i betydelsen att inte prioritera efter ålder).

### *Uppfattningar om riktlinjerna*

När det gäller denna fråga finns en viss splittring i resultaten. Samma informant kan å ena sidan hävda att riktlinjerna är för allmänna och därför inte till någon som helst hjälp i vardagen och å andra sidan säga att det är viktigt och bra att riktlinjerna finns (läkare 1). Ett sådant svar är mycket representativt, främst bland läkarna. Men även bland sjuksköterskorna framkommer uppfattningen att det är viktigt att något sätts på pränt så att inte den starkaste företrädaren får orättvist mycket resurser, samtidigt som man är allmänt skeptisk till nyttan med riktlinjer överhuvudtaget (sjuksköterska 1).

Att informanterna upplever det som positivt att de etiska principerna i utredningen satts på pränt måste emellertid inte nödvändigtvis tolkas som att de sluter upp bakom just dessa tre etiska principer. Det kan också tolkas som ett uttryck för en omsorg om att slå vakt om etiska ideal överhuvudtaget. Slutsatsen så här långt är alltså att det inte är så att informanterna menar att plattformen och dess etiska ideal ligger för långt ifrån rådande praxis; man uttrycker snarast den motsatta uppfattningen: att den reflekterar *för mycket* en redan rådande praxis.

Här vill jag emellertid understryka att informanterna i detta fall främst verkar syfta på de två första principerna i plattformen: människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen. Samtidigt finns här en otydlighet i vad informanterna egentligen lägger in i dessa begrepp. Då det gäller behovsprincipen tyder informanternas resonemang på att de delar utredningens och propositionens definition av behov: behov är relaterat till skadans/sjukdomens grad och ökar med nedsatt livskvalitet. Större diskrepans framstår om man ser på människovärdesprincipen. Å ena sidan hävdar informanterna i samtliga personalkategorier, helt i linje med den etiska plattformen, att var och en skall behandlas med den respekt som tillkommer varje människa. Människovärdet motiverar samma rättigheter för alla. Å andra sidan, vilket skall utvecklas ytterligare nedan, så verkar informanterna inte alltid definiera människovärdesprincipen såsom utredningen gjorde, nämligen att den skulle vara oförenlig med prioriteringar baserade på kronologisk ålder.

Det verkar alltså finnas en diskrepans mellan hur de officiella riktlinjerna definierar ett begrepp (människovärde) och hur informanterna själva ser på det. När det gäller kostnadseffektivitet är det svårt att utifrån materialet få fram hur informanterna förstår detta begrepp. De synpunkter omkring kostnader och

ekonomi som främst framkommer i intervjuerna är att man upplever sig som styrda av snäva ekonomiska ramar och att detta i viss mån förhindrar personalen att förverkliga sina etiska ideal. Någon av läkarna hänvisar dock till kostnadseffektivitet när det gäller val av insatser för äldre patienter. Denna informant förefaller då definiera kostnadseffektivitet i enlighet med riktlinjerna.

Då kännedomen om riktlinjerna är så låg i materialet och så starkt kopplad till yrkeskategori (främst läkare känner till dem) förefaller det som om den etiska plattformen inte fått särskilt stort genomslag eller givit några större konsekvenser i det praktiska vårdarbetet. De informanter som känner till riktlinjerna ger flera skäl till det, främst att riktlinjerna är för allmänna och att de är svåra att omsätta i praktiken. De har heller inte, som en av läkarna påpekar, fått vårdgivarna att stanna upp eller tänka om.

Trots den politiska ambitionen att sprida kunskap om riktlinjerna (t.ex. genom tillsättandet av Prioriteringsdelegationen) tyder mina resultat således på att personal inom sjukvården inte i någon högre grad känner till plattformen. Däremot arbetar man i riktlinjernas anda, vilket alltså torde bero på att principerna i hög grad speglar rådande praxis. Mot denna bakgrund kan man konstatera att man från politikernas och sjukhusledningars håll verkar ha försuttit chansen att använda utredningen för att lyfta upp frågorna på dagordningen och få igång en diskussion om de etiska grunderna för svensk sjukvårds prioriteringar.

Sammanfattningsvis tyder resultaten på att främst läkare och sjukhusledning känner till prioriteringsriktlinjerna, men att samtliga personalkategorier i sina resonemang omkring hur de fattar prioriteringsbeslut verkar arbeta utifrån både människovärdes- och behovsprincipen. Då det gäller skillnaden i kännedom om etiska riktlinjer för prioriteringar mellan olika personalgrupper pekar mina resultat framåt mot behovet av ytterligare studier beträffande omfånget av detta förhållande samt undersökningar om relationen mellan etisk praxis och t.ex. genus och yrkesutbildning.

## **6.2 Hur ser informanterna på åldersbaserade prioriteringar?**

Hittills har konstaterats att informanterna både implicit och ibland även explicit hänvisar till människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen och verkar arbeta efter dem, oavsett om de känner till utredningen eller inte. Går man vidare i materialet kan man dock konstatera att informanterna får svårare att upprätthålla detta etiska resonemang när samtalet förs in på patientens ålder.

Det finns mycket få exempel i materialet på att informanterna har en negativ syn på äldre och åldrande. Snarare visar resultaten på det motsatta: en sköterska säger t.ex. att de gamla är fantastiska och jämför dem i positiva ordalag med människor födda på 1960- och -70-talet. Trots detta menar samma sköterska att man, om resurserna tryter, ändå skulle satsa på den yngre. Vad kan detta bero på? En tolkning kan vara att sjuksköterskan *tror* att det finns negativa uppfattningar om äldre i samhället och inom sjukvården, även om hon inte delar dem själv, och att ”man” därför skulle göra den typen av prioriteringar inom sjukvården. En av undersköterskorna uttrycker dessutom öppet att hon tror att läkare gör skillnad på patienter beroende på ålder, men inte sjuksköterskor och undersköterskor.

En annan tolkning kan utgå från det som en av de intervjuade läkarna säger, nämligen att prioriteringar baserade på kronologisk ålder förekommer och att personalen menar att det också kan rättfärdigas etiskt. Det är alltså på denna punkt det visar sig att informanterna inte helt delar tolkningen och definitionen av människovärdesprincipen med den som riktlinjerna bygger på. Det etiska rättfärdigande man hänvisar till i detta fall är ett rättviseresonemang. Som en läkare uttrycker det: ”Det är inte rättvist att bara få leva i 50 år”.

Som utvecklats i inledningskapitlet diskuteras rättvisa i samband med vårdprioriteringar främst i anslutning till behovs- och solidaritetsprincipen. I informanternas utsagor om ålder framkommer emellertid ytterligare en förståelse av rättvisa. När det gäller distributiv rättvisa omfattar informanterna uppfattningen att en rättvis fördelning styrs av behov, i detta fall förstått som medicinska behov, relaterade till livskvalitetsbegreppet. Men i diskussionen om rätten att få leva ett normallångt liv blir synen på rättvisa något annorlunda. Här finns snarare ett likhetstänkande: alla skall ha samma rätt att leva ett liv som är normallångt för arten människa och sjukvården skall, när så är möjligt, stödja förverkligandet av detta ideal.

En sådan syn på rättvisa har fått en teoretisk utveckling av filosofen Daniel Callahan. I hans mycket omdebatterade bok *Setting Limits* från 1987 argumenterar han för att använda ålder som kriterium för beslut om hur vårdens resurser skall användas.<sup>86</sup> Hans resonemang byggs upp kring argumentet att vi skall sträva efter, inte att undvika döden och sätta liv i sig självt som ett egenvärde, men efter att nå den ”tolerabla döden”, vilket han definierar som en död som inte inträffar i förtid. En sådan acceptabel död infaller efter att vi som människor uppnått vad Callahan kallar ”a natural life span”, alltså ett naturligt livslopp. Detta mål uppnås genom att de välgrundade önskningar och ambitioner en människa kan tänkas ha i sitt liv är uppfyllda, vilket oftast, enligt Callahan,

---

<sup>86</sup> Callahan 1987.

infaller i slutet av 70- eller början av 80-årsåldern. Om en människa fullföljt sitt naturliga livslopp finns det inga skäl, varken ekonomiska, medicinska eller etiska, för sjukvården att använda resurser i syfte att förlänga livet; endast palliativa insatser är befogade. Det centrala etiska kravet blir att minska lidandet, inte att till varje pris rädda och förlänga livet.<sup>87</sup>

Ingen av informanterna i studien går så här långt i sina resonemang, men det kan ändå vara av intresse att lyfta fram Callahans teori, om inte annat så för att väcka tanken kring hur långt ett rättviseresonemang i anslutning till levnadsår kan föra om det dras till sin spets. Till informanternas försvar kan anföras att de inte omfattar den typ av konsekventa resonemang som Callahan lägger fram. Återigen vill jag understryka informanternas kritik av regler och deras skepsis inför etiska riktlinjer (det gäller t.ex. för läkare 2 som ifrågasätter om det finns *någon* människa som är mäktig att formulera bra riktlinjer för svåra etiska frågor och för sjuksköterska 3 som uttryckligen talar om att alla är unika och individuella och att man därför måste ta besluten från fall till fall). Det innebär att även om informanterna hävdar att det *kan* vara etiskt legitimt att åberopa ålder vid prioriteringar, baserat på uppfattningen att det är orättvist att alla inte får leva ett normallångt liv och att sjukvården bör försöka hämma den orättvisan, så vill de därav inte dra slutsatsen att man därför bör handla så i *alla* motsvarande situationer. Man omfattar därmed en situationsetik, snarare än en regeletik, där man i den aktuella situationen kan väga in faktorer som kostnadseffektivitet och fysiologisk status.

Ytterligare en fråga i undersökningen är hur informanterna själva ser på gruppen äldre. Tänker man sig till exempel äldre som en grupp och ser man i så fall denna som en hetero- eller homogen grupp? Som redovisats i kapitel 4 svarar informanterna spontant utifrån kronologisk ålder när de först tillfrågas om vad en äldre människa är. När samtalet går vidare preciserar man sig och går mer och mer över till att tala om den fysiologiska åldern. Parallellt med detta visar det sig att informanterna även verkar tänka sig äldre som en grupp när de talar om kronologisk ålder, och att de även tenderar att se den som en relativt homogen grupp. När de går över till att tala om fysiologisk ålder, påverkas emellertid även deras syn på gruppen äldre: den förefaller då betraktas som mer heterogen och kanske går man också över till ett mer individbaserat synsätt, snarare än ett grupp tänkande.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att samtliga informanter i stort sett omfattar likhets- och behovstänkandet i överensstämmelse med den etiska plattformen i ett första steg, men att de när de går vidare och relaterar detta till ålder verkar anse att ålder *kan* vara en relevant aspekt vid prioriteringar mellan

---

<sup>87</sup> Ibid.



patienter. Detta rättfärdigar de bl.a. med hänvisning till ett rättviseresonemang. Informanterna verkar inledningsvis se äldre som en homogen grupp, baserat på kronologisk ålder, men går i fördjupade resonemang över till att se äldre som en heterogen samling individer baserat på fysiologisk ålder.

Informanterna har inte en direkt negativ syn på äldre, men verkar tro att det finns negativa bilder av äldre och åldrande i samhället. Detta vill de emellertid distansera sig ifrån, vilket uttrycks särskilt tydligt av undersköterskor och sjuksköterskor. Samtidigt uttrycker representanter för just dessa personalkategorier att de tycker sig se att läkare ibland prioriterar efter ålder – något som också till viss del beläggs av läkarna själva i undersökningen. Huruvida detta är representativt för hela kåren kräver ytterligare kvantitativa studier.

### **6.3 Vilka problem ser informanterna med prioriteringar i vården?**

Resultaten tyder på att ett problem som lyfts fram i intervjuerna, främst av läkare, är att man upplever en spänning mellan prioriterad och garanterad vård samt mellan prioriteringsdirektiven och valfrihetslagen. Jag har tidigare hävdats att det finns en viss skepsis gentemot etiska principer och fastslagna riktlinjer överlag i materialet. Informanterna verkar förorda en situationsbaserad etik, där varje fall bedöms för sig utifrån den aktuella situationen. Men samtidigt återfinns alltså i materialet exempel på läkare som, trots viss kritik mot prioriteringsutredningen, ändå framhåller det goda i riktlinjerna och uttrycker kritik mot att det senare kommit andra riktlinjer som delvis går emot dem.

Det man främst kritiserar är att valfrihetsreformen kan leda till att starkare patienter, med god autonomi och förmåga att föra sin egen talan, går före svagare patientgrupper med nedsatt autonomi. Därmed bryts prioriteringsordningen som anges av den etiska plattformen: att den som har störst behov av vård skall behandlas först. Detta upplever informanterna som oförenligt med en god och eftersträvansvärd medicinsk etik. Resultaten av min studie tyder på att läkare till och med avstår från att informera patienter om deras valfrihetsrättigheter på grund av att de inte omfattar de etiska ideal som den reformen bygger på. Detta beror på att de i hög grad sympatiserar med prioriteringsriktlinjerna, främst i det att man omfattar människovärdes- och behovs/solidaritetsprincipen.

På frågan om hur de upplevda motsättningarna mellan valfrihetsreformen och prioriteringsriktlinjerna bör överbryggas svarar en läkare att han inte ser det som en lösning att sätta till en ny prioriteringsutredning. Han menar att vi måste utgå från att det är den etiska plattformens riktlinjer som gäller nu och dessutom

menar han att ”man tappar tempo” om man hela tiden tillsätter och väntar på resultaten av nya utredningar. Däremot menar han att det finns behov av en utvärdering av valfrihetsreformen. Han menar att man måste utgå från att det som är beslutat beträffande prioriteringsordningen skall gälla och att man snarare borde arbeta på att få ut prioriteringsriktlinjernas värderingar i vården mer allmänt.

Motsättningen mellan prioriterad, garanterad och valfri vård kan också tolkas som ett exempel på den misstro som förefaller existera mellan olika grupper inom sjukvården. Främst gäller det motsättningar och misstro mellan politiker och vårdgivare samt mellan personal och sjukhusledning. Några läkare berättar att de försökt få till stånd diskussioner med politiker när det gäller prioriteringsfrågor men menar att de inte lyckats med det. De upplever att politikerna skjuter ansvaret ifrån sig. Till viss del speglar materialet även en misstro mellan olika kategorier vårdgivare, främst mellan läkare och sjuksköterskor/undersköterskor, illustrerat av t.ex. sjuksköterskornas misstro mot att läkare kan klara av att uppfylla människovärdesprincipen och låta bli att prioritera utifrån ålder.

#### **6.4 Några tankar inför framtiden**

Den huvudsakliga slutsatsen man kan dra av min undersökning är att det finns en viss diskrepans mellan de nationella direktiven för vårdetiska prioriteringar och personalens moraliska praxis just när det gäller synen på åldersprioriteringar. I övrigt förefaller informanterna av olika kategorier praktisera de etiska principer riktlinjerna anger, vare sig de är bekanta med dem eller ej. Det verkar således finnas ett glapp mellan teori och praktik när det gäller vårdetik på klinisk nivå. Detta tydliggörs i det som jag benämnt ”tyst” moralisk kompetens hos personalen: vårdgivarna gör ofta ”rätt”, men kan inte riktigt förklara hur det går till eller varifrån kunskapen kommer. Det innebär emellertid också att det finns en risk att ibland handla ”fel” eftersom grundvalarna för handlandet inte är uttalade och klargjorda för alla parter.

Ytterligare en slutsats av min studie är därför att man inom svensk sjukvård behöver arbeta med att göra personalens tysta moraliska kompetens mera medveten och uttalad. Detta skulle även kunna påverka synen på och förekomsten av åldersprioriteringar. En sådan satsning skulle dels kunna innefatta ökad utbildning i etik, men dessutom och framför allt innebära att arbetsorganisationen sågs som en del i personalens etikutveckling. Etik är inte enbart ett individuellt fenomen; etisk kompetens har både individuella och strukturella aspekter. Givetvis är etisk kompetens till viss del något som den individuella arbetstagaren ansvarar för. I situationer där etiska krav upplevs som

stressande använder man sig dessutom ofta av individuella coping- (bemästrings-) strategier. Men etisk kompetens i vården är också en organisatorisk fråga. Arbetsplatsen måste struktureras så att den etiska kompetensen skapas och upprätthålls på en hög nivå.

För att uppnå detta krävs, som jag ser det, mer än nationellt fastslagna riktlinjer. Dessa når uppenbarligen inte ut till alla i vårdhierarkin. Resultaten av min undersökning tyder på ett behov av mer utbildning i etik samt forum för etiska diskussioner på arbetsplatsen, något som informanterna inte har mycket erfarenhet av. En sådan satsning skulle dessutom kunna minska den moraliska stressen bland vårdpersonal av olika kategorier.

Resultaten i studien tyder således på att etiska principer och rangordnade prioriteringsgrupper på nationell nivå måste kompletteras med ett arbete med sjukvårdens organisation, i syfte att den utformas så att institutionaliserade forum för etikdiskussioner och fortbildning i etik för personalen blir en del av den kliniska vardagen. Kanske pekar resultaten i denna undersökning på just behovet av nytänkande och omprövning – inte i motsats till utan *med utgångspunkt från* nuvarande riktlinjer. Likaså pekar analysen på behovet av att arbeta för ökad tillit mellan olika grupper inom sjukvården för att kunna arbeta konstruktivt med etiskt välgrundade prioriteringar.

Detta innebär att jag, med utgångspunkt i de resultat som min empiriska undersökning givit, menar att man måste se med en viss skepsis på nationella riktlinjers fokusering på etiska principer. Prioriteringspropositionen anger att de tror att en sådan modell är bäst skickad för svenska förhållanden. Den kan anpassas till vårdens utveckling och förändring, den ger tydliga mål att sträva emot men ger också utrymme till individuella behov.<sup>88</sup> Mina resultat tyder dock på att på klinisk nivå är detta inte en framkomlig väg. Här handlar det om personalens etiska kompetens och denna måste, som jag ser det, kopplas till organisationen på arbetsplatsen. Slutsatsen av min studie är att vad som behövs inom hälso- och sjukvården inte är fler etiska principer, men däremot förbättrade etiska stödstrukturer<sup>89</sup> ute på klinisk nivå – på sikt kanske också inom kommun och landsting, alltså på den politiskt-administrativa nivån.

## 6.5 Avslutning

Arbetet med prioriteringar inom hälso- och sjukvården i Skandinavien kan sägas ha genomgått två faser. Den första fasen utmärktes av tron på och sökandet efter

---

<sup>88</sup> Prop. 1996/97:60, s. 24.

<sup>89</sup> Detta begrepp används av Brytting et al. 1993.

ett rationellt system av regler eller principer för prioriteringar, vilket skulle hjälpa beslutsfattare på olika nivåer att finna legitima lösningar på prioriteringsproblemen. Den andra fasen har inneburit att tron på utarbetandet av ett enkelt regelsystem har övergivits. Istället koncentreras intresset idag kring *processen för prioriteringsbesluten*, dess utformning och genomskinlighet.<sup>90</sup>

Därmed har det etiska resonemanget förskjutits, från att ha varit dels regelstyrt, dels konsekvensinriktat (speglade de två huvudriktningarna inom etiken, deontologisk respektive teleologisk etik) till att fokusera på *proceduren* omkring hur viktiga etiska beslut tas liksom på uppbyggandet och tillvaratagandet av etisk kompetens hos vårdpersonal.

Prioriteringsutredningen speglar i viss mån vad som kan kallas fas ett, samtidigt som man betonar vikten av öppenhet och transparens i beslutsprocessen. Min studie och de förslag jag presenterar, baserade på resultaten i undersökningen, kan ses som en del i den andra fasen i prioriteringsarbetet. Genom att betona kontexten i vilken besluten fattas och formen för hur man resonerar omkring etiska beslut kan man säga att *proceduren* omkring prioriteringsbesluten står i centrum.

Resultaten i min undersökning tyder på att riktlinjerna för prioriteringar i vården är allmänna och vaga och därmed också svårtydda för vårdgivare på klinisk nivå, samt att det finns konflikter inbyggda mellan principerna om människovärde, behov och kostnadseffektivitet. För att kunna implementera principerna i praktiken krävs därför dels att personalen blir mer informerad om att riktlinjerna finns och vad de föreskriver, dels en ökad tydlighet och öppenhet i beslutsprocessen omkring prioriteringar. I teoretiska termer skulle en sådan utveckling kunna beskrivas som ett steg bort från en principbaserad etik och mot en kommunikativ etik eller diskursetik, där etiska ställningstaganden ses som resultatet av en dialog. Diskursetiken föreskriver öppenhet beträffande villkoren för den etiska dialogen, snarare än för principerna för handlandet i olika situationer. Mot denna teoretiska bakgrund blir det angeläget att arbeta för skapandet av arenor och procedurer för öppna prioriteringar i vården, i betydelsen öppenhet i processen och öppenhet i vilka prioriteringsbeslut man tar.

Det finns idag ett stort behov av långsiktighet i prioriteringsarbetet i vården, men även ett stort behov av arbete för att bygga upp företroendet mellan vårdens aktörer och dess avnämare. Vi måste sträva efter att etablera en samsyn mellan politiker, personal och patienter/medborgare om hur sjukvårdens problem skall lösas, och de måste lösas på ett sätt som gör att vi kan ta tillvara de svagaste

---

<sup>90</sup> Holm 1998, s. 1000-1002.

gruppernas intressen, de som har nedsatt autonomi och inte alltid kan föra sin egen talan. Denna strävan efter samsyn och ökat förtroende måste samtidigt göras med stor ödmjukhet inför de svårigheter som prioriteringsbeslut i vården trots allt alltid innebär. Min förhoppning är att den undersökning som presenterats i här, där några vårdgivares erfarenheter av vårdprioriteringar lyfts fram och analyserats i ljuset av etisk teori, i någon mån kan bidra till detta.

## REFERENSER

- Andersson, Lars, Minell, Marita 2002. Om synen på våra gamla och åldrandet. *Socialmedicinsk tidskrift* (2): 100-106.
- Beauchamp, Tom L., Childress, James F. 1994. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 4:e upplagan.
- Bennich-Björkman, Li. 2003. Tillit eller misstro: Relationen mellan politiker, den medicinska professionen och tjänstemännen under 1990-talet. Linköping: PrioriteringsCentrums rapportserie, under utgivning.
- Bexell, Göran, Grenholm, Carl-Henric. 1997. *Teologisk etik. En introduktion*. Stockholm: Verbum.
- Bond, John et al. 1993. *Ageing in Society. An Introduction to Social Gerontology*. London: SAGE Publications.
- Brytting, Tomas et al. 1993. *Moral i verksamhet. Ett etiskt perspektiv på företag och arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brytting, Tomas. 2001. *Att vara som Gud? Moralisk kompetens i arbetslivet*. Malmö: Liber.
- Callahan, Daniel. 1987. *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*. New York: Touchstone.
- Daniels, Norman. 1985. *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frankena, William. 1973. *Ethics*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs.
- Hammarström, Gunhild. 2003. Ekonomi och etik. Argumentering vid besparingar inom sjukvården i ljuset av Prioriteringsutredningen. Linköping: PrioriteringsCentrums rapportserie 2003:4.
- Hansson, Mats G. 2002. Imaginative Ethics. Bringing Ethical Practice into Sharper Relief. *Medicine, Health Care and Philosophy* 5(1):33-42.
- Hedenius, Ingemar. 1982. *Om människovärde. Essayer*. Stockholm: Bonniers.

Holm, Søren. 1998. Goodbye to the Simple Solutions: The Second Phase of Priority Setting in Health Care. *BMJ* 317: 1000-1002.

Holm, Søren. 2003. The Role of Moral Theory and Empirical Research in Applied Ethics. *Ethics and Public Policy. International Conference Reader. Utrecht, The Netherlands, 15-16 May 2003.*

<http://rixlex.riksdagen.se>.

Höglund, Anna T. 2001. Krig och kön. Feministisk etik och den moraliska bedömningen av militärt våld. *Uppsala Studies in Social Ethics* 26. *Acta Universitatis Upsaliensis*.

Jameton, Andrew. 1993. Dilemmas of Moral Distress: Moral Responsibility and Nursing Practice. *AWHONN's Clinical Issues* 4 (4) 542-551.

Kvale, Steinar. 1997. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kälvemark, Sofia, Höglund, Anna T. et al. 2003. Livning with Conflicts. Ethical Dilemmas and Moral Distress in the Health Care System. *Social Science and Medicine* (in press).

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

Marc-Wogau, Konrad. 1986. *Filosofisk uppslagsbok*. Lund: Bokförlaget Doxa AB.

Melin, Anders. 2003. Rättvisa prioriteringar inom hälso- och sjukvård – Etiska teorier och jämförelser med prioriteringsutredningens principer. Linköping: *PrioriteringsCentrums rapportserie* 2003:1.

Musschenga, Albert W. 2003. Empirical Ethics: Context-Sensitivity or Contextuality? *Ethics and Public Policy. International Conference Reader. Utrecht, The Netherlands, 15-16 May 2003.*

Möller, Göran. 1995. *Etikens landskap. Etik och kristen livstolkning*. Smedjebacken: Arena.

Nozick, Robert. 1974. *Anarchy, State, and Utopia*. Oxford: Blackwell Publishers.

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

Rachels, James. 1993. *The Elements of Moral Philosophy*. New York: McGraw-Hill, Inc.

Raines, M. L. 2000. Ethical Decision Making in Nurses. Relationships Among Moral Reasoning, Coping Style, and Ethics Stress. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation* 2 (1) 29-41.

Rawls, John. 1972. *A Theory of Justice*. Oxford: Oxford University Press.

Rorty, R. 1979. *Philosophy and the Mirror of Nature*. Princeton: Princeton University Press.

Sarvimäki, Anneli. 2002. Om åldrande, hälsa och livskvalitet. *Socialmedicinsk tidskrift* (1) 69-73.

Silfverberg, Gunilla. 1996. Att vara god eller att göra rätt? En studie i yrkesetik och praktik. Nora: Nya Doxa.

Silfverberg, Gunilla. 1999. *Praktisk klokhet. Om dialogens och dygdens betydelse för yrkesskicklighet och socialpolitik*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

SoS-rapport 1999:16. Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning.

SOU 1993:93. *Vårdens svåra val. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

SOU 1995:5. *Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen*.

SOU 1999:4. *God sed i forskningen. Slutbetänkande av kommittén om forskningsetik*.

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

Svensk Sjuksköterskeförening och Spri. 1998. *Det goda valet – Prioriteringar i omvårdnad*. Idéskrift. Stockholm.



Wilkinson, J. M. 1989. Moral Distress: A Labor and Delivery Nurse's Experience. *Journal of Obstetric, Gynecology, and Neonatal Nursing* 8 (6) 513-519.

Öberg, Peter. 1997. *Livet som berättelse. Om biografi och åldrande.* Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 62. Acta Universitatis Upsaliensis.

## INTERVJUMANUAL

### **Forskningsfrågor:**

- Hur påverkar nationella och lokala riktlinjer konkreta prioriteringsbeslut på den kliniska nivån?
- Vilka andra faktorer än föreskrivna etiska principer styr prioriteringsbesluten?
- Har vårdgivare på olika nivåer en tyst kunskap vad gäller etik, t.ex. prioriteringar?
- Hur skapas och upprätthålls klinikers etiska kompetens?
- Drabbar prioriteringskraven de äldre i samhället?

### **Intervjufrågor:**

#### *Bakgrundsfrågor:*

Information om projektet, uppläggning och syfte. Samtycke till medverkan. Anonymitet och integritet. Inspelning och utskrift, aidentifiering, förvaring. Frågor, undringar? Ålder, tid i yrket, position, anställning?

#### *Egna erfarenheter:*

- Vad står "prioriteringar" för, för dig? Vad tänker du på när du hör det begreppet?
- Beskriv detaljerat en prioriteringssituation du varit involverad i på ditt jobb!
- Vad styrde prioriteringsbeslutet i den situationen, tror du?
- Hur känner du dig i en sådan situation? (Nöjd, missnöjd, säker, osäker, pressad av t.ex. tid eller riktlinjer?)
- Vilken typ av prioriteringssituationer tror du att din vårdkategori oftast möter?
- Vilken typ av arbetsuppgifter är viktigast för dig? Vilka kan aldrig prioriteras bort?
- Vad är en äldre människa för dig, i ditt jobb?
- Beskriv utförligt en prioriteringssituation där en äldre människa varit inblandad!

#### *Om prioriteringsutredningen:*

- Finns det på din arbetsplats några riktlinjer för prioriteringar, som du känner till?  
Känner man på din arbetsplats till prioriteringsutredningens förslag? Hur har ni fått reda på det?

- Vad tycker du som vårdgivare om förslaget till principer? Är de bra? Saknas någon? Är de realistiska eller ideala/utopiska?
- Hur gör man när man beslutar vad som skall ha företräde? Tänker man på riktlinjerna i en prioriteringssituation?
- Har synen på prioriteringar förändrats sedan lagändringen 1997 eller fortsätter man att göra som man alltid har gjort?
- Diskuterar ni prioriteringsupplevelser på din arbetsplats? Var, när, hur? Finns något mer formellt forum för etikdiskussioner på din arbetsplats?
- Beskriv så utförligt du kan en etikdiskussion på din arbetsplats! Hur upplever man en sådan situation?
- Har du fått någon utbildning i vårdetik? Någon fortbildning?

**Avslutning:**

Något att tillägga, ta upp vidare eller fråga om?

Upplevelsen av intervjun?

Synpunkter på frågor och innehåll?

## **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.