

Öppna prioriteringar kräver dialog

– demokratiprojekt i Region Skåne

Per Rosén

I artikeln konstateras att vertikala prioriteringslistor aldrig kan utgöra tillräckligt underlag för öppna politiska prioriteringar. Det måste råda en allmän insikt bland vårdpersonal och allmänhet om nödvändigheten av att genomföra prioriteringar och det måste råda största möjliga förtroende för den politiska beslutsprocessen. För sjukvårdspolitikerna är uppdraget att prioritera naturligtvis en mycket ovälkommen uppgift, men i artikeln argumenteras för att det finns mer att vinna än att förlora på att ge sig in i denna process.

Det finns bland allmänheten ett stort mistroende mot politiker och tjänstemän. Fokus i prioriteringsarbetet bör därför ligga på att öka legitimiteten i den demokratiska beslutsprocessen – genom ökad insyn och en välutvecklad dialog. I Nordvästra Skåne distribueras årligen en enkät kring prioriteringar till en procent av befolkningen i de olika kommunerna. Till enkäten bifogas en intresseanmälan om deltagande i lokala politikerträffar där prioriteringar diskuteras. Vid dessa möten diskuteras resultaten från enkätstudien och syftet är att långsiktigt och målmedvetet bidra till att öka befolkningens kunskaper och insikter kring rådande resursbrist och behovet av prioriteringar. Samtidigt integreras medborgarna i diskussionen, och de hittills genomförda rådslagen har gett mycket positiva erfarenheter och det framstår allt tydligare att vårdens växande finansieringsproblem inte kan lösas utan medverkan av dem som betalar för verksamheten och de som brukar den – det vill säga allmänheten.

Per Rosén, doktor i folkhälsovetenskap och prioriteringssamordnare i Region Skåne. Tidigare programchef för området "Etik & kvalitet" på Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE).

Kontakt: Per Rosén, Hälsopolitiska ledningen, Regionhuset, Baravägen 1, 221 00 Lund.
E-post: per.rosen@skane.se

Prioriteringsfrågan aktualiseras regelbundet med några års mellanrum, nu senast i samband med det pågående arbetet kring vertikala prioriteringslistor i Östergötland. Utvecklingen har under senare år kommit att fokusera det kliniska beslutsfattandet, ofta i förhoppning om att detta arbete även ska

kunna utgöra underlag för öppna politiska prioriteringar. Det är tveklöst så att beslut om framtida neddragningar måste baseras på goda beslutsunderlag, men en avgörande förutsättning är också att det råder förtroende för den politiska beslutsprocessen som sådan. Kan man lita på att politikerna orkar

stå upp för sina beslut och inte påverkas av tillfälliga opinioner? Är det säkert att inte den politiska oppositionen utnyttjar eventuella missnöjesyttringar? Legitimitetsaspekten är avgörande och det gäller såväl den *interna* som den *externa* legitimiteten (Garpenby, 2003). Både inom vårdorganisationen och bland medborgarna måste det finnas en medvetenhet om resursernas ofrånkomliga ändlighet, men också största möjliga förtroende för den politiska beslutsprocessen.

Behovet av öppna prioriteringar

Det finns en rad orsaker till varför nedskärningar och utbudsbegränsningar i hälso- och sjukvården bör motiveras öppet, och det finns också starka skäl för politikerna att argumentera för en begränsning av det offentliga åtagandet. I första hand handlar det naturligtvis om en *ekonomisk* nödvändighet. Kostymen är för stor, och detta bekymmer kan varken lösas genom höjda skatter eller ökad effektivitet. Därtill är de strukturella kostnadsdrivarna allt för starka (Reepalu & Isaksson, 2003; Murray, 2003). Det handlar bland annat om kommande personalbrist (och därmed höjda löner), demografisk obalans, expansiv medicin-teknisk utveckling (ofta med en starkt avtagande marginalnytta), ökade förväntningar och en relativt sett lägre produktivitetsutveckling i tjänsteintensiva verksamheter (Baumol, 1995).

Det råder skillnader i kliniska förutsättningar, men framför allt oacceptabla variationer i klinisk praxis, ibland till och med inom en och samma klinik. Samma regler måste gälla för alla, och *rättvisan* kräver öppna processer och gemensamma indikationskriterier. När bedömningsgrunderna varierar mellan olika vårdgivare kan detta leda till godtycke och farhågor kring att vården inte bedrivs på lika villkor. I ett ogenomskinligt system försvåras möjligheterna att styra

resurserna till patienterna med de största behoven. Det finns bedömare som hävdar motsatsen också, nämligen att öppna kriterier gynnar välutbildade "paragrafryttare" (Hunter, 1993) och att läkaren bäst skyddar de svaga patienternas intressen "in the secret garden of professional paternalism" (Klein et al, 1996; Rosén, 2002). Det växande resursgapet är dock av en sådan dimension att denna mikro-strategi knappast löser de stora allokeringsproblemen.

För det tredje kan det finnas *effektivitetsskäl* för att introducera öppna, uttalade prioriteringar i hälso- och sjukvården. De marginella hälsovinster som ibland uppnås, står inte alltid i proportion till kostnaden och insatserna är ibland direkt kontra-produktiva. Överdriven läkemedelskonsumtion är ur flera aspekter ett hot mot folkhälsan, liksom tendensen att medikalisera livsstilsrelaterad ohälsa och undergräva människors självläkande krafter:

"The cost of trying to defeat death, pain, and sickness is unlimited, and beyond a certain point every penny spent may make the problem worse, eroding still further the human capacity to cope with reality."

BMJ (editorial) 2002:324; s 860

Det kanske starkaste skälet för öppna prioriteringar är att hälso- och sjukvården därigenom stärker sin *legitimitet*. I takt med att besparingspaketen introduceras och vårdgivarna strävar efter att minska sina kostnader, ökar kraven på att den vårdsökande allmänheten vet vad som gäller. Utbudet måste vara likartat på respektive vårdnivå och alla patienter måste bedömas och behandlas efter samma kriterier. Om vården i ökad utsträckning börjar bedrivas på olika villkor försvinner allmänhetens tilltro till systemet och den solidariska finansieringsmodellen hotar att vittra sönder. Den helt avgörande fråga som

politikerna idag står inför gäller således om det är dags att överge den ganska ihåliga visionen om "allt åt alla" och antingen begränsa utbudet av vissa vårdinsatser eller utsätta delar av vården för egenfinansiering. Endast inom ett begränsat basåtagande har vi möjlighet att erbjuda den tillgänglighet, den vårdkvalitet, de vårdgarantier, patientträttigheter och det fria vårdsökande som ett modernt sjukvårdssystem bör kunna erbjuda sina medborgare.

Politikens förutsättningar

Öppna politiska prioriteringar är nästan lika omöjliga som nödvändiga att genomföra. De motiveras inte huvudsakligen av de aktuella budgetunderskotten, utan främst av de bakomliggande strukturella drivkrafterna. Snarare kan de nuvarande konjunkturbetingade finansieringsproblemen betraktas som övningssuppgifter inför de väsentligt mycket större hot som vilar över den offentliga hälso- och sjukvården. Sjukvårdspolitikerns roll har i grunden förändrats (även om alla berörda ännu inte insett det). Det fanns en tid då budgetöverskridanden möttes med en klackspark och investeringsbidragen fördelades frikostigt, men den tiden är oåterkalleligen förbi. Framdeles kommer sjukvårdspolitiken att domineras av besvärliga och impopulära beslut, och många politiker kommer naturligtvis att fråga sig om det egentligen finns någon mening med att försöka vinna nästa val. Frågan kan endast besvaras jakande om man tror att medborgarna vill annat än låta sig sövas av ljuva paroller om "vård, skola och omsorg", utan faktiskt har ett intresse av att se tuffa – men rättvisa – lösningar av finansieringsproblematiken.

Finns det röster att vinna på att tala klarspråk och föreslå öppna prioriteringar? Vad finns det att förlora? I Västra Götalandsregionen har 80 procent av allmänheten mycket

eller ganska stort förtroende för vårdpersonalen medan motsvarande siffror för regionens tjänstemän och politiker är kring 10 procent (SOM, 2003). Förtroendet för de förtroendevalda (!) är lägst – 1 procent hyser mycket stort förtroende för denna grupp. Förhållandet torde inte vara annorlunda i andra delar av landet, och en slutsats följer då naturligt: det finns inget att förlora om väljaren tycker sig stå i valet mellan pest och kolera. Förbättringspotentialen är enorm. En annan slutsats är att det kanske inte spelar så stor roll hur goda beslutsunderlag man har, om tilliten för politikerrollen inte är större än så här. Varje beslut kommer ändå att mötas av misstro (liksom konsekvenserna av varje uteblivet beslut kommer att skyllas på politikerna). Det område som främst bör fokuseras måste därför vara *legitimiteten*; både den interna och den externa.

Om att stärka legitimiteten

Det kan möjligen vara värdefullt att ägna en eller annan tanke åt hur detta stora misstroende kunnat växa fram, men än viktigare är det naturligtvis att begrunda hur förtroendekapitalet kan fås att växa igen. Det är ställt utom allt tvivel att en överväldigande majoritet av befolkningen vill ha en demokratiskt styrd vård som syftar till erbjuda en god vård på lika villkor. Detta förutsätter såväl en huvudsakligen kollektivt finansierad hälso- och sjukvård som en behovsbaserad resursfördelning – förutsättningar som i det stora hela torde vara ganska väl uppfyllda (Landstingsförbundet, 2003). Vi står dock inför ganska abrupta neddragningar inom hälso- och sjukvården, och det är mot den bakgrunden som en mängd obehagliga frågor måste ställas. En sådan fråga är om sjukvårdspolitikerna även fortsättningsvis tvingas till att luta sig mot (de starkaste) verksamhetsföreträdarnas drastiska konsekvensbeskrivningar. Leder

en sådan styrning till att försvarsmurar reses kring de tekniskt avancerade verksamheter-na, och att "bondeoffren" står att finna inom de mjukare verksamheterna som psykiatri, rehabilitering, prevention och primärvård? Även inom dessa specialiteter kan man fres-tas att ransonera det mänskliga innehållet och sätta sin tilltro till försämrade tillgänglig-het och ökad läkemedelsanvändning.

Alternativet till en ensidig professionsstyrning är naturligtvis att vitalisera den demo-kratiska styrmodellen och låta finansierarna (medborgarna) och deras valda representan-ter (hälso- och sjukvårdspolitikerna) få ett ökat inflytande över hur vårdens resurser ska fördelas. För att åstadkomma detta krävs en massiv insats av förtroendeskapande åtgär-der, ty det råder ett stort misstroende mellan alla inblandade aktörer; mellan politiker och allmänhet, mellan vårdpersonal och tjänste-män, mellan politiker och tjänstemän och så vidare. Detta förhållande främjar inte hälso- och sjukvårdens utveckling utan riskerar istället att ytterligare förvärra situationen. Läget är så allvarligt att samtliga aktörer måste ompröva sina traditionella roller.

Ett demokratiprojekt

I Nordvästra Skånes sjukvårdsdistrikt pågår för närvarande ett projekt kring medborgar-dialog som visar hur arbetet kring demo-krastyrning kan struktureras. I januari 2002 be-slutade en enig politisk nämnd i distriktet att genomföra kontinuerliga befolkningsträffar och enkätstudier bland distriktets kommun-ivånare kring prioriteringsfrågorna. Projek-tet ska pågå under tre år och samordnas med andra aktiviteter som utbildningsinsatser för politiker och vårdpersonal, media-seminarier etc. Hittills har två enkätomgångar och två befolkningsträffar genomförts. Projektet har fått stort genomslag i lokala och nationella media, både på nyhets- och ledarsidor.

Syfte

Projektets syfte är

- a) att långsiktigt och målmedvetet bidra till att öka befolkningens kunskaper och insikter kring rådande resursbrist och be-hovet av prioriteringar
- b) att integrera medborgarna i diskussionen kring prioriteringar
- c) att följa upp vårderfarenheter och syn-punkter på hälso- och sjukvården

Metod

Varje år sänds enkäter ut till en procent av befolkningen, det vill säga 2 500 medbor-gare, i distriktets åtta kommunerna. Det relativt stora urvalet tjänar tre syften; att skapa vetenskaplig tillförlitlighet i resulta-ten, att tillåta uppdelning i och jämförelser av undergrupper samt slutligen att nå ut till allmänheten på så bred bas som möjligt. Enkätinstrumentet består av 30-talet frågor, uppdelade i tre huvudområden. Vissa frågor är oförändrade från år till år och bygger på tidigare studier, egna och andras. Genom dessa frågor skapas större möjligheter till längre tidsserier och andra statistiska jämförelser. Det aktuella instrumentet har utvecklats i samarbete med Picker Institutet och genomförs i deras regi.

Enkätutskicket sker i enlighet med TDM, *Total Design Method* (Dillman, 1978). I många stycken bygger resultatredovis-ningen på jämförelser mellan undergrup-per, uppdelade enligt ålder, utbildning, distriktstillhörighet, vårderfarenhet eller kön. Samtliga enkätmottagare får också en inbjudan till befolkningsträffar med politiker och verksamhetsföreträdare som arrangeras i distriktet. Syftet med dessa sammankomster är både att fördjupa kunskapen om attityder och värderingar bland befolkningen, att ge ökad kunskap om hälso- och sjukvårdens förutsättningar samt att etablera kontinu-

erliga befolkningsträffar för rådslag och diskussion.

Den första enkätundersökningen genomfördes våren 2002 efter det att frågorna testats i en pilotstudie. Totalt distribuerades 2505 enkäter, proportionerligt fördelade mellan distriktets åtta kommuner. Av de utskickade enkäterna besvarades 55 procent, vilket är en tillräcklig svarsfrekvens (Babbie, 2001). Den andra studien genomfördes våren 2003 och enkäten besvarades av 58 procent.

Vid bortfallsanalys av åldersfördelning och utbildningsnivå, visar det sig att båda svarsgrupperna inrymmer en större andel högskoleutbildade och att genomsnittsåldern i den första studien är något högre än vad som gäller för distriktets befolkning i sin helhet. Svar på frågor som ställts i tidigare svenska och utländska studier, visar stor stabilitet och överensstämmelse med de aktuella resultaten. Till stora delar bekräftas alltså tidigare forskning, men dels rymmer det aktuella enkätinstrumentet en rad nya frågor, och dels riktar det sig till en geografiskt avgränsad befolkning. Det är dock inte den sammanlagda svarsfördelningen som är mest intressant, utan snarare jämförelser mellan olika undergrupper i materialet och utvecklingen över tiden.

På grund ändrade utskicksrutiner är årets urvalsgrupp inte fullt jämförbar med fjolårrets. Även vissa frågor och bakgrundsvariabler är ändrade. För de flesta frågorna gäller dock att svaren från 2002 och 2003 kan jämföras. Svarsfördelningen redovisas i procent och endast signifikanta skillnader anges (i de flesta fall på enprocentsnivån).

Resultat

I enkäterna ombads de tillfrågade ta ställning till en rad frågor och påståenden om hälso- och sjukvården. Frågorna i enkäten berörde

inledningsvis erfarenheter av sjukvården, därefter synen på behov och efterfrågan och slutligen ombads de svara på ta ställning till en rad prioriteringsexempel. Här redovisas endast ett urval av frågorna men den kompletta resultatredovisningen finns tillgänglig på distriktets hemsida (www.skane.se/sjukvardennordvast).

Erfarenheter av hälso- och sjukvården

En stor majoritet av de svarande är i huvudsak nöjda med det bemötande och den medicinska kompetens man mött i hälso- och sjukvården. Omkring två tredjedelar anser att man erhåller besökstid inom rimlig tid och man är nöjd med den information som erbjuds. Däremot är det mindre än hälften som tycker att framkomligheten på telefon är bra och en knapp tredjedel är nöjd med det inflytande man upplevt i hälso- och sjukvården. Frågorna är mycket allmänt formulerade och främst användbara vid olika typer av jämförelser. Det kan för det första konstateras att ålder är den bakgrundsvariabel som uppvisar störst påverkan på svarsfördelningen, och de äldre är generellt mer positiva. Detta har visats i ett flertal tidigare studier, liksom att människor är mer missnöjda med informationen ju högre utbildning de har (Rosén m fl 2001). Svaren är generellt sett mer negativa vid det andra enkättilfället, vilket förklaras av att medelåldern är lägre i 2003 års urvalsgrupp. För distriktets vidkommande är det angeläget att följa förändringar över tiden vad det gäller dessa patientupplevelser.

Allmänhetens förväntningar

Förväntningarna på hälso- och sjukvården är mycket höga, vilket också är ett resultat som visats vid tidigare studier i andra delar av Sverige (Rosén, 2002). Nordvästskåningarna skiljer sig inte på denna punkt. Av de svarande instämmer 68% i påståendet

Tabell 1**Är hälso- och sjukvården skyldig att alltid erbjuda patienterna bästa tänkbara vård, oavsett vad det kostar? Procent. År 2003.**

	Ja	Nej	Vet inte/osäker
Grundskola	82	8	10
Gymnasium	85	9	6
Högskola/universitet	68	22	10
Totalt	79	13	8

"Allmänheten bör alltid ha rätt till offentlig sjukvård, oberoende av hur lindriga besvären är". Ytterligare 10% instämmer i att hälso- och sjukvården är "skyldig att alltid erbjuda patienter bästa tänkbara vård, oavsett vad det kostar". Det sistnämnda påståendet förekom även i fjolårets enkät, och det skiljer endast en procentenhet mellan svaren vilket inte utgör någon signifikant skillnad. (tabell 1)

Vid tidigare studier har det visat sig att allmänhetens och patienternas svar skiljer sig stort från vad i synnerhet läkare och sjukvårdsadministratörer svarar. Endast mellan 5 och 15% av läkare och tjänstemän instämmer helt i ovanstående påstående (Rosén & Karlberg, 2002). Innebär detta att allmänheten har orealistiska förväntningar på vården?

Det är tveksamt om svaren ovan ska tolkas som att man faktiskt förväntar sig att alla bagatellartade sjukvårdsbehov ska tillgodoses, eller att kostnaden aldrig ska vara en faktor i sammanhanget. I enkäten ställdes också två följdfrågor: "Tror du att sjukvårdens resurser räcker till för att tillgodose alla sjukvårdsbehov?" respektive "Tror du att sjukvårdens resurser räcker till för att alltid erbjuda alla patienter bästa tänkbara vård?". Då visar det sig att 80 respektive 81% svarar "Nej". Svaren på de tidigare frågorna tycks alltså inte spegla vad man faktiskt förväntar sig, utan snarare vad man kanske skulle önska

vore fallet. Även detta fenomen har noterats i tidigare studier (se till exempel Kneeshaw, 1997).

Finansiering

Om befolkningen i distriktet är medveten om det växande resursgapet, väcks frågan om vilka lösningar man ser på problemet. Hur kan vi minska gapet mellan behov och resurser? Närmare hälften av de svarande förespråkar höjda skatter, medan en dryg tredjedel vill behålla dem på dagens nivå, eller rent av sänka dem. Även detta resultat stämmer väl överens med vad man funnit i en rad tidigare studier i Sverige (Rosén, 2002) och endast en procentenhet skiljer mot fjolårets svar. Det ska då samtidigt noteras att landstingsskatten höjts med en krona sedan förra enkät-tillfället, vilket alltså inte tycks påverka skatteviljan. Svaren bör tolkas med försiktighet eftersom man inte vet hur stark den faktiska, och alltså inte bara den uppgivna, betalningsviljan är.

Svaren blir delvis annorlunda då de tillfrågade nordvästskåningarna ställs inför några alternativa finansieringslösningar. Det är osäkert vad de svarande som valt alternativet "Annat" åsyftar, men det kan inte uteslutas att en del kanske förordar fler öppna prioriteringar, eller ransoneringar, och därmed minskat resursbehov. Erfarenheter från tidigare studier pekar dock på att det snarast

Tabell 2

Om det visar sig att det behövs mer pengar för att behålla nuvarande standard i sjukvården, vilken av följande lösningar föredrar du i så fall? År 2003.

Kompletterande privata sjukvårdsförsäkringar	22 %
Ökade patientavgifter	24 %
Höjda skatter	33 %
Annat	21 %

Tabell 3

Vem har störst inflytande över hur sjukvårdens resurser fördelas idag? Procent. 2003.

Politiker	84
Tjänstemän	10
Läkare	4
Journalister	-
Allmänheten	1
Andra	1

är överföringar från andra skattefinansierade verksamhetsområden som åsyftas, vilket ju faktiskt också är en fråga om prioriteringar men på ett högre, och mer svårstyrt, plan. Även dessa svar är närmast identiska med fjolårets. (tabell 2)

Vem ska prioritera?

Det kan diskuteras vem som har ansvar för att minska resursgapet i hälso- och sjukvården. Patienterna kan ta ett ökat ansvar för den egna hälsan och söka vård på "lägsta, effektiva omhändertagandenivå", men även läkare, politiker och tjänstemän kan hjälpa till. Läkarna kan bli mer restriktiva, exempelvis när det gäller läkemedelsförskrivning och sjukskrivningar. Politikerna kan söka samsyn som underlättar nödvändiga beslut. Tjänstemännen kan ta fram bättre prioriteringsunderlag till politikerna. Även media

skulle kunna ta ett större ansvar och undvika att skapa orealistiska förväntningar. Vem av dessa aktörer har det största inflytandet över resursfördelningen idag. Allmänheten tvekar inte – det är politikerna. I synnerhet kvinnorna tror att det är politikerna (89%), medan männen i högre utsträckning än kvinnorna tenderar att välja tjänstemännen (16%).

Politikernas situation framstår som bekymmersam – resurserna tryter, handlingsutrymmet är begränsat, men det är ingen tvekan om att allmänheten håller politikerna ansvariga, oberoende av vilka möjligheter de har att påverka skeendet. Hur kan man få vårdpersonalen, allmänheten, de politiska motståndarna och media att förstå att det är nödvändigt att dra ner på vissa vårdinsatser för att kunna garantera vård till dem med störst behov? Detta är den första pedagogiska utmaningen och den andra berör hur

Tabell 4 Bör allmänheten delta i diskussioner om hur sjukvårdens resurser ska fördelas? Procent. År 2003.

Ja	Nej	Vet inte/osäker
69	16	15

Tabell 5 Bör allmänheten erbjudas större möjligheter att påverka hur sjukvårdens resurser ska fördelas? Procent. År 2003.

Ja	Nej	Vet inte/osäker
68	15	17

de begränsade resurserna ska fördelas. Det kan vara rimligt att man först försöker finna ut vad medborgarna, skattebetalarna och brukarna av vården tycker. En stor del av de svarande tycks dessutom vara beredda att gå in i denna dialog. (tabell 4 och 5)

Två tredjedelar av de svarande uttrycker en vilja att engagera sig i prioriteringsdiskussionen, och det finns pedagogiska poänger med att kunna hänvisa till denna viljeytring. Alla har ett ansvar för hur riktlinjerna för den framtida hälso- och sjukvårdens finansiering utstakas. Det handlar om att garantera vård för de mest vårdbehövande, att bibehålla förtroendet för den skattefinansierade vården och samtidigt vara tillräckligt återhållsam och inte fortsätta belåna kommande generationers framtid.

Befolkningsträffar

I samband med enkätutskicket erhöll adressaterna också ett separat vykort där de kunde anmäla sitt intresse för att bli inbjudna till befolkningsträffar kring prioriteringar. Metoden bedömdes ge ett mer representativt urval än en öppen inbjudan, där många

erfarenheter visar att främst företrädare för olika intressegrupper utnyttjar tillfället. Närmare 20 procent av de svarande anmälde sitt intresse och dessa erhöll under hösten 2002 kontinuerlig skriftlig information om när de två mötena planerades. Det slutliga antalet deltagare blev färre än väntat – sammanlagt 60 stycken – vilket delvis kan förklaras av att allt för lång tid förflöt mellan intresseanmälan och mötesdatum.

Det visade sig däremot vara en korrekt bedömning att ansatsen med en formell inbjudan skulle leda till en "aktivering av osjälviskhetensnormen" (Naurin, 2003) och försvåra förespråkande av rena egenintressen – mötesdeltagarna framträdde i egenkap av medborgare och inte som egoistiska nyttomaximerare. Diskussionerna fördes i en mycket konstruktiv och vänlig anda och avslutades till och med med applåder. Mötena syftade heller inte till någon åsiktsaggregering, utan snarare till att öka deltagarnas förståelse för problematiken och det politiska beslutsfattandets villkor. Mötena inleddes med att tjänstemän och kliniskt verksamma redovisade enkätresultaten och redogjorde

för de aktuella resursproblemen. I det efterföljande samtalet vinnlade sig moderatören om att så många som möjligt i publiken skulle komma till tals och de båda politikererna från majoriteten respektive opposition medverkade till att förstärka den öppna samtalsatmosfären. Genom ökad förståelse för frågans komplexitet, och genom möjligheten att kunna påverka beslutsfattarna, skapas en ökad legitimitet för beslutsprocessen och bättre förutsättningar för att acceptera beslut som i sig kan upplevas negativa (Jodal, 2003).

Diskussion

Det har, både i Sverige och utomlands, visat sig mycket svårt att genomföra politiska prioriteringar. Det finns starka intressegrupper som motsätter sig sådana beslut, både bland patienter och bland vårdpersonal. De politiska motståndarna kan alltid utnyttja impopulära beslut för att stärka sin egen position, och media är inte alltid beredda att underlätta processen. Med dagens hotfulla underskott finns det endast en väg kvar att prova – att med olika medel försöka få till stånd en dialog med dem som betalar vården och de som brukar den – nämligen befolkningen. Resursgapet växer oavbrutet och alla berörs av frågan vad som bör inrymmas i det offentligt finansierade vårdutbudet och vad som kan lämnas åt egenfinansiering. Idag tillgodoses marginella vårdbehov till priset av att andra, mer vårdbehövande grupper får stå tillbaka.

Vilket är viktigast att värna om och vad kan vi betala ur egen ficka? Glädjande nog är det en stor majoritet av de svarande som vill delta i diskussionen och påverka hur sjukvårdens resurser ska fördelas. Utmaningen är att på bästa sätt tillvarata detta intresse. Först och främst måste sjukvårdspolitiken bedrivas enligt andra premisser än tidigare, inte

minst för att säkra återväxten av politiker som är beredda att axla en allt otacksammare uppgift. Uppgiften att prioritera underlättas genom en utvecklad medborgardialog som förstärker legitimiteten i beslutsprocessen, och denna vitalisering av företrädarkapet kan innebära ett mervärde i sig. Så länge det råder en allmän enighet om att hälso- och sjukvården i huvudsak ska finansieras kollektivt, måste sjukvårdspolitikerna vara beredda att pröva nya vägar för att kunna upprätthålla den demokratiska styrningen och garantera resurser till de med störst vårbbehov. Detta kan endast ske genom att det offentliga åtagandet begränsas och att fler aktörer är beredda att ta ett större ansvar för att underlätta denna process.

Referenser

1. Babbie, E (2001) *The practice of social research*. Belmont: Wadsworth.
2. Baumol, W (1995) *Health care as a handicraft industry*. London: Office of Health Economic.
3. Dillman, D (1978) *Mail and telephone surveys. The Total Design Method*. New York: Wiley.
4. Garpenby, P (2003) *Prioriteringsprocessen. Del I: övergripande strategier*. Rapport 2003:3. Linköping: Prioriterings-Centrum.
5. Jodal, O (2003) *Fem frågetecken för den deliberativa teorin*. I Gilljam, M & Hermansson, J (red.): *Demokratis mekanismer*. Malmö: Liber.
6. Klein, R, Day, P, Redmayne, S (1996) *Managing scarcity*. Buckingham: Open University Press.
7. Kneeshaw, J (1997) *What does the public think about rationing? - a review of the evidence*. I New, B (red.): *Rationing. Talk and action in health care*. London: Kings

Fund.

8. Landstingsförbundet (2003) Landstinget som sjukvårdshuvudman. Ansvar och uppgifter i ett ledningsperspektiv. Stockholm: Landstingsförbundet.
9. Murray, R, Alternativ finansiering av offentliga tjänster, bilaga 7 i Långtidsutredningen, SOU 2003:57.
10. Naurin, D (2003) Offentlighet - renar, förseñar och väcker känslor. I Gilljam, M & Hermansson, J (red.): Demokratins mekanismer. Malmö: Liber.
11. Reepalu, I, Isaksson, L. Medborgarna får betala mer själva. Dagens Nyheter 28 juli 2003.
12. Rosén, P, Anell, A, Hjortsberg, C. Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy* 2001; 55:121-28.
13. Rosén, P, Karlberg, I. Opinions of Swedish citizens, health-care politicians, administrators, and doctors on rationing and health care financing. *Health Expectations* 2002; 5:148-155.
14. Rosén, P (2002) Attitudes to prioritisation in health services. Göteborg: Nordic School of Public Health.
15. SOM-institutet (2003) Samhälle, opinion, massmedia. Västra Götaland 2002. Göteborg: Göteborgs Universitet.