

Vårdens etiska plattform

En studie om värdegrunden för prioriteringar inom svensk sjukvård – och sjukvårdsaktörernas syn på denna

”Om förtroendet för sjukvården skall kunna upprätthållas, är det viktigt att grunderna för vidtagna åtgärder och prioriteringar redovisas och diskuteras öppet...”(Socialstyrelsens prioriteringsutredning, mars 1995)

Abstract

De senaste årtiondena har gapet mellan efterfrågan och resurser inom svensk sjukvård ökat. Det är därmed rimligt att tro att situationer som kräver prioriteringar mellan vårdtagare uppstår och kommer att fortsätta uppstå.

Vi har därför undersökt vilka etiska grunder som finns för prioriteringar och beslutsfattande inom sjukvården, och hur denna värdegrund betraktas inom svensk sjukvård.

Genom textanalys har vi extraherat de viktigaste värdena ur några centrala normgivande dokument, och därmed skapat en normativ teori, en värdehierarki, som statuerar på vilka grunder beslut bör fattas. Vi har därefter genom en blandning av egengjorda intervjuer och tidigare genomförda studier granskat om värdehierarkin överensstämmer med den bild som finns i vården.

Resultatet pekar mot överensstämmelse, även om uppfattningen av vissa värden varierar. Det har dessutom visat sig att vissa värden var mer tillämpliga än andra på den beslutsnivå vi undersökte.

Nyckelord: Sjukvård, Prioritering, Värdehierarki, Värdegrund,

Antal ord: 9709

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
1.1 Syfte, avgränsning och problemformulering.....	2
1.2 Disposition.....	3
2 Metod.....	4
2.1 Textanalys	4
2.2 Intervjuer.....	4
2.3 Normativ forskning som utvärdering	5
2.4 Material.....	6
3 Värdehierarki.....	8
3.1 Likavärdesprincipen.....	9
3.2 Behovsvärdet	10
3.3 Valfrihetsvärdet.....	11
3.4 Kostnadseffektivitetsvärdet.....	12
3.5 Alternativa värden.....	14
4 Analys av vårdcentraler.....	15
4.1 Likavärdesprincipen.....	15
4.2 Behovsvärdet.....	17
4.3 Valfrihetsvärdet.....	18
4.4 Kostnadseffektivitetsprincipen.....	20
4.5 Alternativa värden.....	21
5 Resultatdiskussion.....	23
5.1 Värden som bör ligga till grund för den svenska sjukvården.....	23
5.2 Synen på dessa värden inom svensk sjukvård.....	24
5.3 Avslutande diskussion.....	25
6 Referenser.....	26
6.1 Primärmaterial.....	26

6.1.1 Intervjuer.....	26
6.1.2 Övrigt Primärmaterial.....	26
6.2 Sekundärmaterial.....	27
7 Bilaga 1 Frågor till verksamhetscheferna.....	30

1 Inledning

För knappt femton år sedan, 1995, publicerade Socialstyrelsen på begäran av riksdagen en prioriteringsutredning. Utredningen diskuterade en av de viktigaste, men kanske mer lågmäلت debatterade sjukvårdsfrågorna, nämligen värdegrunden för beslutsfattande inom sjukvården. Utredningen fick stort genomslag. Bland annat gav den direkt upphov till åtminstone en doktorsavhandling. Dessutom är flera av de förändringar som gjordes i hälso- och sjukvårdslagen 1997 en direkt reflektion av utredningens viktigaste idéer (Rosén, 2002: 18, Bernfort, 2001).

Fler böcker och utredningar på området har därefter följt, och senast i somras föreslog socialminister Göran Hägglund att en ny prioriteringsutredning behövdes (Rothelius, 2009). Det är därmed både intressant och aktuellt att undersöka dels *vilka värden som bör ligga till grund för beslut och prioriteringar inom sjukvården*, dels *hur personalen själva uppfattar dessa värden*.

Ämnets aktualitet har vidare flera grunder, men bakom den ökade floran av litteratur står framförallt ett samhällsekonomiskt läge där möjligheten att möta behoven begränsas av allt snävare finansiella ramar. Därmed blir behovet av tydliga etiska principer för beslutsfattande allt viktigare. Per Rosén konstaterar i sin rapport för nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg, *Attitudes to prioritisation in health service*, att ”The gap between needs and resources is growing...” och senare att ”...priority setting and rationing in public health care is unavoidable.” (Rosén, 2002: 9).

Rosén får stöd av Lars Bernfort, som i sin doktorsavhandling skriver just om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Bernfort har olika teorier om vad det ökade gapet beror på. Dels pekas på en åldrande befolkning, dels antas vi idag uppfatta våra egna behov av vård som större än tidigare. För oss räcker det dock att konstatera att efterfrågan på vård sedan 1960-talet har haft en tillväxt som uppskattas som relativt större än utgiftsökningen¹ (Bernfort, 2001: 9, SCB, 2006:113: 103).

¹Trots detta har ökningen av utgifter varit stigande, både i absoluta och relativa tal. Mellan 1960 och 1980 ökade sjukvårdens utgiftsandel av BNP från 4,9-9,5 %. Sedan sjönk utgiftsandelen under senare hälften under 80-talet, stod still under 90-talet, och började sedan öka igen. 2003 befann den sig på ungefär 8,5 %. Sedan dess beräknas den ha rört sig i takt med samhällsekonomin i övrigt (Bernfort, 2001:9, SCB, 2006:133: 103).

1.1 Syfte, avgränsning och problemformulering

Uppsatsen har karaktär av en normativ utvärderingsanalys, som angriper två huvudsakliga problem. Dels är vi intresserade av vilka värden som bör ligga till grund för svensk sjukvård i allmänhet. Dels är vi intresserade av hur uppfattningen av denna värdegrund ser ut inom sjukvården. Motivet till studien är – förutom vårt eget brinnande intresse – för det första att vi anser det finnas alldeles för lite skrivet i frågor som rör just prioriteringsetik inom sjukvården. I Socialstyrelsens prioriteringsutredning från 1995 skrivs att: ”Det finns i Sverige anmärkningsvärt lite forskning om beslutsfattande och prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Detta försvårar en allsidig bedömning av effekterna av organisatoriska förändringar.” (SOU, 1995:5: 74). Socialstyrelsens kommentar är visserligen från 1995, och har på grund av den ökade floran av litteratur inte lika stor relevans idag. Dock anser vi fortfarande att forskningens omfattning är för liten för problemets vikt.

Att det inte finns mycket litteratur författad i ämnet är dock i sig självt ingen anledning till varför ämnet är motiverat att undersöka. Vårt citat av Rosén ovan hjälper oss här. Med hans slutsats att gapet mellan resurser och behov ökar, eller att de ekonomiska ramarna blir snävare, följer att det är av yttersta vikt att den etiska grunden för beslutsfattande formuleras tydligt. Detta hävdas även i andra studier vi tagit del av (Se bland annat: Arvidsson et al, 2007: 5, Rosén, 9-11).

Analysen av sjukvårdens attityder motiveras på två grunder. För det första säger personalens inställning något om vilka förutsättningar en organisatorisk förändring har att lyckas. Om personalens inställning inte alls överensstämmer med de principer som förordas kommer en reform troligtvis vara mindre lyckad. För det andra ger sjukvårdspersonalens och administratörernas inställning en ledtråd till det faktiska tillståndet inom sjukvården. En studie i attityder kan inte jämföras med en implementeringsutredning, men det är rimligt att tänka sig att attityder i viss grad korrelerar med tillståndet.

Uppsatsen är avgränsad till offentligt finansierad vård i Sverige. Vi har dock inte i vår analysdel kunnat ta hänsyn till varken huruvida kommunen/regionen är rik, vilken storlek sjukhuset/vårdcentralen har, eller om kliniken är offentligt eller privat driven. Vilken effekt detta får för studien diskuteras mer utförligt senare.

Det bör dock förtydligas att vår studie (och därmed även värdehierarkin) alltså inte omfattar den vård som bedrivs och *finansieras* privat. Vi har alltså bara för avsikt att dra slutsatser kring den offentligt skattefinansierade vården. För att kort förklara skillnaden har vi gjort upp en liten matris nedan.

Organisering, Huvud- mannaskap	OFFENTLIGT				PRIVAT			
Finansiering	OFFENTLIGT		PRIVAT		OFFENTLIGT		PRIVAT	
Produktions- utförande	OFF.	PRIVAT	OFF.	PRIVAT	OFF.	PRIVAT	OFF.	PRIVAT

Tabell 1. *Kombinationer av offentlig och privat sektor.* Egen omarbeting av Christensen et al (2005: 15). Vår studie omfattar alltså offentligt organiserad och finansierad sjukvård, men även privat produktionsutförande.

Anledningen till uteslutningen av privat finansierad vård är för det första att denna ännu är en diminutiv del av svensk sjukvård (Einevik-Bäckstrand, 2001:12). För det andra omfattar vissa av våra normkällor specifikt offentlig verksamhet.

De frågeställningar som infinner sig är slutligen för det första: vilka värden bör ligga till grund för den svenska sjukvården? Och för det andra: Hur ser man på dessa värden inom svensk sjukvård?

1.2 Disposition

Uppsatsen är genomförd i tre steg. Till att börja med redovisas en värdehierarki (etisk plattform) för beslut inom sjukvården i Sverige. Denna är gjord genom en kvalitativ textanalys av de mest centrala offentliga utredningarna, lagtexterna, konventionerna och internationella traktaten som berör sjukvården i Sverige. Genom noggrann läsning av textmaterialet har det mest väsentliga innehållet i dokumenten extraherats. Denna normativa utredning fungerar också som vår teori.

För det andra redovisas en analys, där sjukvårdsaktörers syn på den etiska värdegrunden undersöks. Detta är gjort dels genom en mindre primärundersökning och dels genom en utvärdering av tidigare genomförda studier i ämnet. Primärundersökningen gjordes genom samtalsintervjuer av verksamhetschefer. Åtta standardfrågor ställdes till alla chefer som undersöks.

Till sist diskuteras resultatet där vi jämför de svar vi fått med den framarbetade värdehierarkin. Finns en gemensam syn mellan den värdehierarki som framkommer ur de normgivande dokument vi använt, och de preferenser som finns inom svensk sjukvård?

Till att börja med ska vi dock diskutera några metodologiska problem med vårt tillvägagångssätt och vårt material.

2 Metod

Under metoddelen kommer vi att diskutera problem med fyra viktiga moment i uppsatsen: Textanalysen, samtalsintervjuerna, materialet och avslutningsvis förutsättningarna för normativ forskning som utvärdering. Varje del fungerar dels som en djupare förklaring av vårt tillvägagångssätt, dels som en problematisering av den valda metoden.

2.1 Textanalys

För att kunna se vilka värden som tas upp och anses viktiga i de valda normkällorna så används kvalitativ textanalys som metod. Genom att läsa aktivt, ställa frågor till texten och se om dessa frågor kan besvaras så kan vi nå ett resultat (Esaiasson et al, 2007: 237-238). I en sådan textanalys är det viktigt att man formulerar en övergripande fråga till det textmaterial som man vill undersöka samt eventuella följdfrågor. Vår övergripande fråga lyder: Vilka värden kan urskiljas i texten? Vi har även formulerat två följdfrågor: Vilka värden verkar vara de viktigaste?, Vilka värden nämns ofta och återkommande? För att kunna besvara dessa frågor har vi utgått ifrån några kriterier, se dessa under rubrik tre, Värdehierarki.

När man använder sig av kvalitativ textanalys är det även viktigt att bedöma om det man vill undersöka går att återfinna i textens manifesta eller latenta budskap, dvs. om det kan utläsas omedelbart på raderna eller om man måste leta ”under ytan” (Esaiasson et al, 2007: 250). Med tanke på vårt valda material så kommer vi att fokusera oss på textens manifesta budskap då vi inte är intresserade av eventuella gömda värden utan av de värden som våra normkällor vill ge uttryck för (Esaiasson et al, 2007: 249-252).

2.2 Intervjuer

I vår empiriska analys så använder vi oss av resultatet av samtalsintervjuer med verksamhetschefer från offentlig primärvård i Skåne .

Tanken med att använda sig av samtalsintervjuer med verksamhetschefer i den här uppsatsen var att få tillgång till empiriskt primärmaterial. Vi utgick ifrån principen *centralitet*, det vill säga personer som är centralt placerade (Esaiasson et al, 2007: 291) En verksamhetschef är någon som svarar för verksamheten och som har det samlade ledningsansvaret inom hälso- och sjukvården. Därmed fungerar de även

som en länk mellan personalen på kliniken och de administrativa beslutsfattarna (SOSFS:1997-8). Eftersom endast 4 intervjuer gjordes så finns det ingen representativitet. De resultat som återfinns i samtalsintervjuerna kan endast sägas vara urskiljbara tendenser för skånsk primärvård.

I samtalsintervjuerna så kommer samma sju frågor att ställas till alla respondenter, detta gör att en jämförelse av resultaten möjliggörs. Dessa frågor är tänkta att vara så öppna som möjligt. Genom att ställa stora och vittomfattande frågor så tillåts respondenterna att berätta fritt, målet är att få så liten påverkan från intervjuaren som det går. Denna metod är vald utifrån Esaiasson m.fl's påstående om att ett kännetecken på en bra intervju att det är korta intervjufrågor och långa intervju svar (Esaiasson et al, 2007: 298). Det kommer att ställas uppföljningsfrågor och tolkande frågor endast om svaren från intervjupersonerna är oklara (Esaiasson et al, 2007: 299).

När det gäller validiteten och reliabiliteten på samtalsintervjuerna så finns det några punkter att beröra. Något som kan försämra validiteten är exempelvis abstraktionsnivån som frågorna lagts på. Det ställs frågor till verksamhetschefer som jobbar på ett ytterst konkret vis med vårdfrågor, om väldigt abstrakta värden så som ”alla människors lika värde” och ”behovsprincipen”. I deras dagliga verksamhet är det mycket möjligt att de aldrig tänker i så teoretiska former. (Esaiasson et al, 2007: 275-276).

Gällande hanteringen av intervjupersonernas svar spelade vi in intervjuerna. De inspelade intervjuerna har hög reliabilitet på så sätt att det inte är fråga om en tolkning av intervjuaren, risken för tolkning är obefintlig (Esaiasson et al, 2007: 63-66).

I den empiriska analysen så används ett antal intervjustudier som är gjorda av andra forskare och därför blir sekundärmaterial. Dessa intervjuer kommer att användas som ett komplement till intervjuerna med verksamhetschefer, som ett sätt att se hur värdehierarkin upplevs av vårdpersonal i Sverige. Detta gör att representativiteten för den empiriska analysen blir högre, men fortfarande tveksam. Det har inte funnits någon möjlighet till urval, alla de intervjuer som har funnits tillgängliga har använts men det kan inte hävdas att empirin ger tillräckligt stor täckning för att påstå att den gäller för hela Sveriges vårdpersonal. Däremot är det fullt möjligt att klara tendenser kan skönjas för vårdpersonalen i Sverige (Esaiasson et al, 2007: 178-182).

2.3 Normativ forskning som utvärdering

Definitionen av ett värde är enligt Forums filosofilexikon ”...en beteckning på något som positivt el. Negativt [...] bör styra mänsklig [...] strävan”. Mycket förenklat handlar det om värderingar om vad som är bra respektive dåligt (Filosofilexikon, 1988: 588).

Alla kan enligt denna definition skaffa sig en egen åsikt, och personliga värderingar kan skilja sig åt från person till person. Svårare blir det när systematisk kunskap skall uppnås i ämnet. För empiriska fakta finns ofta

vedertagna metoder om hur sant eller falskt kan uppnås. Teorier prövas, förkastas, styrks och rättfärdigas. Kan man göra på samma sätt inom värdefilosofi? Går det överhuvudtaget att rättfärdiga ett värdeomdöme och kan vissa värden hävdas vara sanna eller falska? (Bergström, 1992: 8-9).

Frågor som dessa kan i slutändan endast besvaras av vilken värdeteoretisk utgångspunkt du antar. Huruvida du anser att värderingar kan utgöra en acceptabel grund för forskning är beroende av om du sympatiserar med exempelvis en relativistisk, naturalistisk eller emotivistisk värdefilosofisk grund² (Bergström, 1992: 22-23).

Ett enkelt sätt att attackera problemet är att använda en utgångspunkt som närmar sig ett rättsvetenskapligt synsätt. Statsvetaren Ludvig Beckman kallar denna metod för det ”konventionella synsättet”, Verdung kallar det för ”måluppfyllelseutvärdering”. Med detta menas att vi i huvudsak utgår ifrån dokument som är utarbetade eller ratificerade av myndigheterna själva. Således finns även en juridisk aspekt inblandad (Beckman, 2006: 337-338).

Samtidigt är det självfallet så att en snäv ingångspunkt som denna inte räcker för att motivera en fullständig normativ utvärdering. Som Beckman själv säger: ”Hur demokratin skall mätas kan inte vara en fråga som skall avgöras med hänvisning till hur demokratin definieras av det politiska systemet självt”. Därmed är det inte bara rimligt, utan tvärtom önskvärt att samhällsforskare använder alternativa utvärderingskällor eller kriterier (Beckman, 2006: 338).

Som det artade sig faller nästan alla de dokument som vi använt oss av inom ramen för måluppfyllelseutvärdering. Detta är dock inget medvetet drag, dokumenten är valda efter principen om vilken tyngd och betydelse de har i debatten om hälso-och sjukvård. Varför vi gjort de val/bortval vi gjort redogörs för mer extensivt nedan.

2.4 Material

För att skapa en värdehierarki har vi använt oss dels av juridiskt bindande dokument, dels av ledande skrifter i den normativa debatten. Totalt är fem skrifter granskade. På högsta abstraktionsnivå återfinns FN:s deklaration om mänskliga rättigheter. Detta dokument är oundvikligt i en debatt om normativa värden i Sverige. Det talades visserligen om mänskliga rättigheter långt innan deklarationen antogs 1948, men det var först efter denna tillkomst som tanken fick stor global spridning. Trots att dokumentet inte har – och aldrig har haft – juridisk status, är den bild vi idag har av mänskliga rättigheter nära knuten till denna deklaration (Durén, 1995: 9,15, Goldmann – Pedersen - Osterud, 1992: 172, Bring, 2000, 25-26).

Vi har även valt att ta med de två viktigaste juridiska dokumenten. För det första har vi använt den kanske mest grundläggande av alla lagar i Sverige, regeringsformen. Regeringsformen är den inledande av Sveriges fyra grundlagar, och dikterar dels hur riket skall styras, men framförallt vilka fri- och rättigheter

²För en bättre och mer omfattande utredning av dessa begrepp hänvisas till Badersten (2006).

invånare i Sverige har. Alla lagar, föreskrifter eller organisationsformer som återfinns i vårt land måste ta hänsyn till denna skrift (Riksdagen, 2009).

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är det andra svenska juridiska dokument vi använt oss av. Lagen reglerar inte vilka rättigheter vi har, utan istället vilka skyldigheter kommun, landsting och andra vårdgivare har. Som ramlagstiftning³ för den berörda sektor vi ämnar undersöka, utgör den ett viktigt juridiskt stöd som kan anpassas efter specifika förutsättningar i vissa regioner och kommuner (Sahlin, 1994: 25-27).

Vidare har vi vidgat vårt perspektiv och även sökt internationellt stöd. Detta framförallt på grund av att de fri-och rättigheter som beskrivs i regeringsformen, delvis har minskat i betydelse när allt fler internationella traktat tillkommit under 1900-talets senare hälft (Riksdagen2, 2003). Här har vi använt oss av ”Konventionen angående skydd av de mänskliga rättigheterna och människans värdighet med avseende på tillämpningen av biologi och medicin”. Konventionen är författad av Europarådet, och dessutom ratificerad av Sverige. Förutom att den ger ett internationellt perspektiv gäller den sedan 1 december 1999 som svensk lag. För enkelhetens skull kommer vi i fortsättningen hänvisa till den som *bioetikkonventionen* (Regeringen, 2009).

På lägsta abstraktionsnivå har vi använt dokument som inte innehar juridisk status, men som på grund av sin vikt i hälso- och sjukvårdsdebatten får sägas fungera normgivande. Den viktigaste texten som författats inom debatten är enligt vår uppfattning den prioriteringsutredning som socialstyrelsen publicerade på uppdrag av regeringen i mars 1995. Denna kallades för *vårdens svåra val*, och är en del av statens offentliga utredningar. Som exempel på vilken vikt denna haft kan nämnas att den gav upphov till en proposition om ändringar i andra paragrafen av hälso- och sjukvårdslagen (Prop. 1996/97:60), vilket sedan antogs som lag (HSL, 1997: 142). Efter detta har inga nya prioriteringsutredningar sjösatts, men däremot har efterlevnaden av den gamla granskats, vilket gett upphov till en kortare kommentar av socialstyrelsen, kallad *Prioriteringar inom hälso-och sjukvården*. För att stärka aktualiteten i studien har även denna använts.

Av de dokument som valdes bort kan bland annat nämnas skrifter av statens etisk-medicinska råd. Dessa valdes inte bort på grund av bristande betydelse, utan på grund av att dessa efter närmare granskning visade sig bygga på i huvudsak samma texter vi har nämnt ovan. Av andra texter kan bland annat nämnas den utredning som Linköpings prioriteringscentrum genomförde på uppdrag av socialstyrelsen, ”*Vårdens alltför svåra val*”. Denna undersökning är dock framförallt en granskning av implementeringen, därmed har vi ansett det lämpligare att använda denna i analysen.

³En ramlag sätter direktiv och principer för handlingsutrymme, men närmre utformning lämnas åt de berörda parterna (Sahlin, 1994: 25-26).

3 Värdehierarki

För att extrahera de värden som kan anses vara de viktigaste för svensk hälso- och sjukvård har vi, som tidigare nämnt, använt oss av FN:s deklaration om mänskliga rättigheter, Regeringsformen, Europarådets konvention angående skydd av de mänskliga rättigheterna och människans värdighet med avseende på tillämpningen av biologi och medicin, hälso- och sjukvårdslagen, socialstyrelsens prioriteringsutredning från 1995 samt samma myndighets rapport Prioriteringar i hälso- och sjukvården (2007). Endast dessa dokument har legat till grund för hur vår värdehierarki blev utformad. Genom att göra en textanalys av dessa texter har vi utkristalliserat de viktigaste värdena för hälso- och sjukvården samt rangordnat dem. Det bör även nämnas att de värden som extraheras inte är relaterade till någon specifik operativ beslutsnivå, utan är tillänkta att fungera som etisk plattform för läkare så väl som administratörer.

För att analysen inte ska anses vara godtycklig så har slutligen ett antal kriterier använts för att systematisera värdeextraheringen och rangordningen. Dessa kriterier är i sig inte rangordnade.

Ett värde ska anses vara viktigt om det:

* **Nämns ofta och återkommande:** Att ett värde nämns ofta kan vara ett tecken på hög betydelse.

* **Nämns med starka formuleringar:** Ibland nämns värdena med starka formuleringar, det vill säga exempelvis *måste* eller *ska* gälla. Är det dessutom lagtexter så är sådana formuleringar starka då de är direkt tvingande. Det kan finnas en grad av styrka i dessa formuleringar. *Måste* och *ska* betraktas exempelvis starkare än *kan*, *rekommenderas* och *bör*.

* **Nämns i viktiga delar av dokumentet:** I vissa dokument så finns det vissa delar som är av större vikt än andra. Delar kan endast anses vara viktigare än andra om normkällan själv ger uttryck för att det ligger till så. Ibland kan dokumentens genre avgöra vilka delar som är viktigast. Detta gäller framförallt lagtexter där de första paragraferna är viktigare än de senare. Dessa är så kallade målparagrafer som kan sägas vara övergripande och sammanfattande för hela dokumentet.

Efter genomförd analys slutade vi i följande rangordning av principerna:

1. Likavärdesprincipen
2. Behov
3. Valfrihet
4. Kostnadseffektivitet

Nedan följer en genomgång av samtliga principer och en systematisk motivering av våra val. Denna normativa del kommer att avslutas med en genomgång av alternativa värden. Dessa är värden som framkom i texterna men inte bedömdes av tillräckligt stor vikt.

3.1 Likavärdesprincipen

Det mest övergripande värdet inom sjukvården består i en likavärdesprincip för alla människor. Värdet utgår från en humanistisk människosyn som betonar individens värdighet och frihet. I alla dokument som granskats utgör detta en okränkbar ram för alla andra principer och lagar som förekommer. Nedan följer en närmare motivering till den höga status detta värde ges, och en bättre precisering av dess kännetecken.

Den höga status som ges åt detta övergripande värde baseras på alla tre undersökningskriterier. För det första förekommer den med relativt hög frekvens, och återfinns i alla dokument som studerats. I FN:s deklaration om mänskliga rättigheter beskrivs i inledningsformuleringen: ”Alla människor äro födda fria och lika i värde och rättigheter” (FN, artikel 1). I den svenska regeringsformens andra paragraf skrivs vidare om ”alla människors lika värde” (SFS, 1974:152: § 2). På lägre abstraktionsnivå förekommer begreppen i inledande formuleringar. I Hälso- och sjukvårdslagens andra paragraf (Mål för hälso- och sjukvården) talas om sjukvård ”på lika villkor”, och i efterföljande mening återupprepas citatet från regeringsformen: Vård bör ges med ”alla människors lika värde” i åtanke (HSL, § 2). Bioetikkonventionen i sin tur inleds med ett beaktande av bland annat FN:s mänskliga rättigheter. Under det första kapitlet – Allmänna bestämmelser, förekommer dessutom på nytt målet om vård ”på lika villkor” (Bioetikkonventionen, 1997: artikel 3).

När prioriteringsutredningen 1995 gav sitt förslag på etisk plattform för den svenska sjukvården, är också den humanistiska människosyn som det getts uttryck för ovan, grunden för deras första prioritering: människovärdesprincipen. Utredningen kallar den ”nödvändig” och beskriver den som hämtad i västerländsk humanism, med respekt för varje människas enskilda värde som viktigaste ingrediens (SOU, 1995:5 117).

Av ovan redovisad information följer även att de övriga två kriterierna uppfylls. Värdet förkommer inte bara ofta, utan också i de dokument som väger tyngst, liksom i viktiga faser av dessa dokument. I artikeln om mänskliga rättigheter utgör den portalparagrafen, och i juridiskt viktiga dokument som hälso- och sjukvårdslagen liksom europakonventionen är detta värde ett av de huvudsakliga målen för sjukvården som helhet. Utifrån dessa dokument är den således den klart viktigaste principen, vi väljer att kalla den likavärdesprincipen.

Trots likavärdesprincipens ohotade placering i de texter vi tagit del av, är den långt ifrån okontroversiell. Vid sidan om debatten om huruvida det överhuvudtaget är filosofiskt rimligt att tala om ett unikt människovärde, är det inte självklart vad begreppet bör innehålla (Hedenius, 1982: 10-19, Egonson,

1999: 10-11). Eftersom detta dock inte i första hand är en uppsats om människovärdet som sådant kommer ingen längre filosofisk diskussion att föras. Istället kommer vi kort att redogöra för vad vi avser med begreppet likavärdesprincipen.

För det första omfattas principen av en humanistisk människosyn. Denna står i kontrast till en teknokratisk människosyn, som sätter värde på människan utifrån dess funktion. Sjukvården får alltså inte i första hand värdesätta patienter efter någon specifik icke-medicinsk egenskap (Strandmark Kjölsrud, 1995: 93-95). Filosofen Dan Egonson skriver: ”det har ett egenvärde att vara människa.” (Egonson, 1999, 10). Även prioriteringsutredningen betecknade detta väl: ”Det relevanta vid prioriteringar är att människovärdet inte är knutet till människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället, såsom begåvning, social ställning, inkomst, hälsotillstånd, ålder etc. utan till själva existensen.”

Denna syn leder fram till den praktiska utformningen av vården, som medför att två patienter med lika åkommor, utan inbördes skillnader som potentiellt kan påverka det medicinska resultatet, bör få lika behandling.

I studier vi tagit del av påpekas att de ekonomiska resurserna sätter ramarna för vad som är möjligt i det dagliga arbetet. När resurserna tryter måste etiska värderingar styra, som grundar sig på att de facto prioritera vissa patienter framför andra (Prioriteringscentrum, 2007: 106). Likavärdesprincipen är i de fall inte till någon större hjälp, och ger ingen vägledning för när prioriteringar mellan sjuka patienter måste göras. Principen förklarar snarare vilka prioriteringar som inte får göras. Diskussionen om aktiva val aktualiseras vidare i våra tre nästföljande värden.

3.2 Behovsvärdet

Begreppet behov är ett vitt begrepp som kan rymma många innebörder. Den finländske filosofen Georg Henrik von Wright argumenterar exempelvis för att behov helt enkelt är något man far illa av att vara utan (SOU, 1995:5: 109). När det gäller behov i en hälso- och sjukvårdskontext så finns det andra definitioner. Exempelvis ges behovsbegreppet en teleologisk tolkning⁴ av författaren Lars Bernfort, som menar att behov ”ska ses som ett gap mellan det tillstånd som råder och ett mål som satts upp” (Bernfort, 2003: 2).

I prioriteringsutredningen så slog man fast ”behovs- eller solidaritetsprincipen” som ett av de värden som svensk hälso- och sjukvård ska ta hänsyn till i sin etiska plattform. Av de tre värden som utredningen slog fast som viktigast, rankade man detta värde som tvåa i hierarkin. Med ”behovs- eller solidaritetsprincipen” menar man att de med störst behov inom vården skall prioriteras. De med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten skall alltså behandlas i första hand. I utredningen menar man att endast hälso- och livskvalitetsrelaterade behov är

⁴ En etisk teori som hävdar att en handlings etiska värde beror av dess konsekvenser (Bernfort, 2003:2).

relevant när man ska särbehandla eller ge förtur. Detta innebär att man tar avstånd ifrån exempelvis ett förväntansrelaterat behovsbegrepp där behov bestäms av vilka förväntningar och önsknings patienten har (SOU, 1995:5: 109-111). Med solidaritet menar man att behoven hos de svagaste särskilt ska uppmärksammas – dit räknar man bl.a. barn ålderdementa och gravt psykiskt störda. I prioriteringsutredningen så rankar man ”behovs- eller solidaritetsprincipen” högre än kostnadseffektivitetsprincipen vilket innebär att svåra sjukdomar ska prioriteras före lindrigare, även om vården är kostsam (SOU, 1995:5: 113).

I Socialstyrelsens rapport så ifrågasätter man däremot den höga rankningen av ”behovs- eller solidaritetsprincipen”. Man menar att kostnadseffektivitetsprincipen inte alltid borde underordnas de andra värdena och att det kan vara svårt att på ett praktiskt plan bedöma vem som har ”störst behov”. Däremot så vill man inte ta bort värdet fullständigt utan det anses, trots ifrågasättandet av rangordningen, vara ett självklart värde för vården att ta hänsyn till (Socialstyrelsen, 2007: 7-8).

Begreppet ”behov” återfinns även i hälso- och sjukvårdslagen. Under rubriken ”Mål för hälso- och sjukvårdslagen”, § 2, skriver man: ”Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården” (HSL, 1982:763: § 2). Begreppet återkommer ofta i lagen och helhetsbilden är att det är ett av de värden som betonas allra mest. Dessutom tyder dess förekomst i redan den andra paragrafen på en stor betydelse.

I de normkällor som befinner sig på en högre abstraktionsnivå finner man inte behovsbegreppet, förutom en kort formulering i Bioetikkonventionen där man säger att vård ska ges ”med beaktande av vårdbehoven...” (Bioetikkonventionen, 1997: artikel 3). Detta är i sig ingenting konstigt eftersom att ordet behov i en hälso- och sjukvårds kontext inte heller kan förväntas hittas i Sveriges grundlag eller FN:s konvention om mänskliga rättigheter, då begreppet rör sig på en alltför låg abstraktionsnivå. Behovsprincipens höga rankning beror framförallt på att den förekommer i viktiga delar av både prioriteringsutredningen och hälso- och sjukvårdslagen samt att värdet nämns med starka formuleringar som påvisats ovan.

3.3 Valfrihetsvärdet

Lars Nordgren skriver i sin artikel *Intåget av valfrihet och vårdgaranti i den svenska sjukvården – en diskursanalys* om valfrihetsbegreppets intåg i den svenska hälso- och sjukvården. Han menar att ”valfrihet” grundar sig i den neoklassiska nationalekonomins kritik av välfärdsdiskursen. Kritiken består i att man menar att välfärdsstaten kränker individens frihet att göra egna val och vara aktiv i fråga om produktion och konsumtion. Valfrihetsbegreppets frammarsch menar Nordgren också kan kopplas till NPM:s⁵ globala framgångar. Genom att se

⁵NPM, New Public management, är beteckningen på en rörelse som bland annat förordar att många av de klassiskt offentliga uppgifterna kan utföras lika väl, eller bättre av privata aktörer (Se bland annat: Premfors, 2003: 325).

på patienter som kunder med rätt att efterfråga, och vård som utbud, så blev begreppet ”valfrihet” en självklarhet. Kunderna borde ha rätt att välja bland utbudet, precis som i övriga marknaden. Nordgren menar att detta ledde till en rättighetsdiskurs inom vården, där ett individuellt rättighetstänkande påverkade språkbruket och gjorde ”valfrihet” till ett honnörsord, som blev legitimerat och etablerat som en självklarhet i den svenska vården (Nordgren, 2006: 37-45).

I textanalysen av Hälso och sjukvårdslagen (1982:763) så blir det tydligt att valfrihetsvärdet tilldelas stor vikt. Med formuleringar som: ”respekt för patientens självbestämmande” (HSL, 1982:763: § 2a), ”ge patienten möjlighet att välja (ibid, § 3a)”, ”Landstinget får inte begränsa den enskildes val (ibid, § 5)” och ”Landstinget ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster (ibid, § 5)” så finns det ingen tvekan om att begreppet har betydelse för svensk sjukvårdslagstiftning.

I prioriteringsutredningen nämns valfrihet som ett värde som ofta förekommer i Hälso- och sjukvårdsdebatten men som man valt att inte inkludera i sin etiska plattform, då man inte anser det vara lika viktigt för vården att använda som grundval till etiska beslut som de andra värdena (SOU, 1995:5: 121). Under stycket ”5.3.1 Ökad valfrihet” i prioriteringsutredningen så diskuterar man valfrihet i vården, man slår fast att begreppet har fått stort genomslag i svensk sjukvård. Utredningen argumenterar för att det finns en trend i Sverige som innebär att huvudmännen inom vården vill tillgodose patienternas valfrihet.

Även om valfrihetsbegreppet ifrågasätts i prioriteringsutredningen så verkar begreppet vara accepterat som ett värde som sjukvården även i framtiden borde ta hänsyn till, så länge det inte krockar med de högre rangordnade värdena (SOU, 1995:5: 67).

I vår värdehierarki så har vi valt att rangordna ”valfrihetsvärdet” som trea. Detta framför allt med hänvisning till dess stora betydelse i hälso- och sjukvårdslagen, där det nämns ofta och återkommande och med starka formuleringar som att värdet ”ska” tas hänsyn till och att värdet inte får begränsas. Att det nästan inte förekommer i de andra dokumenten och inte under de viktigaste paragraferna i lagstiftningen, bidrar dock till att det inte kan anses vara lika högt rankat som likavärdesprincipen och behovsvärdet. Detta får även stöd av prioriteringsutredningen, där värdet nämns men inte återfinns i deras värdehierarki (SOU, 1995:5).

3.4 Kostnadseffektivitetsvärdet

Det sista värdet i vår hierarki är ett ekonomiskt värde. I analysen av våra texter framstår detta värdet som ett värde att beakta, men inte i lika hög grad som de tre ovan nämnda. Anledningen är att det inte diskuteras i lika viktiga paragrafer eller artiklar som de två viktigaste värdena, och att formuleringarna om kostnadseffektivitet inte kan anses lika förpliktigande som uppmaningarna om valfrihet. Detta preciseras bättre nedan.

I hälso- och sjukvårdslagen förekommer syftningar till kostnadseffektivitet vid tre tillfällen. Under landstingets ansvar beskrivs för det första att Landstinget får ingå samarbeten för att ”uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser” (HSL, 1982:763: §3). Lagen dikterar i det här fallet alltså enbart att det inte är förbjudet att agera i enlighet med principen. Formuleringarna blir sedan kraftigare för dels rikssjukvården (ibid, §9), dels för ledningen av sjukvården (ibid, §28,29,30). I paragraf nio skrivs att ”Rikssjukvården skall samordnas till [...] en ekonomiskt effektiv verksamhet...” och under paragraf 28 skrivs att ledningen skall organiseras så att den tillgodoser bland annat kostnadseffektivitet.

Konventioner på högre abstraktionsnivå refererar inte till principen. Istället måste vi se till prioriteringsutredningen för fler hänvisningar.

Prioriteringsutredningen placerar kostnadseffektivitet som den tredje principen som skall ligga till grund för vårdbeslut. Principen diskuteras utifrån två perspektiv. För det första utifrån det faktum att resursslöseri är etiskt förkastligt. I tredje kapitlet skriver man att även om de övergripande målen är humanitära, står detta inte i ”*motsatsförhållande till behovet att hushålla med tillgängliga resurser*” (SOU, 1995:5: 52). En sådan slutsats får också tvärvetenskapligt stöd. Hälsoekonomerna Ferraz-Nunes, Karlberg och Bergström skriver att det får ses som oetiskt att använda mer resurser än vad ens mål kräver, och statsvetaren Lennart Lundquist skriver att hänsyn till ekonomivärden är en mycket viktig del av det offentliga uppdraget (Ferraz-Nunes et al, 2007: 27, Lundquist, 1999: 106). För det andra diskuteras att alla beslut som tas återfinns inom särskilda ekonomiska ramar. Utredningen pekar på förarbeten till hälso- och sjukvårdslagen, och formuleringar som att vård skall erbjudas: ”inom ramen för tillgängliga resurser...” eller ”behovet av hälso- och sjukvård skall styra möjligheterna att få vård inom ramen för de ekonomiska resurser huvudmannen förfogar över.” (SOU, 1995:5: 90, 91).

I Socialstyrelsens rapport värderas värdet högt. Exempelvis konstateras kort att: ”Det torde t.ex. vara ovanligt att medborgare/väljare hyser uppfattningen att man borde välja mindre effektiva metoder till förmån för mer effektiva sådana” (Socialstyrelsen, 2007: 13).

Definitionen av kostnadseffektivitet är mycket omdiskuterad. I socialstyrelsens rapport påpekas exempelvis att den tidigare definitionen en *rimlig relation mellan kostnad och effekt* är mycket bred och delvis svår att applicera på beslutsprocessen (Socialstyrelsen, 2007: 12). Det finns uppenbara problem. Vad är egentligen en ”rimlig” relation? Hur mäter man effekterna? Och vad skall inräknas i kostnaderna?

Både vad en rimlig relation innebär, och vilka kostnader som skall räknas in är svårösta problem, men effektproblemet kan lösas genom att utgå ifrån specifika mål. Lundquist ser exempelvis effektivitet som kvoten mellan måluppfyllelse och kostnad, vilket liknar definitionen som förekommer i hälsoekonomiska sammanhang: Ferraz-Nunes, Karlberg och Bergström, menar att effektivitet kan beskrivas som grad av måluppfyllelse, och att kostnadseffektiviteten därmed ”sätter prestationerna i förhållande till resursåtgången.” (Lundquist, 1999: 64, Ferraz-Nunes, Karlberg, Bergström, 2007: 29-30). Kostnadseffektivitetsvärdet

deklarerar därmed en rimlig relation mellan kostnaden och effekten av det som avses uppnås.

Därmed inte sagt att det råder konsensus om hur man genomför hälsoekonomiska utvärderingar av effekter. Det finns ett antal olika utgångspunkter i hur effekt skall operationaliseras (vunna levnadsår, minskad smärta, vunna kvalitetsjusterade levnadsår o.s.v.), att diskutera dessa metoder ligger dock utom ramen för denna undersökning.⁶

Det skall slutligen tilläggas att kostnadseffektivitet är ett värde som växt under de senaste åren. De nya, kraftigare formuleringarna i hälso- och sjukvårdslagen har tillkommit under sent 1990-tal eller 2000-tal, och i den nya rapporten från socialstyrelsen tas större hänsyn till värdet. Genom att värdet nu nämns med större frekvens än tidigare och med starkare formuleringar har värdets betydelse ökat.

3.5 Alternativa värden

I textanalysen av de valda normkällorna så återfanns en mängd värden, men endast fyra stycken av dessa värden används i värdehierarkin. Här ska nu några av de värden som inte togs med redovisas och en förklaring skall ges till varför de inte används.

Ett värde som återkom ofta var "god hälso- och sjukvård" (HSL, 1982:763: § 2 och § 3, SOU: 1995:5: 90-92, Socialstyrelsen, 2007: 11). Detta är dock ett värde som är så abstrakt att det är omöjligt att definiera. "God hälso- och sjukvård" är ett så vitt begrepp att det oundvikligen blir subjektivt. Varför "god hälso- och sjukvård" slutligen inte togs med är eftersom att samtliga dokument som använder sig av värdet även lyfter fram andra värden som de påstår rymms under värdet. "God hälso- och sjukvård" verkar för dokumenten vara ett slags paraplybegrepp. T.ex. så menar prioriteringsutredningen att om likavärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen efterföljs så är det god hälso- och sjukvård (SOU: 1995:5).

Detsamma gäller för värdet "rättvisa" (FN, 1948: artikel 23 , SOU: 1995:5: 113). Även detta är ett enormt paraplybegrepp som rymmer flera andra värden och därför inte har använts. Några värden har även sällats bort för att de enligt de redovisade kriterierna inte kan anses lika viktiga som de fyra värden som slutligen kom med i värdehierarkin. De fyra värdena som kvalificerade sig kan anses vara av stor vikt för våra dokument, men i textanalysen återfanns även värden som var av medel eller liten vikt. Några sådana värden är: icke-diskriminering (se bla HSL, 1982:763: § 5, SOU, 1995:5: 127), kvalitet (SOU, 1995:5: 159 och HSL, 1982:763: § 9a), tillgänglighet (SOU, 1995:5: 175) och respekt (HSL, 1982:763: § 2d).

⁶För den intresserade återfinns en rik litteratur om hälsoekonomisk utvärdering. För en bra introduktion: Se Anell, 2009: Kap 5-8.

4 Analys av vårdcentraler

För att utreda vilka värden som är viktiga inom svensk vård har vi använt oss av intervjuer. Intervjuerna är gjorda på vårdcentraler i Skåne med åtta standardiserade frågor som ställts till fyra verksamhetschefer. Tre av cheferna var kvinnor och en man. För att analysera svaren har vi sedan använt samma metod som tidigare nyttjats: Tre huvudsakliga frågor ställs till det svarsmaterial som skall analyseras, detta för att på ett systematiskt sätt utreda vilka värden som primärvårdscheferna betraktar som viktigast.

De två första frågorna angriper precis som tidigare frekvensen (alltså hur ofta ett särskilt värde förekommer) och styrkan (Hur kraftiga formuleringar som används vid hänvisning till ett specifikt värde). Den tredje frågan kan dock inte användas direkt översatt. Vid analysering av dokumenten tittade vi på var i dokumenten värdena framkom. Vissa delar (ofta de inledande) av dokumenten ansågs viktigare än andra. För våra intervjuer har vi istället tittat på vid vilken fråga svaret förekommer. Det anses viktigare om respondenten själv har framlagt värdet utan vår ledande hjälp. Ett exempel kan vara att respondenten på andra frågan ombeds redogöra för de viktigaste värdena, medan han/hon i en senare fråga ombeds kommentera våra värden. Om ett värde framkommer som viktigt utan vår ledande hjälp bedöms detta som viktigare än annars.

Vid sidan av våra egna intervjuer kommer vi ta hjälp av en uppsjö av undersökningar. Detta är nödvändigt dels för att ge stöd åt våra egna resultat, men framförallt för att våra intervjuer är mycket fåtaliga och långt ifrån representativa. Upplägget kommer annars se ut på samma sätt som vid presentationen av värdehierarkin. Enligt samma princip som ovan presenteras i ordning förekomsten av likavärdesprincipen, behovsvärdet, valfrihetsvärdet och kostnadseffektivitetsvärdet. Dessutom redovisas en diskussion om alternativa värden. Frågorna vi ställt till verksamhetscheferna redovisas i Bilaga 1.

4.1 Likavärdesprincipen

I alla fyra intervjuer framkom denna princip som viktig. Två av respondenterna svarade tidigt att lika vård på lika villkor var en viktig princip. Det hänvisades bland annat till FN:s mänskliga rättigheter och Region Skånes värdegrund (Silow, 2009, Henrikz, 2009). Man pekade på alla människors lika värde, och att ”man inte fick köpa sig fram i kön”, eller ”du ska ha tillgång till kvalificerad vård oavsett social ställning eller kapital på banken” (Silow, 2009). Det sistnämnda

tyder på ett motstånd mot ett användande av en teknokratisk människosyn. Det hänvisades även till hälso- och sjukvårdslagen och att vården skall utföras likvärdigt ”oavsett vem du är” (Henrikz, 2009).

De två andra respondenterna pekade inledningsvis på vården på en lägre abstraktionsnivå, men gav oss medhåll när våra värden presenterades. Värdet diskuterades således inte med särskilt hög frekvens, men när det väl diskuterades sågs det som en självklarhet (Engblom, 2009, Jönsson, 2009). En av respondenterna pekade på det komplicerade i att skilja på människor utifrån andra premisser än medicinska. Det ansågs vara en teoretiskt svår fråga att försöka välja ut en människa framför en annan, på annat en det rent akuta medicinska behovet (Henrikz, 2009).

En liknande bild framkommer av de studier vi tagit del av. I samtliga framhävs människovärdesprincipen (likavärdesprincipen) som överordnad (Se bland annat: Höglund, 2003: 42, Prioriteringscentrum, 2007: 48, Arvidsson et al, 2003: 56). Dock verkar tillämpningen av värdet vara ett problem för många. I Anna Höglunds kvalitativa studie har exempelvis nio läkare, sjuksköterskor och undersköterskor intervjuats. Tillämpningen ifrågasätts, och värdet uppskattas istället som sunt förnuft, som en självklarhet:

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. (Höglund, 2003: 40).

I prioriteringscentrums uppföljning på socialstyrelsens prioriteringsutredning intervjuades vidare personal på ett urval av sjukhus i Sverige. Lika vård på lika villkor sågs även här som en självklarhet, men det uttalades misttanke om att det långt ifrån alltid var människovärdet som styrde. Av de grupper som uttalades som diskriminerade nämndes bland annat icke-förvärvsarbetande, rökare, alkoholister, asylsökande och utomnordiska personer. Inga uttalanden gjordes dock från personalen om att dessa funktioner borde nedvärderas. Snarare sågs vissa former av sådan diskriminering som ett misslyckande. ”Inom rehabiliteringsområdet gavs exemplet att äldre, icke yrkesverksamma har mindre tillgång till rehabiliterande insatser än andra, vilket anses orimligt.” (Prioriteringscentrum, 2007: 48-49).

En typ av diskriminering ansågs dock rimlig. Mycket gamla personer som lider av samma sjukdom eller har samma medicinska behov som ett barn ansågs av vissa som skäl för diskriminering. Diskussionen fördes då utifrån ett nyttoperspektiv. ”Vem ska gå före, barnet som har en längre nytta av insatsen eller den gamle?” (Prioriteringscentrum, 2007: 50).

Diskussionen fördes även i Höglunds intervjustudie. Dels pekade vissa på att även om prioriteringar på grund av ålder förekom, var detta emot hans/hennes yrkesetik. Dels ansåg många att prioriteringen var fullt rimlig, och att det även fanns underliggande rättvisa grunder för besluten (Höglund, 2003: 48-54). Ett citat från en av läkarna symboliserar tankesättet:

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. (Höglund, 2003: 52-53).

Sammanfattningsvis kan hävdas att likavärdesprincipen står otvetydigt fast som den viktigaste principen även i analysen av sjukvården. Detta framförallt på grund av att den lyfts fram utan ledning och att formuleringarna stundtals är mycket starka.

4.2 Behovsvärdet

I resultatet av samtalsintervjuerna med verksamhetscheferna, så verkar behovsvärdet vara ett legitimerat och accepterat värde med hög relevans för den dagliga verksamheten. På frågan ”Vilka etiska värden styr er dagliga verksamhet?” så svarar två av respondenterna att det är patienternas behov som styr framför allt (Silow 2009, Henrikz 2009). Detta ger behovsvärdet en stor vikt då respondenterna nämner värdet självmant, det vill säga att utan att vi specifikt frågat vad de tycker om just det värdet. Vidare så är ett intressant resultat av intervjuerna det faktum att tre av fyra respondenter höll med om behovsvärdets höga rangordning i värdehierarkin. Den respondenten som inte höll med om rangordningen ville byta plats på likavärdesprincipen och behovsvärdet. Att hon tyckte att behovsvärdet skulle vara rangordnat som etta i hierarkin motiverade hon med att man i den dagliga verksamheten tog beslut främst efter behov, och att likavärdesprincipen kändes för ”teoretisk”. Samma respondent svarade vidare att behovsvärdet även var ett värde som ”är väl grundat bland mina medarbetare” (Henrikz, 2009).

När det gäller vad man menar med behovsvärdet så framkom lite skilda åsikter i intervjuerna. En av respondenterna tryckte på att det var det medicinska behovet som skulle gälla och inte patienternas egna önskningar om vård. Hon menade att det är den utbildade vårdpersonalen som kan avgöra vilka behov som finns (Jönsson, 2009). En annan respondent tyckte däremot att man ska ”tillfredställa patienternas behov och önskningar (Silow, 2009)” vilket kan tolkas som att han tycker att även patienten bör ha inflytande i vad som ska menas med behov.

I de intervjustudier som vi tagit del av framkommer en entydig bild av behov. Den bilden är att behov är ett värde som all vårdpersonal tar i beaktande vid prioritering i sitt arbete. Dels förekommer värdet med hög frekvens i undersökningarna och dels så beskriver många i sina slutsatser att behov verkar vara den mest självklara principen för vårdpersonal när de prioriterar i vården.

Precis som prioriteringsutredningen föreslår (SOU, 1995:5:195) så anser många intervjuade också att det är det medicinska behovet som man menar när man prioriterar (Höglund 2003: 34, Mårtensson et al, 2006: 19).

Anledningen till att behovsvärdet får sådant genomslag i vårdpersonalens praktiska vardag är förmodligen att det är ett väldigt konkret värde. I

prioriteringsutredningen så gjorde man en lista över hur patienters behov skall rangordnas. Där listade man vilka diagnoser som skall betraktas som allvarligast (högst prioriterade) samt lindrigast (lägst prioriterade). Behovsvärdet har i och med den rangordningen brutits ned till en betydligt lägre abstraktionsnivå, vilket också möjliggör för vårdpersonalen att tillämpa värdet i sin dagliga verksamhet (SOU, 1995:5: 157).

I en av undersökningarna, gjord av Mårtensson m.fl, gjorde man totalt 62 intervjuer med vårdpersonal i Svealand och Götaland. De frågade dessa om prioriteringar i vården och en av slutsatserna som drogs var: ”Den vanligaste åsikten gällande vilka principer som ska gälla i första hand är att prioriteringar ska styras av patientens medicinska behov” (Mårtensson et al, 2006: 16).

I Höglunds liknande intervjustudie *Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal* blir det väldigt tydligt i resultatavsnittet att vårdpersonal prioriterar med stor hänsyn till behovsvärdet. T.ex. skriver Höglund under rubriken ”Hur går man till väga när man fattar prioriteringsbeslut?”: ”De intervjuade sköterskorna redovisar tydligt att de vet att de har en egen prioriteringsordning. Samtliga verkar grunda sin prioriteringsordning på medicinska behov” (Höglund, 2003: 33).

I en tredje undersökning har man intervjuat vårdpersonal från Lycksele och Halmstad om prioriteringar i vårdens vardag. I slutsatsen av denna skriver man: ”I det dagliga arbetet balanserar deltagarna mellan att tillgodose olika behov och olika uppgifter beroende på angelägenhetsgrad” (Karlsson och Lyrén, 2005: 19).

Behovsvärdet kan enligt det redovisade empiriska resultatet anses vara väldigt viktigt då det förekommer med hög frekvens, nämns självmant av respondenterna och dessutom nämns med starka formuleringar så som påvisat ovan.

Det verkar dessutom vara ett värde som vårdpersonal är väl bekanta med och som får stor vikt i den dagliga verksamheten. Stundtals kan det till och med verka vara viktigare för vårdpersonalen än likavärdesprincipen. Detta beror dock förmodligen på att behovsvärdet går att ta ner på en abstraktionsnivå som gör det lätt att ta beslut utifrån värdet medan likavärdesprincipen lätt blir ett mer teoretisk.

4.3 Valfrihetsvärdet

Ingen av verksamhetscheferna nämnde valfrihetsvärdet innan fråga 5. där vi specifikt bad dem att kommentera värdehierarkin som vi gjort, där valfrihetsvärdet finns med. Detta gör att valfrihetsvärdet inte kan anses vara ett av de viktigaste värdena för dessa verksamhetschefer.

Det var dock ingen verksamhetschef som ville ta bort valfrihetsvärdet från hierarkin eller förändra dess plats i rangordningen. Två stycken respondenter uttryckte sig positivt om värdet. En av dessa svarade på frågan om vad denne tyckte om vår värdehierarki att ”valfrihet det tycker jag är viktigt och det kan man säga att det har gett mer makt åt individen (Silow: 2009)”. Den andre respondenten svarade liknande på samma fråga, även denne tyckte att patientens makt hade ökat i och med ökad valfrihet i vården, och att detta var något positivt.

Samma respondent menade även vidare att valfriheten hade gjort att patienterna lättare fick besökstid (Engblom: 2009).

En annan av respondenterna var mer tveksam emot värdet. Hon sa t.ex: ”Valfrihet – fine, det vore ju bra om alla fick välja men om jag tar ner det till en vardagsgrej för oss nu när vi har gått in i hälsovalet⁷, som politiker kan man lätt säga: alla ska få välja, men i den praktiska verkligheten kan problem uppstå. Det blir en slags konflikt i valfriheten (Jönsson: 2009)”.

Valfrihetsvärdet återfinns inte som en självklarhet i intervjustudierna vi gått igenom där man ställer öppna frågor om hur man ska prioritera i vården. Tvärt om så förekommer värdet med väldigt låg frekvens. I Arvidssons m.fl (Arvidsson et al, 2007) samt Mårtenssons m.fl studier (Mårtensson et al, 2006) så förekommer inte värdet överhuvudtaget, i Höglunds och Karlsson och Lyréns studie så diskuteras värdet, men detta relativt kort.

I två studier pekar man på att vårdpersonalen tycker att valfrihetsvärdet är ett politikerförslag som är svårt att leva upp till i praktiken. Man visar på att en medvetenhet om valfrihetsbegreppets intåg i vården finns, men ingen intervjuperson, i någon av studierna, verkar självmant ta upp valfrihet som ett viktigt värde i sitt dagliga arbete (Höglund 2003: 68, Karlsson och Lyrén 2005: 4).

Höglund kommer i sin studie fram till att vårdpersonalen tycker att valfrihetsvärdet kan krocka med likavärdesprincipen och behovsvärdet. De menar att ökad valfrihet inom vården kan slå mot svaga personer då de inte orkar eller kan vara aktiva ”väljare” själva och att det finns en risk att starkare personer med höga röster kan tränga sig före (Höglund 2003: 62). I Höglunds studie visas några citat som visar att personalen kan känna starka känslor emot värdet. En läkare uttrycker att: ”Ingen är intresserad av att genomföra valfriheten!” (Höglund 2003:62). En annan tycker dock att: ”valfriheten egentligen är väldigt positivt under förutsättningar att det finns obegränsade resurser. Men det finns det inte” (Höglund 2003: 62).

I en enkätundersökning där vårdpersonal ombads redovisa vilka valmöjligheter man ville ge allmänheten (Anell och Rosén 1995: 7) visar det sig att vårdpersonalen är ganska negativt inställda till valfrihet. På påståendet ”De flesta patienter saknar idag tillräcklig information för att kunna göra ett genomtänkt val av sjukhus” svarade 88% att man instämmer helt eller delvis och på påståendet: ”Om det finns flera behandlingsalternativ, så bör läkaren avgöra vilket alternativ som ska väljas” svarar 74% av läkarna och 75% av sjuksköterskorna att man instämmer delvis eller helt (Anell och Rosén, 1995: 46-48).

Sammanfattningsvis så verkar valfrihetsvärdet vara ett relativt svårdefinierat värde som på grund av dess låga frekvens i de behandlade studierna, att det inte nämndes utan ledning från intervjuaren samt vissa intervjupersoners negativa inställning till begreppet inte kan anses som ett starkt och självklart värde för sjukvårdspersonal i Sverige. Även om det förekommer blandade känslor inför värdet så verkar alla vara överens om att det är ett värde som man tar hänsyn till, mest på grund av den senare tidens politiska reformer med syfte att öka patienternas valfrihet.

⁷Hälsovalet i Skåne sjuösattes i maj 2009. I korthet innebär det att vårdtagarnas valfrihet ökar. Större konkurrens mellan vårdcentralerna var tänkt att öka deras serviceförmåga. För mer information se: (Hälsoval Skåne, 2009).

4.4 Kostnadseffektivitetsprincipen

Kostnadseffektivitetsvärdet lyftes inte av någon av respondenterna utan ledning från frågorna. Det krävdes en presentation av värdet för att diskussionen skulle blomstra. Alla höll med om den rangordning vi presenterade, men enbart tre av respondenterna var intresserade av att utveckla resonemanget kring principen.

Två av respondenterna speglade med sitt resonemang kostnadseffektiviteten som en självklar etisk utgångspunkt. Den ena pekade på att det var bra att den offentliga vården fick tänka alltmer på detta sätt: ”Det är ju egentligen självklart, att vi måste hushålla med våra resurser, och det är bra att vi i det offentliga får tänka mer i dessa banor.” (Jönsson, 2009). Den andra respondenten speglade på ett mer tydligt sätt den samhällsekonomiska dimensionen av ett kostnadseffektivt tänkande: ”Det är oetiskt att slösa med resurser. Om vi använder skattepengarna mer effektivt kan de ju komma fler till godo” (Silow, 2009).

En tredje respondent var inne på samma resonemang, och hänvisade också till det faktum att organisationen inte var van vid principen. Den intervjuade visade också tecken på att principen redan var långt gången i verksamheten. Bland annat pekade hon på att vårdcentralen börjat tala om patienter som *kunder* (Engblom, 2009).

Att värdet fortfarande rankas lägre av respondenterna var tydligt i att de hänvisade till det först efter både likavärdesprincipen och behovsprincipen. Värdet tillhörde dessutom inte ett av de mer frekvent diskuterade.

I de undersökningar vi tagit del av spelar kostnadseffektivitetsvärdet ofta en mycket stor roll i diskussionerna. Där framkommer också en större problematisering kring vad som egentligen skall medräknas i begreppet. Vad skall tas hänsyn till? Detta citat från en intervjustudie från Linköpings universitet visar på tillämpningsproblematiken:

Ska beräkningen av kostnadseffektivitet även inkludera patientens kostnader eller enbart sjukvårdens kostnader? [...] Ingår enbart landstingets kostnader eller ska kommunens kostnader också tas med? Personalen menade att det som ger en besparing hos en aktör kan innebära ökad kostnad hos någon annan. (Arvidsson et al, 2007: 30).

Problemet ovan berörs även i två studier som prioriteringscentrum i Linköping utfört. Här hänvisas bland annat till kunskapsmässiga svårigheter för att göra hälsoekonomiska bedömningar, men också till att principerna är mer av teoretisk natur. ”Bakgrunden ställer jag mig bakom, det är inget problem, jag förstår bara inte riktigt hur jag ska kunna tillämpa den” (Mårtensson et al, 2006: 24, Prioriteringscentrum, 2007: 54-56).

Förutom de tillämpningsproblem många uppfattade med principen verkar det råda oenighet om hur den skall rangordnas. I tre av de studier vi tagit del av finns viss kluvenhet. Det hänvisades bland annat till att inget värde fick vara ensamt styrande, och att en sammanlagd bedömning alltid skulle göras (Prioriteringscentrum, 2007: 55, Arvidsson et al, 2007: 34-35).

Flera delar uppfattningen att ingen princip bör vara ensam styrande utan att olika principer ska balanseras mot varandra. De som ansåg den nuvarande rangordningen av principerna som felaktig gjorde det utifrån föreställningen att det kan få orimliga konsekvenser när den rangordningen tolkas bokstavligen. (Prioriteringscentrum, 2007: 56).

Å andra sidan hänvisade personal i vissa studier till något som aldrig kunde ordnas högre än behovstanken. Vissa ville helt enkelt inte tänka i banor av pengar (Arvidsson et al, 2007: 34). Ett citat från ännu en intervjustudie gjord av prioriteringscentrum sammanfattar den bild många uppvisar ”Sedan det här sista med kostnadseffektivitet det är väl kanske det vi tänker minst på, alltså vi sätter patienten i första rummet och den som är sjukast prioriterar vi först. Det bara är så...” (Mårtensson et al, 2006: 25).

Allt om allt visas en konfliktfylld bild av detta värde. Dels återfinns svårigheter i tolkningen av vad begreppet innebär eller bör innehålla, dels finns svårigheter i den praktiska tillämpningen. Diskussionen om begreppets vikt och rangordning begränsas därmed.

Att begreppet bör ha en plats i rangordningen verkar dock de flesta överens om. I implementeringsutredningen från prioriteringscentrum pekas bland annat på det potentiella och ofta närvarande problemet att personalen antar resurserna för oändliga. Det faktum att resurserna är begränsade medför alltså att kostnadseffektiviteten är behövlig. Problemet sammanfattas i frågan ”borde det inte finnas gränser för vad insatser ska få kosta?” (Prioriteringscentrum, 2007: 53). Alltså, om en patient får en mycket liten smärtlindring av en mycket dyr medicin är problemet litet, men ponera att samma dyra behandling kan ge en mycket liten smärtlindring till tusen, och därmed ta resurser från andra behandlingar som kan innebära substantiella förändringar för livshotande skador hos andra patienter? Ett sådant resonemang sätter värdet i ett annat ljus (Prioriteringscentrum, 2009: 52, 53).

4.5 Alternativa värden

Ur våra intervjuer framkommer några ytterligare värden som respondenterna framhävde som viktiga. Tre av fyra respondenter lyfte fram tillgängligheten som central för verksamheten. Det pekades bland annat på det ökade behovet av denna princip när konkurrensen i Skåne ökade (Engblom, 2009).

Ett generellt problem som uppstod var annars det faktum att de värden vi presenterade befann sig på ganska hög abstraktionsnivå, medan respondenterna ofta resonerade utifrån sin egen situation på den lokala vårdcentralen. Värden som trygghet, omtanke och handlingskraft förekom således (Jönsson, 2009, Engblom, 2009). En av respondenterna hänvisade exempelvis till trygghet som sjukvårdens viktigaste värde (Jönsson, 2009).

Vid resonemang om trygghet framkom även värdet professionalitet. En kunnig läkarkår ansågs som en grund för kvalitet, och därmed att trygghet skulle infinna sig (Jönsson, 2009). Professionalitet får dock ses mer som en förutsättning för läkarvårdens bedrivande, än ett värde att bygga prioriteringar på.

Eftersom studierna vi tagit del av ofta bygger på prioriteringsutredningens resultat diskuterar dessa mer kring värdena människovärdesprincipen, behovsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen än söker alternativa värden. Det som förekommer är snarare lösa resonemang kring begrepp som trygghet och omtanke. Det går dock inte att dra några större slutsatser kring dessa begrepp, då det inte förekommer några diskussioner om att använda dessa värden som styrande principer (Se bland annat: Höglund, 2003: 66, Arvidsson et al, 2007: 29, 41).

5 Resultatdiskussion

Syfte med detta kapitel är att var för sig besvara de inledande frågorna:

1. Vilka värden bör ligga till grund för den svenska sjukvården?
2. Hur ser man på dessa värden inom svensk sjukvård?

Svaren på de två frågorna kommer att besvaras under rubrikerna ”Värden som bör ligga till grund för den svenska sjukvården” och ”Synen på dessa värden inom svensk sjukvård”. Här kommer ett sammanfattande resultat av vår undersökning att ges samt en problematisering av samma resultat. Avslutningsvis kommer en diskussion om framtida forskning och strategier som

5.1 Värden som bör ligga till grund för den svenska sjukvården

Likavärdesprincipen

Likavärdesprincipen framstod som det mest relevanta för svensk sjukvård och värdet har rankats som det högsta i den värdehierarki som bör ligga till grund för den svenska sjukvården. Det problem som kan uppstå med likavärdesprincipen är att den snarare förklarar vilka prioriteringar som *inte* får göras än vägleder hur man bör göra aktiva prioriteringar i sjukvården. Likavärdesprincipen bör således ses som ett övergripande värde

Behovsvärdet

På andra plats i värdehierarkin kommer behovsvärdet. Värdet innebär att de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten skall prioriteras högst. Behovsvärdet skulle kunna ifrågasättas då det dels kan leda till svåra etiska diskussioner om vilka behov som är egentligen är allvarligast och dels så råder det delade åsikter om hur det ska definieras. Ska behovet vara förväntansstyrt eller baserat på medicinska grunder?

Valfrihetsvärdet

Valfrihetsvärdet är rankat som det näst sista värdet. Detta värde kan efterlevas genom att ge patienter valmöjligheter i svensk sjukvård. Vad valmöjligheter ska innebära är dock diskuterbart. Ska det innebära endast rätten att välja vårdklinik och läkare eller ska det även inkludera patientens möjlighet att välja behandling då alternativ finns?

Kostnadseffektivitetsvärdet

Det sista värdet som framtog var kostnadseffektivitetsvärdet. Att slösa med resurser får anses etiskt förkastligt, och med effektivare kostnadshållning frigörs mer resurser för andra delar av sjukvården. Begreppets definition – *en rimlig relation mellan effekt och kostnad*, är dock potentiellt problematiskt. Hur definieras exempelvis *rimlig*? Hur utvärderas effekterna? Och vems kostnader skall inräknas i analysen?

5.2 Synen på dessa värden inom svensk sjukvård

Likavärdesprincipen

I svensk sjukvård är synen på likavärdesprincipen otvetydig, all behandlad empiri visar på att värdet anses vara ett etiskt viktigt värde som ska vägleda sjukvården i de prioriteringar som görs. Svårigheterna som framkommer är värdets applicerbarhet i den dagliga verksamheten. Värdet befinner sig på en väldigt hög abstraktionsnivå som gör det svårt att konkretisera och arbeta efter. Som visats fungerar värdet framförallt som en vägledning för vilka beslut som inte får fattas. Under begränsade resurser krävs dock att patienter väljs bort, då är inte denna princip vägledande.

Behovsvärdet

I den funna empirin visar det sig att behovsvärdet är ett lättillgängligt värde som sjukvården menar alltid ligger till grund för prioriteringar i vården. Sjukvårdspersonalen upplever att i den dagliga verksamheten så är det patientens behov som avgör vilka val man gör. Antagligen beror detta främst på möjligheten att konkretisera värdet.

Valfrihetsvärdet

Valfrihetsvärdet framkom inte i empirin som ett självklart värde för den svenska vården. Såväl positiva som negativa åsikter om värdet återfanns. Men även om åsikterna inte är entydigt positiva så visade sig valfrihetsvärdet vara ett värde som man var medveten om och tog hänsyn till i sin dagliga verksamhet. I detta värde visade sig vissa problem med att vi inte hade en förbestämd operativ nivå på värdehierarkin. Valfrihet framstod inte som ett aktuellt värde i den dagliga verksamheten på svenska kliniker, värdet har troligtvis en klart större roll på högre administrativ nivå.

Kostnadseffektivitetsvärdet

Det sista värdet uppfattades som viktigt i majoriteten av det material vi tagit del av. Precis som i vår normativa diskussion var det stora problemet med detta värdesdefinitionen. Det fanns stora frågetecken kring hur värdet skulle appliceras,

och vissa upplevde det som ett relativt nytt sätt att tänka. Det verkar dock tydligt att värdet uppskattades, och flera upplevde värdets ökade roll som något positivt.

5.3 Avslutande diskussion

Resultatet som har framkommit i den här uppsatsen hade kunnat förbättras genom att angripa vissa delar av uppsatsen på ett annorlunda sätt. Problematiken med att den framtagna värdehierarkin befinner sig på en hög abstraktionsnivå i förhållande till den praktiska verkligheten för aktiva inom svensk vård hade kunnat lösas genom att formulera värdena annorlunda. Detta t.ex. genom att konkretisera de funna värdena till en lägre abstraktionsnivå. Då hade även frågorna i samtalsintervjuerna kunnat formuleras annorlunda och gjort att en överensstämmelse mellan vårdpersonalens upplevelser och de framtagna värdena förmodligen blivit större. Ett alternativt sätt att angripa problemet med olika abstraktionsnivåer hade varit att istället för vårdpersonal välja landstingspolitiker som intervjuobjekt. Dessa är förmodligen mer vana att tänka på en hög abstraktionsnivå och detta hade kunnat ge ett intressant resultat om hur värdediskussionen ser ut bland våra beslutsfattare. Detta hade dock inneburit en radikalt annorlunda uppsats, och att fördelar som en uppfattning om vardagsarbetet på klinikerna hade gått förlorad.

Ett sätt att kunna öka resultatets generaliserbarhet hade varit att utöka antalet samtalsintervjuer betydligt samt att göra ett genomtänkt urval av verksamhetschefer. Detta är en av uppsatsens största svagheter och en sådan förändring hade varit högst önskvärd.

Ett intressant tillägg till uppsatsens resultat hade varit om frågan om eventuella motsättningar mellan värdena i värdehierarki hade undersökts och diskuterats. I det framtagna resultatet diskuteras endast värdenas förhållande till varandra mycket kort. Kanske är vissa värden oförenliga med andra?

Slutligen bör påpekas att fortsatt forskning är nödvändig. Forskning som angriper själva implementeringen snarare än attityderna är ett alternativ. Ett annat fält som är häpnadsväckande outforskat, är hur värdegrunden skiljer sig mellan offentliga och privata vårdcentraler. Vi har inte lyckats finna några studier som angriper detta ämne, vilket får sägas vara en brist när de privata alternativen blir allt fler.

6 Referenser

6.1 Primärmaterial

6.1.1 Intervjuer

Engblom, Åsa, verksamhetschef Södertulls vårdcentral, Lund, 19/12 2009

Henrikz, Ingrid, verksamhetschef Arlövs vårdcentral, Arlöv, 17/12 2009

Jönsson, Leena, verksamhetschef Bjärreds vårdcentral, Bjärred, 18/12 2009

Silow, Christian, verksamhetschef Rosengårds vårdcentral, Malmö, 17/12 2009

6.1.2 Övrigt Primärmaterial

Bioetikkonventionen, 1997, *Konventionen angående skydd av de mänskliga rättigheterna och människans värdighet med avseende på tillämpningen av biologi och medicin*

FN 1948. *FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna.*

SFS, 1974:152, *Regeringsformen*

HSL, 1982:763, *Hälso- och sjukvårdslagen*

Socialstyrelsen, 2007, *Prioriteringar i sjukvården, Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten "Vårdens alltför svåra val"*,

SOU, 1995:5, *Vårdens svåra val*, Socialstyrelsen, Stockholm, Fritzes

6.2 Sekundärmaterial

Anell, Anders, 2009. *Hälsoekonomi*. Lund, Studentlitteratur

Anell, Anders – Rosén, Per 1995. *Valfrihet i vården – en empirisk undersökning av preferenser hos allmänhet och vårdpersonal*. Lund: IHE

Arvidsson, Eva - André, Malin - Borgquist, Lars - Carlsson, Per - Lindström, Kjell 2007. *Så resonerar läkare och sjuksköterskor vid prioriteringar av patienter i primärvård*, CMT-rapport 2007:6, Linköping

Badersten, Björn 2006. *Normativ metod: Att studera det önskvärda*. Lund: Studentlitteratur

Beckman, Ludvig, 2006. *Idékritik och statsvetenskapens nytta*. Statsvetenskaplig tidskrift årg. 108, nr 4, sid. 331-343

Bergström, Lars, 1992. *Grundbok i värdeteori*, Stockholm, Thales

Bernfort, Lars, 2001. *Setting priorities in health care – studies on equity and efficiency*. Linköping: Linköpings universitet

Bring, Ove 2002. *FN stadgan och världspolitiken: Om folkrättens roll i en föränderlig värld*. Stockholm: Norstedts juridik(4:e upplagan)

Christensen, Tom - Laegreid, Per - Roness, Paul G. - Røvik, Kjell Arne, 2005. *Organisationsteori för offentlig sektor*. Liber.

Dunér, Bertil 1995. *FN och de mänskliga rättigheterna*. Stockholm: Juridik och samhälle

Einevik-Bäckstrand, Kerstin, 2001. *Myter och fakta om privat bedriven vård och omsorg i Sverige*. Stockholm, Privatvården

Egonsson, Dan 1999. *Filosofiska essäer om människovärde*. Nora: Nya Doxa

Esaiasson, Peter – Gilljam, Mikael -. Oscarsson, Henrik -Wängnerud, Lena 2007. *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts Juridik (3:e upplagan)

Ferraz-Nunes, José - Karlberg, Ingvar - Bergström, Gina 2007, *Hälsoekonomi – begrepp och tillämpningar*. Lund, Studentlitteratur

Filosoflexikon 1998. Stockholm: Forum

Goldmann, Kjell – Pedersen, Mogens – Österud, Öjvind 1997. *Statsvetenskapligt lexikon*. Stockholm: Universitetsförlaget

Hedenius, Ingemar 1982. *Om människovärde*. Stockholm: Bonniers

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

Hälsöval Skåne 2009. *Om hälsöval Skåne*. [Elektronisk] <http://www.skane.se/templates/pages.aspx?id=233812>. Hämtdatum: [2009-12-20]

Karlsson, Ingrid – Lyrén, Ann-Louise. *Prioriteringar i vårdens vardag – en intervjustudie med vårdpersonal i Lyckselse och Halmstad*. Prioriteringscentrum 2005;6

Lund, Arne - Lindström, Eva 2004. *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård*. Riksrevisionsrapport.

Lundquist, Lennart, 1998. *Demokratins väktare*. Lund: Studentlitteratur.

Mårtensson, Jan - Arvidsson, Eva - Lindström, Kjell - Carlsson, Per - Frank, Linda - Borgquist, Lars 2006. *Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar – en intervjustudie med personal i primärvården*, CMT-rapport 2006:3, Linköping

Nordgren, Lars 2006. *Intåget av valfrihet och vårdgaranti i den svenska sjukvården – en diskursanalys*. Kommunal ekonomi och politik. Volym 10 nr 1 s 37-59

Premfors, Rune – Ehn, Peter – Haldén, Eva - Sundström, Göran 2003. *Demokrati och byråkrati*. Lund: Studentlitteratur.

Prop. 1996/97/60, 2009, *Rättsnätet*, [Elektronisk] <http://notisum.se/rmp/sls/fakta/..%5Cfakta%5Ca9820763.htm>

Prioriteringscentrum 2007. *Vårdens allt för svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården*. Linköping: Prioriteringscentrum

Regeringen, Regeringens webbplats för mänskliga rättigheter, Hemsida, [Elektronisk]: http://www.manskligarattigheter.gov.se/extra/faq/module_instance=3&action=question_show&id=2161&category_id=31
Hämtdatum: [2010-01-02]

Rhenberg, Clas - Garpenby, Peter 1995. *Privata aktörer I svensk sjukvård*, Stockholm, SNS förlag

Rothelius, Simon 2009. *Ministern öppnar för ny prioriteringsutredning*, [Elektronisk], <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2009/06/15/hagglund-oppnar-for-ny-pri/index.xml>

Riksdagen 2009. *Regeringsformen* [Elektronisk], http://www.riksdagen.se/templates/R_Page_____275.aspx

Riksdagen 2. 2003. *Sveriges grundlagar och riksdagsordningen*. Stockholm: Sveriges riksdag (3:e upplagan)

Rosén, Per, 2002. *Attitudes to prioritisation in health services*. NHV-rapport 2002:1, Göteborg

Salin, Jan 1994. *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentar*. Stockholm: Norstedts Juridik (4:e upplagan)

Strandmark Kjölrsrud, Margareta 1985. *Vård i verkligheten– Om människovärde, maktrelationer och helhetssyn i professionell omvårdnad*. Malmö: Tiger

SCB, 2006:113, *Ohälsa och sjukvård 1980-2005*, Stockholm

SOSFS: 1997-8. Socialstyrelsens allmänna råd; *Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård*, [Elektronisk] <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1997-8>: Hämtdatum: [2010-01-06]

7 Bilaga 1 Frågor till verksamhetscheferna

Våra frågor är formulerade som öppna frågor för att låta respondenten resonera kring de etiska värden han/hon själv anser viktiga.

Fråga 1: Varifrån har er vårdcentral fått sin värdegrund?

Fråga 2: Vilka etiska värden inom vården tycker ni styr/ är viktiga i vården i Sverige idag?

Fråga 3: Vilka etiska värden styr er dagliga verksamhet?

Fråga 4: Om värden som ni hittills nämnt, hur skulle ni rangordna dessa? Vilka är viktigast?

Fråga 5: I vår egen undersökning har vi använt oss av prioriteringsutredningen för hälso och sjukvård 1995, socialstyrelsens svar på prioriteringsutredningen 2001, hälso- och sjukvårdslagen, Europarådets konvention om biomedicin, Sveriges grundlag samt FN:s konvention om mänskliga rättigheter. Ur dessa har vi lyft fram fyra rangordnade värden som bör styra hälso och sjukvården. Dessa värden blev: 1. Likavärdesprincipen (alla människor har rätt till lika vård på lika villkor), 2. Behovsvärdet (de med störst behov inom vården skall prioriteras). De med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten skall alltså behandlas i första hand) 3. Valfrihetsvärdet (Den enskilde ska kunna välja och påverka sin egen vårdssituation) 4. Kostnadseffektivitetsvärdet (Vården ska inte resursslösa, vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt)

Hur ser ni på denna värdehierarki? Skulle ni rangordna värdena på samma sätt?

Fråga 6: Vad tycker ni om de dokument som vi använt, skulle ni vilja lägga till något dokument alternativt ta bort något?

Fråga 7: Hur tror ni att er driftform (privat/offentlig) påverkar vilka etiska värden som är viktiga?

Fråga 8: Vill du tillägga någonting ?

*Vid önskemål är det möjligt att få tillgång till intervjuerna med verksamhetscheferna.