

GÖTEBORGS UNIVERSITET
Statsvetenskapliga institutionen

Om detta må vi inte berätta?

En experimentell undersökning om legitimiteten för prioriteringar
inom hälso- och sjukvården

Masteruppsats 15 hp Vt. 2008
Antal ord: 11 880
Författare: Jenny de Fine Licht
Handledare: Peter Esaiasson

Abstract

Behovet eller efterfrågan av vård är i princip en bottenlös brunn. När alla inte kan få den vård de anser sig ha rätt till är det nödvändigt att prioritera, både inom och mellan olika vårdbehövande grupper. I Sverige finns det idag en offentlig politik och strävan som går ut på att prioriteringarna ska organiseras öppet och tydligt för att sjukvårdens legitimitet ska kunna bestå.

I den här uppsatsen problematiseras några antaganden bakom den offentliga politiken. Genom ett experiment där vanliga medborgare får ta del av ett fiktivt fall av så kallad horisontell prioritering, det vill säga prioritering mellan olika grupper i behov av vård, undersöks dels hur beslutsform och framställning av en beslutsprocedur kan påverka legitimiteten och dels om det finns anledning att tro att legitimiteten stärks av att vårdprioriteringar görs öppet.

Undersökningen tyder på att beslutsformen, i det här fallet om prioriteringarna i huvudsak görs av politiker, professionen eller av en medborgarpanel, inte spelar någon större roll för medborgarna. Däremot kan man genom att framställa en viss procedur som positiv eller negativ uppnå effekter på legitimiteten. Sammantaget är tendensen dock att legitimiteten snarare försvagas än förstärkas av att prioriteringsbeslut och beslutsprocedurer redovisas öppet.

Slutsatsen är att det på empirisk grund finns anledning att ifrågasätta och vidare utreda de antaganden som ligger till grund för den offentliga politiken i prioriteringsfrågan.

Sökord: Sjukvård, prioriteringar, legitimitet, procedurrättvisa, framingeffekter

Innehåll

Tabellförteckning	s.4
1. Inledning	s.5
2. Teoretiskt bakgrund	s.6
2:1 Prioriteringar och legitimitet	s.6
2:2 Genomförandet	s.7
2:2:1 Teorin om procedurrättvisa	s.7
2:2:2 Beslutsform	s.8
2:2:3 Framställning	s.10
2:3 Grundantagandet	s.11
2:4 Uppsatsens bidrag	s.12
3. Metod	s.13
3.1 Experimentet	s.14
3.2 Enkätens utformning	s.16
3.3 Analysförberedelser	s.19
4. Resultat	s.21
4.1 Genomförandet	s.21
4.2 Grundantagandet	s.24
5. Slutsatser och diskussion	s.26
6. Referenser	s.29
7. Bilaga: Enkät med fallbeskrivningar	s.32

Tabellförteckning

Tabell 1: Beskrivning av experimentdeltagarna	s.16
Tabell 2: Kontroll av randomiseringen	s.19
Tabell 3: Det enskilda fallet	s.21
Tabell 4: Sjukvården i stort	s.23
Tabell 5: Öppenhet och inte öppenhet	s.24
Tabell 6: Skillnad mellan olika former av öppenhet och kontrollgruppen	s.25

”All societies set limits to health care one way or another, fairly or unfairly”
(Daniels och Sabin 2002:1)

Inledning

Behovet eller efterfrågan av vård är i princip att betrakta som en bottenlös brunn; vi kommer aldrig att kunna ge alla den vård de anser sig ha rätt till inom den tid som de anser vara rimlig.¹ Hur sjukvårdens stora, men begränsade, resurser ska fördelas har därför kommit att bli en central fråga i den moderna välfärdsstaten. På något sätt måste vi prioritera mellan olika behov av vård, vilket innebär ett stort mått av värderingsmässiga ställningstaganden.

Prioriteringar av vård har alltid gjorts men sedan 1990-talet finns det i Sverige en offentlig politik och ett krav från nationell nivå om att prioriteringarna ska bli öppnare.² Syftet med processen är att öka acceptansen eller legitimiteten för vården och dess resursfördelning genom att öppna för offentlig insyn och på så vis minska risken för orättvisor och ineffektivitet.³ I propositionen ”prioriteringar inom hälso- och sjukvården” 1996/97:60 slår man fast att *De värderingar som styr såväl tillgången till hälso- och sjukvård som de prioriteringar som sker måste i princip kunna delas av flertalet i befolkningen. Nödvändiga prioriteringar måste uppfattas som rimliga och rättfärdiga. Denna demokratiska förankring är viktig inte minst för att kunna vidmakthålla förtroendet för vården.*⁴ I en kartläggning av arbetet med vårdens prioriteringar från 2007 utgår PrioriteringsCentrum⁵ ifrån att prioriteringarna bör vara och göras öppet: *För att befolkningen skall ha högt förtroende för vården måste prioriteringsgrunderna diskuteras öppet och de värderingar som styr såväl tillgången till vård som de prioriteringsbeslut som fattas måste kunna delas av flertalet i befolkningen för att kunna uppfattas som rimliga och rättfärdiga.* Samtidigt konstaterar man att medborgarna är mycket lite delaktiga i prioriteringsarbetet, vilket till stor del beror på att det råder oklarhet om vem som bär ansvaret för att en öppen diskussion sker.⁶ Det är även långt ifrån klart hur prioriteringarna ska göras för att legitimiteten ska stärkas: *Även om det finns en del forskning kring demokratiskt deltagande är resultaten motsägelsefulla och det finns ingen given strategi för hur prioriteringar ska genomföras för att uppfattas som legitima hos allmänheten.*⁷

I den här uppsatsen problematiseras den offentliga politiken vad gäller prioritering av vård. Jag inriktar mig på det som brukar benämnas som horisontella prioriteringar, det vill säga den typ av prioriteringar som gäller prioritering mellan olika sjukdomsgrupper, och ställer två huvudfrågor. I den första accepterar jag grundantagandet att prioriteringarna bör vara öppna för att legitimiteten för sjukvården inte ska minska och inriktar mig på genomförandefrågan. Då det knappast är möjligt att nå ett varaktigt konsensus kring en rättvis fördelning är frågan då snarare hur processen bakom prioriteringsbesluten ska gå till om syftet är att stärka eller säkra legitimiteten. Kort sagt: vem ska fatta prioriteringsbesluten för att medborgarna ska känna förtroende för proceduren och besluten? Spelar det alls någon roll? Eller är det snarare en fråga om hur beslutsproceduren framställs för medborgarna?

I ett andra steg problematiserar jag grundantagandet om att öppenhet leder till ökad legitimitet. Är det verkligen så att öppenhet med den här typen av frågor leder till att legitimiteten stärks? Eller kan det tvärt om vara så att öppenhet med hur prioriteringar går till snarare leder till mins-

¹ Axberg 1997:11

² Garpenby och Carlsson 2007:188f

³ Liss 2004:20.

⁴ Prop. 1996/97:60. se Garpenby och Carlsson 2007:203.

⁵ PrioriteringsCentrum är sedan 2001 ett svenskt nationellt kunskapscentrum som bedriver och samlar forskning kring prioritering av vård och omsorg. Det har sitt säte i Linköping och har landstinget i Östergötland som huvudman.

⁶ Prioriteringscentrum 2007

⁷ PrioriteringsCentrum 2007:VIII

kat förtroende och legitimitet eftersom man då blir uppmärksam på att det görs prioriteringar som potentiellt skulle kunna drabba en själv?

Syftet med undersökningen är att bidra med empiriskt material som kan öka förståelsen för sjukvårdens externa legitimitet, det vill säga legitimiteten i relationen mellan befolkningen och verksamheten. På så sätt vill jag ge ett bidrag både till den inomvetenskapliga diskussionen om legitimitet för svåra politiska beslut, men också till den mer samhällsrelaterade frågan om hur vårdens resurser ska hanteras för att vi ska vara beredda att finansiera den gemensamt.

2. Teoretisk bakgrund

Jag kommer nu till att börja med ge en kort introduktion till prioriteringsproblematiken ur ett legitimitetsperspektiv och diskutera några centrala begrepp. Därefter kommer jag att diskutera hur prioriteringsbeslut skulle kunna fattas för att uppnå legitimitet i medborgarnas ögon och presentera den kritik som finns mot uppfattningen att öppenhet med prioriteringar leder till stärkt legitimitet. Avslutningsvis preciserar jag undersökningens upplägg.

2.1 Prioriteringar och legitimitet

Traditionellt åtnjuter vården ett mycket högt medborgerligt förtroende jämfört med andra samhällsinstitutioner, vilket många gånger förklaras med framför allt läkarprofessionens starka ställning.⁸ Längre var också prioriteringar av sjukvård något som framför allt de verksamma läkarna skötte utan någon egentlig insyn. Samtidigt kan vi se att förtroendet för sjukvården har minskat över tid i takt med att den medicinska teknologin ständigt går framåt, fler åkommor betecknas som sjuka och botbara och befolkningens förväntningar på sjukvården ständigt ökar. Detta trots att folkhälsan på många sätt är bättre än nu än den någonsin varit tidigare varit.⁹

På 1980-talet förändrades synen på styrning och ansvarsutkrävande i samband med att man från offentligt håll började diskutera gränser för det offentliga åtagandet. Därmed har prioriteringarna gjorts till en fråga om *legitimitet*. Enkelt uttryckt kan man säga att legitimitet handlar om att man erkänner någon rätt att fatta beslut i vissa frågor och att man accepterar och följer dessa beslut även om de går emot den egna uppfattningen. På många sätt är legitimitet avgörande för vad en makthavare kan och inte kan göra.¹⁰ Även en illegitim makthavare kan visserligen genomdriva sina beslut, men det kan kräva avsevärda resurser i form av kontroll- och våldsmakt. Om makthavaren däremot uppfattas som legitim har den större möjligheter att genomdriva beslut om till exempel omfördelningar som kännetecknar en modern välfärdsstat. Utifrån det här perspektivet måste vårdens resurser fördelas på ett sätt som kan uppfattas som rättvist och accepteras av medborgarna för att de ska vara villiga att bekosta den gemensamt.¹¹

Att *prioritera* innebär i det här sammanhanget att på ett övervägt sätt fördela en resurs på ett sådant sätt att man skapar en ordning mellan olika alternativ. Någoting sätts före någoting annat.

⁸ Holmberg och Weibull 2007

⁹ Blomqvist 2007:11

¹⁰ Rothstein 2002

¹¹ I den offentliga politiken talar man ofta om vikten av medborgerligt *förtroende*. Förtroende och legitimitet är inte samma sak. Det är möjligt att inte hysa förtroende för en legitim makthavare och dess beslut, liksom det är möjligt att hysa förtroende för en illegitim. En legitim makthavare kan dock sägas förvalta ett förtroende och brist på förtroende kan leda till minskad legitimitet. I den här uppsatsen kommer jag dock att behandla medborgarnas förtroende för beslutsfattare och beslut som en central komponent i den offentliga maktens legitimitet.

I fallet med sjukvård handlar det alltså om att på basis av vårdbehov, kostnadseffektivitet eller liknande faktorer besluta vilken enskild patient eller grupp av patienter som ska ges företräde när resurserna är knappa. Att prioritera något innebär då att andra behov kan behöva begränsas. Detta kan till exempel ske genom att man sätter målet om hälsa lägre, genom att väntetiderna ökar, genom att kvaliteten på vården minskar eller genom att viss behandling utgår och får bekostas av patienten själv. För att en prioritering ska vara öppen krävs att såväl själva beslutet som grunderna och resonemangen bakom dem är tillgängliga för alla som önskar ta del av dem.¹² Det krävs alltså att man inte bara är öppen med själva beslutet utan även med proceduren bakom beslutet.

Ofta talar man om två huvudsakliga typer av prioriteringar, även om det är svårt att göra en klar distinktion mellan dem.¹³ Den som brukar betecknas som *vertikal* handlar om vilka principer som ska styra prioriteringar inom en sjukvårdsgrupp; det vill säga vilken patient som ska prioriteras om två har samma åkomma. Den andra typen brukar benämnas som *horisontell* och handlar om prioriteringar mellan sjukvårdsgrupper, verksamhetsområden eller vårdenheter, till exempel om att prioritera en viss typ av operation framför en annan eller att avgiftsbelägga vissa vårdformer. Detta är eviga frågor som innehåller ett stort mått av såväl personliga som kulturella värderingar och övertygelser förutom det som eventuellt kan betraktas som rena medicinska fakta. Då det inte finns någon självklar princip för rangordning mellan olika sjukdomsgrupper är den här typen av prioriteringar att betrakta som främst politiska och inte medicinska.¹⁴ Det är dessa horisontella prioriteringar som är i fokus i den här uppsatsen.

2:2 Genomförandet

Om vi accepterar grundantagandet i den offentliga politiken att prioriteringarna bör vara öppna och tydliga för att sjukvården ska kunna behålla sin legitimitet infinder sig problemet hur detta ska gå till rent praktiskt. En rättvis fördelning av vård kan aldrig innebära att alla ska få lika mycket. Det faller på sin egen orimlighet. Att säga att resurserna ska fördelas efter behov är inte heller tillräckligt eftersom det i många fall handlar om väldigt olika behov som måste vägas mot varandra. Någon måste ta ställning till vad som är att betrakta som friskt respektive sjukt, vilka metoder och behandlingar som ska vara tillgängliga eller hur olika behov ska vägas mot varandra. Samtidigt måste ett samhälle på något sätt handskas med problemet då alternativet aldrig kan vara att ge alla allt de anser sig ha rätt till inom den tid de anser vara rimlig.

2:2:1 Teorin om procedurrättvisa

Att inom ett demokratiskt system åstadkomma ett varaktigt konsensus kring hur en rättvis fördelning ser ut är i princip omöjligt.¹⁵ Tekniken går hela tiden framåt, allt fler sjukdomar blir botbara och människors krav på sjukvården både ökar och förändras. I takt med att fler och fler forskare har intresserat sig för prioriteringsfrågor inom vården har tanken om *procedurrättvisa* som en potentiell lösning på legitimitetsfrågan vuxit sig starkare.¹⁶ Inom teorin om distributiv rättvisa, det vill säga rättvis fördelning av resurser, finns det två huvudsakliga grenar, resultaträttvisa och procedurrättvisa.¹⁷ Resultaträttvisan är kanske den mest intuitiva; det är den slutgiltiga fördelningen som ska bedömas som rättvis eller inte. Teorin om procedurrättvisa säger däremot att det inte

¹² Jag har här utgått ifrån en begreppsanalys gjord av Liss 2004.

¹³ Garpenby och Carlsson 2007:190.

¹⁴ Även vertikala prioriteringar kan dock innehålla värderingar som kan betraktas som politiska, till exempel om man ska ta hänsyn till patientens ålder eller om skadan är självförvälad.

¹⁵ Daniels och Sabin 2002:2, Rosén 2002.

¹⁶ Garpenby och Nedlund 2008:7

¹⁷ För en översikt av forskningsutvecklingen från resultaträttvisa till procedurrättvisa se till exempel Ambrose 2002.

är nödvändigt att utfallet av ett beslut *i sig* uppfattas som riktigt eller bäst för den egna situationen, utan att det är *sättet* på vilket ett beslut fattats som gör att människor accepterar eller uppfattar ett beslut som rättfärdigt.¹⁸ Det är alltså möjligt för oss att acceptera och efterleva ett beslut som vi ogillar, om vi trots allt upplever att vi har förtroende för proceduren och beslutsfattaren bakom beslutet.¹⁹ Därmed kan legitimitet för beslut skapas.

En stor del av forskningen kring procedurer och procedurrättvisa har bedrivits inom socialpsykologin, men området är i högsta grad intressant för sina politiska implikationer.²⁰ Om teorin visar sig riktig öppnar sig en möjlighet för att åstadkomma legitimitet för obekväma beslut där det i princip är omöjligt att skapa koncensus kring vilken som är den mest rättvisa fördelningen genom att man istället utformar en beslutsprocess som människor uppfattar som rättfärdig. Framför allt kan det ha betydelse för att skapa förtroende för den typ av svåra avvägningar som är vanliga inom välfärdssektorn och till exempel hälso- och sjukvården.²¹ Det finns också forskning som tyder på att vi har större möjligheter att komma överens över ideologiska gränser om vad som är en rättvis procedur än om vad som är ett rättvist utfall.²²

Men samtidigt finns det anledning att inte var alltför optimistisk. Ska procedurrättvisa vara det som ”räddar” oss ur knepiga fördelningssituationer måste dessutom antagandet att människor bryr sig om procedurerna vara riktigt. De måste i högre grad kunna acceptera beslut som de inte håller med om eftersom de menar att besluten har fattats på ett rättfärdigt sätt, liksom de i vissa fall borde kunna invända mot ett beslut som de i och för sig gillar eftersom beslut fattats på ett oriktigt sätt. Än så länge visar många översikter över forskningsläget att det finns få empiriska bevis för att procedurer verkligen påverkar människors förtroende för olika institutioner och beslut.²³ Kanske är det snarare så som teorin om resultaträttvisa föreslår; att det som spelar roll är att man gillar resultatet, att man är en vinnare.²⁴ Ett annat uppenbart problem med alltför stort fokus på rättvisa procedurer är att det kan göra människor mer utsatta för manipulation.²⁵ Om man ser procedurerna som ett egenvärde riskerar man att avsiktligt eller oavsiktligt dölja ett orättvist resultat.²⁶

2:2:2 Beslutsform

Vem kan då sägas vara en rättfärdig (legitim) beslutsfattare i frågor som rör prioriteringar av sjukvård?²⁷ Om vi utgår ifrån att beslut ska fattas genom en demokratisk procedur menar jag att vi kan tänka oss åtminstone tre huvudsakliga beslutsformer som har tre olika legitimitetsgrunder.

¹⁸ Tyler m.fl. 1997, Tyler 2000, 2006.

¹⁹ Teorin bygger alltså på att förtroende byggs ovanifrån i motsats till exempelvis Putnams sociologiska teori om förtroende skapat främst inom det civila samhället. Se till exempel Norén Bretzer (2005) för en jämförelse.

²⁰ En av de tidigaste systematiska undersökningarna av effekter av procedurer är psykologen Thibaut och juristen Walkers studie (1975) av amerikanska studenters uppfattningar om olika sätt att lösa konflikter. Tom R Tyler, som är en av de ledande forskarna kring procedurer och rättvisa, är även han professor i psykologi.

²¹ För en god översikt av forskning kring procedurrättvisa särskilt inom hälso- och sjukvård, se Garpenby och Nedlund 2008. Se även Daniels och Sabin (2002).

²² Tyler 2000:123. Däremot finns det troligen ingen universell procedurrättvisa i den bemärkelsen att om vi bara finner den rätta proceduren kan den användas för att fatta rättfärdiga beslut i alla frågor och i alla sammanhang. Forskningen är inte heller samstämmig om huruvida individers bakgrund i form av kulturell tillhörighet, etnicitet, kön eller liknande påverkar hur de ser på rättvisa. (se t.ex. Garpenby och Nedlund 2008)

²³ Grimes 2006:288

²⁴ Se till exempel Esaiasson, Gilljam och Lindholm (2007)

²⁵ MacCoun 2006

²⁶ Filosofen Nozick tillskriver till exempel proceduren företräde, vilket innebär att ett tillsynes mycket orättvist resultat ändå är att betrakta som rättvist om det har tillkommit genom rättvisa procedurer (Bird 2006).

²⁷ Vem beslutsfattaren är måste ses som en central del av en procedur även om en procedur naturligtvis är mer än bara vem som står för det slutgiltiga beslutet. Jag vill förtydliga att jag i den här uppsatsen främst uttalar mig *beslutsform*, det vill säga huvudsaklig beslutsfattare, som en del av det större begreppet procedur.

Antingen kan de som påverkas av ett beslut själva ta ställning. Legitimiteten grundas då i att de som är berörda av ett beslut, det vill säga medborgarna, själva direkt deltar eller har möjlighet att delta i beslutsfattandet. I sin rena form är direktdemokrati ovanligt på högre nivåer, men även inom en representativ demokrati används ibland procedurer där medborgarna till viss del är inblandade för att själva deltagandet antas skänka legitimitet åt beslutsfattandet. Detta är ett perspektiv på legitimitet som har blivit relativt vanligt i svensk politik. Den så kallade demokratiutredningen och den efterföljande demokratipropositionen lade till exempel stor vikt och tilltro till olika deltagardemokratiska inslag för att lösa de legitimitetsproblem som den svenska representativa demokratin ansågs stå inför.²⁸ Det finns forskning som visar att människor som på olika sätt deltar i diskussioner och beslutsfattande blir mer kunniga, insatta och får större förståelse för olika politiska avvägningar. Den huvudsakliga kritik som kan riktas mot att medborgarna på olika sätt involveras i beslutsfattandet är att de är dåligt insatta och att det är svårt att ställa någon till ansvar för den typen av beslut. Jämlikheten riskerar att sättas ur spel då det ofta är de med olika särintressen och stora resurser i form av tid, pengar och kunskap som får mest inflytande över processen.²⁹ Symboliska procedurer kan också användas av beslutsfattare för att avleda uppmärksamhet eller för att rent av manipulera medborgarna till att bli en slags ”gisslan” för ett beslut som egentligen redan är fattat.

Specifikt inom prioriteringsdiskussionen betraktas inte sällan patienters och medborgares begränsade inflytande på prioriteringar av vård som ett potentiellt legitimitetsproblem som kan leda till minskad skattevilja.³⁰ Även om en beslutsform för prioriteringar av vård skulle innebära att politiker formellt var ansvariga är det fullt möjligt att på olika sätt involvera medborgarna i beslutsproceduren. En av de allra första prioriteringsdiskussionerna började i Oregon i USA på 90-talet där diskussionen rörde prioritering av offentligt finansierad sjukvård inom Medicaid. I det fallet tog politikerna fram en preliminär lista på hur en rangordning mellan olika sjukdomar skulle kunna se ut och diskuterade den sedan med befolkningen vid flera tillfällen. Resultatet blev så småningom en lista med tretton rangordnade sjukdomstillstånd.³¹ Även i Sverige har man gjort några försök med olika former av råd, paneler och dialoger för att på olika sätt involvera medborgarna i diskussionerna kring prioriteringar även om det aldrig är fråga om direktdemokrati i den meningen att några direkt bindande beslut fattas.³² Tidigare forskning om sjukvårdens prioriteringar tyder på att människor i många fall inte själva vill delta i prioriteringsbesluten, eller vill att andra ”vanliga människor” (det vill säga inte politiskt valda eller tillhörande vårdens professioner) ska göra de ofta svåra avvägningarna.³³

Ett betydligt vanligare sätt är dock att låta besluten fattas av demokratiskt valda representanter vilka ställs till ansvar genom regelbundna val, det vill säga den traditionella idén som representativ demokrati.³⁴ Den politiska och representativa modellen ligger det i linje med till exempel den process som bland annat påbörjades i landstinget i Östergötland i början av 2000-talet. Där tog politikerna öppen ställning till hur resurserna skulle prioriteras genom att de presenterade lokalt fram-

²⁸ SOU 2000:1 och proposition 2001/02:80

²⁹ Amnå 2003

³⁰ Se till exempel Rosén (2002)

³¹ Kritiken mot förfarandet blev dock hård. Bland annat menade många att deltagarna inte var representativa för befolkningen utan att det till stor utsträckning var rika och välutbildade som satte prioriteringar för de fattiga som var beroende av den offentliga vården. (Daniels och Sabin 2002:152). Andra menade att man inte tog tillräcklig hänsyn till behandlingens nytta i relation till kostnad, samt att etiska överväganden och individuella skillnader inte ingick i diskussionen. (Lindgren m.fl. 2005: 19)

³² Se till exempel Broqvist 2003, Garpenby 2001, Rosén 2005, Bäckman, Andersson, Carlsson 2004, för exempel på hur den svenska befolkningen på olika sätt har involverats i prioriteringsprocesserna.

³³ Hunter 1995:878

³⁴ Manin 2002

tagna listor som innehöll bortval av vårdformer.³⁵ Legitimiteten grundas då i att medborgarna har valt sina representanter i en, idealt sett, jämlik process och på samma sätt har möjlighet att avsätta dem om de fattar ”felaktiga” beslut. Politikerna förväntas ha överblick och kunna jämka samman olika intressen. Idealtypiskt sett innebär modellen att medborgarna inte deltar i beslutsfattandet mellan valen, även om representanterna bör informera sig, lyssna av opinioner och motivera sina beslut.³⁶ Ansvarsutkrävandet är då tydligt genom att besluten fattas av valda representanter, och jämlikheten är säkrad genom att alla har samma möjlighet att välja och avsätta representanterna, det vill säga en röst per person. Kritiken mot den representativa modellen är dock även den omfattande. Att medborgarna bara är delaktiga i styrandet vart fjärde år anses bland annat leda till passivitet och misstro mot det demokratiska systemet, vilket var den linje som demokratiutredningen anslöt sig till. Specifikt i sjukvårdsfrågor är också en vanlig kritik att politiker inte har tillräcklig kunskap för att kunna fatta beslut om vård och att de inte i tillräcklig utsträckning ser den enskilda personen och dess behov.

Ett tredje sätt att legitimeras ett beslut proceduriellt är att till stor del överlåta det på experter. Logiken är då att en speciellt utbildad grupp bestämmer åt flertalet i kraft av sin expertkunskap och att legitimitet skapas genom att medborgarna känner tilltro till att de ”vet bäst”. Fördelen är att besluten förhoppningsvis blir välgrundade och initierade, men återigen är ansvarsutkrävandet problematiskt eftersom experter är anställda och inte valda. Den professionella modellen innebär i det här sammanhanget att medicinska experter, det vill säga i de flesta fall läkare, får besluta om hur resurser ska prioriteras, vilket måste betraktas som den traditionella modellen för prioriteringar. Det är också det förfaringssätt som många spontant menar är det riktiga eftersom det är läkarna som ”kan sjukvård” och vi vet från många undersökningar att befolkningen har betydligt större förtroende för läkare än för politiker.³⁷ Samtidigt har även läkarna sina egna specialområden och karriärer att värna om, och i många fall finns det inte några självklara medicinska måttstockar att utgå ifrån. Vilken sjukdom som är ”värst” eller vilken behandling som är ”tillräcklig” är inte några enkla tekniska frågor utan rymmer många moraliska, politiska och filosofiska komponenter, vilket gör att det går att ifrågasätta om läkarna verkligen kan, och bör, ha den överblick som krävs.

Hur en legitimitetsstärkande beslutsprocedur ser ut är alltså långt ifrån självklart då det sammantaget finns det skäl som talar både för och emot olika beslutsformer. Även om det går att förorda den ena eller andra modellen utifrån olika ideologiska utgångspunkter och föreställningar måste det betraktas som en empirisk fråga hur olika beslutsprocedurer faktiskt påverkar legitimiteten.

2:2:3 Framställning

Om val av en viss procedur eller beslutsform ska kunna leda till ökad legitimitet måste medborgarna vara medvetna om hur besluten har fattats. Bilden måste på något sätt förmedlas till medborgarna. Inom den så kallade attributionsteorin benämns framställningen eller beskrivningen av en företeelse som *framing*. Med *framing* avses egentligen inramningen av ett problem eller *hur medierna gestaltar olika problem och eller beskrivningar av verkligheten, och hur dessa gestaltningar påverkar medborgarna och mediekonsumenterna i deras gestaltningar*.³⁸ Huvudtanken är att det är omöjligt att ge en exakt, rättvisande eller neutral bild av verkligheten eftersom en beskrivning alltid innehåller tolkning och framhållande av vissa fakta medan andra väljs bort. En och samma procedur kan därför beskrivas på helt olika sätt beroende på vilket perspektiv som anläggs. Om till exempel en beslutsprocess framställs positivt genom att den som beskriver den lägger tonvikten på vissa aspek-

³⁵ Bäckman, Andersson och Carlsson 2004.

³⁶ Gilljam och Hermansson 2003:16

³⁷ t.ex. Holmberg och Weibull 2007

³⁸ Strömbäck 2000:216

ter, framhåller eller utelämnar detaljer eller använder positivt värdeladdade ord är det möjligt att både proceduren och själva beslutet uppfattas som mer riktigt. En medvetet eller omedvetet skapad så kallad framingeffekt uppstår.³⁹

Det finns naturligtvis olika sätt för medborgarna att bli informerade om olika samhällsfrågor, till vilket jag räknar prioriteringsproblematiken inom hälso- och sjukvården. De kan till exempel själva ”drabbas” av ett beslut eller få information från bekanta. Den främsta kanalen torde dock vara olika medier. Då högkvalitativa åsikter, det vill säga åsikter som är stabila, konsistenta, informerade och länkade till abstrakta principer och värderingar⁴⁰, vanligen anses vara sällsynta i den stora opinionen har alltså medierna en potentiellt stor makt över människors åsikter i olika frågor. Dels har de möjlighet att påverka vad vi som medborgare ska ha åsikter om genom att de sätter dagordningen, och dels kan de troligen påverka vad vi tycker i frågorna genom att de kan framställa och vinkla en fråga på olika sätt. Detta kan få stor betydelse för ansvarsutkrävandet. Även om medierna inte alltid är så fria att sätta sin egen dagordning som vi kanske ibland vill tro, och det är långt ifrån alltid som till exempel journalisten är medveten om vilka val och bortval han eller hon gör i sin framställning kan det sätt på vilket medierna beskriver ansvaret för politiska problem påverka var människorna lägger ansvaret för ett beslut. Generellt framställs till exempel politiker ofta som ”fifflare” som inte är att lita på.⁴¹ I en genomgång av massmedias rapportering kring beslutsprocessen för öppna prioriteringar i Östergötland drog författarna slutsatsen att mediabevakningen visserligen hade uppmärksammat och ökat förståelsen för att prioriteringarnas nödvändighet, men att den samtidigt försvårade arbetet genom att granskningen i många fall var klart kritisk men sällan klart positiv.⁴²

Vi kan alltså förvänta oss att framställningen av en viss beslutsform som positiv eller negativ borde kunna inverka på hur medborgarna uppfattar själva beslutsformen och potentiellt även själva beslutet. Om vi tror oss kunna legitimera prioriteringar genom en procedur som kan uppfattas som rättvis är det därför nödvändigt att även kontrollera för effekten av hur beslutsformen framställs.

2:3 Grundantagandet

Den offentliga politiken utgår ifrån ett antagande om att det är önskvärt att prioriteringarna i vården är tydliga, öppna och gärna involverar medborgerligt deltagande för att legitimiteten för vården ska kunna behållas eller öka. Det finns dock anledning att ifrågasätta antagandet. Det är långt ifrån självklart att öppenhet med hur prioriteringarna görs verkligen ger en ökad förståelse och legitimitet för vårdens ofta mycket svåra avvägningar; inte minst eftersom prioriteringar med nödvändighet innebär bortval.⁴³

Den brittiska professorn i Health policy, D J Hunter menar att även om vi ofta har lärt att beslut *bör* fattas öppet så är prioriteringar inom vården alltid så kontextberoende att besluten måste fattas på mikronivå.⁴⁴ Den amerikanske beteendevetaren David Mechanic hävdar på ett liknande sätt att även om det är en fin tanke att skapa processer för öppna prioriteringar, så riskerar man

³⁹ En framingeffekt är enligt Chong och Druckman 2007:109 ”Variance in preferences produced by alternative frames of an issue”.

⁴⁰ Chong och Druckman 2007:103

⁴¹ Strömbäck 2000

⁴² Se exempel Bäckman, Lindroth, Carlsson 2005. Bäckman, Andersson och Carlsson (2004).

⁴³ Om öppenhet med stora och viktiga beslut är önskvärt för legitimiteten för ett politiskt system *överlag* är en stor principiell och filosofisk fråga som till exempel diskuteras i Poppers klassiker ”Det öppna samhället och dess fiender”(sv.1980). Detta ligger dock utanför mitt område i den här uppsatsen.

⁴⁴ Hunter 1995

snarare att undergräva förtroendet och legitimiteten för sjukvården genom ett sådant förfarande.⁴⁵ Mechanic beskriver fem huvudsakliga anledningar till att öppenhet vad gäller prioritering av sjukvård är problematiskt. För det första menar han att fastlagda regler eller riktlinjer har en tendens att vara svårförändrade, vilket gör att nya behandlingsalternativ och teknologi riskerar att bli fördröjda och inte nå patienterna. För det andra ser han medicinsk vård som främst en förtroendefull relation mellan patienten och hans eller hennes läkare som riskerar att undergrävas och skadas av alltför mycket regler och färdiga mallar. För det tredje trycker han på alla patienters individualitet och rent personliga behov och preferenser vilket för det fjärde gör att hälso- och sjukvården måste vara mycket flexibel vad gäller till exempel var och när konsultation och behandling ska ske. Slutligen menar han att själva processen att explicit redogöra för prioriteringarna uppmärksammar människor på att det görs prioriteringar som potentiellt skulle kunna missgynna dem vilket gör att de förlorar förtroendet för vården.

Sammantaget menar Mechanic att vården riskerar att tappa legitimitet genom alltför stor och detaljerad politisk och administrativ inblandning. Istället förespråkar han en modell där politiker kan besluta om de stora dragen eller tillgängligheten till extremt dyra nya innovationer, medan personalen i vården bör ha stor frihet att fördela resurserna som de finner lämpligt, vilket ska underlätta flexibilitet och individanpassning på lokal nivå. Då det är i praktiken omöjligt att komma fram till någorlunda fasta principer för fördelning av sjukvårdsresurser bör man, enligt Mechanic, erkänna komplexiteten i processen och heterogeniteten bland patienterna och snarast låta prioriteringsbesluten uppstå genom en kumulativ anpassning som ger en slags informella prejudikat.

Problemet med ett sådant förhållningssätt blir naturligtvis att prioriteringarna riskerar att bli mycket godtyckliga och det är svårt för medborgarna att veta hur de ska utkräva ansvar för vårdens resursfördelning. Ett sådant förfaringsätt går emot många idéer som brukar uppfattas som grundläggande i vårt demokratiska system, som öppenhet och tydlighet. Dolda prioriteringar kommer dessutom sannolikt att bli mer problematiska än vad de har varit tidigare i historien, inte minst genom att medborgarnas kunskaper om sjukvård har ökat och medborgarna därför har börjat ifrågasätta läkarvetenskapen i större utsträckning.⁴⁶ Men sammantaget ser vi att det finns anledning att ifrågasätta om öppenhet med vårdens prioriteringar verkligen leder till stärkt legitimitet.

2:4 Uppsatsens bidrag

Som vi sett bygger den offentliga politiken i prioriteringsfrågor på antaganden som är långt ifrån självklara. Även om det finns god forskning som behandlar hur medborgarna tänker och ställer sig i frågor som rör prioritering av vård finns det behov av fler studier som empiriskt testar hur legitimiteten för sjukvården och dess prioriteringar faktiskt påverkas av olika omständigheter.⁴⁷ Kan vi stärka medborgarnas förtroende för prioriteringar och sjukvårdens legitimitet genom att välja olika procedurer och beslutsformer? Är det överhuvudtaget en god idé att vara öppen med hur, och att, prioriteringar görs om man vill stärka sjukvårdens legitimitet? Detta är avgörande frågor för den som ska besluta om hur de nödvändiga prioriteringarna av vård ska hanteras.

⁴⁵ Mechanic 1997

⁴⁶ Garpenby och Carlsson 2007:214

⁴⁷ Se till exempel Broqvist och Garpenby 2007 och Rosén 2002 för studier av svenska medborgares attityder och uppfattningar i prioriteringsfrågor.

Konkret avser jag därför att undersöka:

1) I vilken mån sjukvårdens legitimitet påverkas av att ett prioriteringsbeslut i huvudsak fattas av politiker, profession eller genom en procedur där medborgarna är delaktiga, och hur legitimiteten eventuellt påverkas av att dessa procedurer framställs på ett positivt eller negativt sätt för medborgarna.

Detta är av yttersta vikt för att vi ska kunna genomföra den offentliga politiken. Om det visar sig att en viss beslutsform faktiskt tenderar att stärka legitimiteten är det en viktig kunskap vid utformandet av rättvisa och legitimitetsstärkande procedurer. Om legitimiteten däremot inte alls påverkas av att vi väljer olika procedurer tyder det på att procedurrättvisa inte är oss särskilt behjälplig i det här fallet; det är inte så enkelt att vi kan stärka legitimiteten genom att välja en viss procedur utan människor bryr sig kanske överlag främst om själva beslutet. Då medborgarna i allmänhet får sin information genom media är det samtidigt viktigt att kontrollera om en eventuell effekt av beslutsform gäller oavsett om det framställs på ett positivt eller negativt sätt.

Från tidigare forskning vet vi att människor i allmänhet brukar hysa högre förtroende för läkare än för politiker som beslutsfattare inom sjukvård, vilket gör att vi skulle kunna förvänta oss att en procedur där läkare är drivande leder till högre medborgerligt förtroende för ett prioriteringsbeslut än en procedur där politiker är drivande. Större medborgerligt deltagande i politiken beskrivs ofta som en väg till högre förtroende vilket gör att vi även kan förvänta oss att en procedur där medborgarna har möjlighet att delta borde leda till högre förtroende. Dock kan vi utifrån teorin om framingeffekter förvänta oss att resultatet till viss del skiftar beroende på hur proceduren framställs.

2) I vilken mån sjukvårdens legitimitet påverkas av att prioriteringarna är öppna.

Detta är centralt för hela den offentliga politik som ligger bakom prioriteringarnas legitimitet. Är det möjligt att visa empiriskt att människor verkligen får högre förtroende för sjukvården och dess resursfördelning och att legitimiteten därmed stärks av öppna prioriteringar är det ett viktigt argument för att driva utvecklingen i en alltmer öppen riktning. Om antagandet om att legitimiteten stärks av att prioriteringarna är och görs på ett öppet sätt däremot inte får stöd finns det kanske anledning att ifrågasätta strategin och de resurser som läggs på utarbetandet av öppna prioriteringar, åtminstone ur den aspekten.

Som jag ser det finns det i frågan om prioriteringar av vård åtminstone två nivåer av legitimitet; legitimitet i ett enskilt prioriteringsfall och legitimitet för sjukvården som helhet. Det är möjligt, men långt ifrån säkert, att erfarenheter och uppfattningar om ett enskilt fall så att säga kan ”smitta av sig” på uppfattningar om sjukvården i stort. Jag kommer därför att mäta effekter både i ett enskilt fall och på legitimiteten för sjukvården och dess resursfördelning på en mer generell nivå.

3. Metod

Jag har valt att använda mig av en experimentell metod där jag ber människor att tänka sig in i olika scenarier kring hur ett horisontellt prioriteringsbeslut har gått till. Då det än så länge finns få exempel att konkret jämföra vad det gäller prioriteringar och prioriteringsprocedurer framstod det som det bästa sättet att empiriskt studera eventuella effekter på legitimitet för prioriteringsbeslut. Experiment är alltid en problematisk metod så till vida att man egentligen uttalar sig om något som inte är verkligt utan om en manipulerad situation. Det innebär att man gör våld på en

verklighet som är långt mer komplex och mångfasetterad än man kan visa, och att beskrivningar av processer och situationer med nödvändighet förenklas och spetsas till. Det finns alltid en risk att det stimuli som används uppfattas som orealistiskt, att deltagarna inte tar till sig materialet tillräckligt noga eller har svårt att sätta sig in i situationen. Resultatet kan dock ge en god fingervisning om tendenser kring effekter av olika scenarier som inte lika lätt fångas av traditionella enkätfrågor. Samtidigt ger det möjligheter till generaliseringar om en population som mer kvalitativa metoder inte gör. Genom kvalitativa intervjuer med ett fåtal personer kan man naturligtvis på ett helt annat sätt fördjupa förståelsen för hur människor resonerar och genom följdfrågor få dem att reflektera över sina värderingar och ståndpunkter. De flesta människor kommer dock knappast att komma i kontakt med prioriteringar av vård genom ett initierat samtal utan snarare genom korta och förmodligen medialt förmedlade beskrivningar. Möjligheter att generalisera kring sådana mer eller mindre spontana reaktioner kan vara nog så viktiga för den som ska hantera prioriteringsfrågan.

3:1 Experimentet

Experimentet gick ut på att deltagarna ombads tänka sig in i ett prioriteringsfall i ett icke namngivet landsting och fylla i en enkät med frågor om beslutet, proceduren bakom beslutet samt om vården på mer generell nivå.⁴⁸ Metodologiskt innebär det att undersökningen följer en endast-efter-design, det vill säga att jag endast har mätt mina deltagares uppfattningar efter att de har läst mina fallbeskrivningar.⁴⁹ Nackdelen med ett sådant förfarings sätt är att jag inte kan vara helt säker på att det verkligen är mina stimuli som orsakar skillnader mellan grupperna. Å andra sidan minimerar jag risken att deltagarna ändrar sina åsikter efter att de förstår vad experimentet går ut på.⁵⁰

För att kunna mäta eventuella effekter av beslutsform beskrev jag procedurer som var helt politiskt drivna, sådana där professionen, det vill säga läkarna, var drivande och sådana där medborgarna hade stort inflytande. I samtliga beskrivningar är det dock politiker som har det yttersta ansvaret och bestämmanderätten över vårdens resurser även om de till exempel i den professionella beskrivningen har delegerat det mesta av den praktiska prioriteringen till den medicinska ledningen. Detta eftersom det är så det demokratiska systemet är uppbyggt i Sverige. Politiker i de direktvalda landstingen och regionerna har officiellt det övergripande ansvaret för sjukvården och om mer makt och inflytande ska läggas på någon form av deltagardemokratiska procedurer eller på professioner är det politikerna som tar det beslutet.⁵¹ Det hindrar naturligtvis inte att det historiskt och till stor del fortfarande mer eller mindre inofficiellt fattas många prioriteringsbeslut längre ner i hierarkin. För att även kunna kontrollera för eventuella framställningseffekter gjorde jag två varianter av varje procedurbeskrivning; en positiv och en negativ och för att kunna problematisera grundantagandet om att öppenhet leder till starkt legitimitet utformade jag även en kontrollgrupp som inte fick någon procedur beskriven.⁵²

⁴⁸ Se bilaga för fullständig enkät

⁴⁹ För en genomgång av olika experimentella designar, se Campbell och Stanley 1968

⁵⁰ Tidigare forskning har visat att människor överlag är dåligt insatta i hur prioriteringar görs och att de inte sällan ändrar sina uppfattningar efter att ha blivit mer insatta i problematiken (till exempel Broqvist och Garpenby 2007). I det här fallet ville jag mäta en mer eller mindre spontan reaktion inför prioriteringsfall, eftersom det trots allt är så de flesta människor kommer i kontakt med problematiken.

⁵¹ I Sverige är den demokratiska, och därmed politiska, kontrollen över sjukvården mer omfattande än i många andra länder, inte minst genom att vi har direktvalda regioner och landsting med ansvar för sjukvården.

⁵² Kontrollgruppen fick däremot samma beslut som övriga grupper presenterat för sig som ett *exempel* på en prioritering eftersom syftet med kontrollgruppen var att jämföra effekter av just procedurer. Denna fråga placerades dock efter frågorna om förtroende för vården i allmänhet för att det skulle vara möjligt att uppskatta förtroende hos en grupp som inte gjorts uppmärksam på prioriteringsproblematiken.

Sammantaget utformades alltså enkäten i sju olika varianter, 3x2 plus kontrollgrupp:

1. Politiskt beslut – positivt framställt
2. Politiskt beslut – negativt framställt
3. Professionellt beslut – positivt framställt
4. Professionellt beslut – negativt framställt
5. Medborgarinflytande – positivt framställt
6. Medborgarinflytande – negativt framställt
7. Kontrollgrupp utan fallbeskrivning

De sju grupperna med 30 i varje grupp, totalt alltså 210 deltagare, randomiserades med hjälp av en slumptabell.⁵³ Randomiseringen syftar till att säkerställa att experimentgrupperna är så lika varandra som möjligt för att öka chansen att eventuella effekter beror på stimuli och inte på bakgrunds faktorer eller initiala uppfattningar. Eftersom det var vanliga medborgares⁵⁴ uppfattningar jag ville undersöka valde jag att genomföra undersökningen på centralstationen i Göteborg då det är en plats där det är möjligt att nå människor i olika åldrar och med skilda bakgrunder. Då jag inte hade resurser att nå ett fullständigt representativt urval var det ett bättre alternativ än att till exempel genomföra experimentet enbart på studenter då målet är så stor extern validitet som möjligt.

Jag valde ut en grupp bänkar där många slog sig ner för att vänta på tåget och försökte sedan fråga alla som satte sig där för att undvika att jag själv skulle välja personer som jag trodde skulle gå med på att delta.⁵⁵ Insamlandet gick överlag bättre än jag trott. Jag uppskattar att mellan 80 och 90 % svarade ja till att fylla i enkäten och upplevde att de flesta tyckte att ämnet var både engagerande och intressant. De som avböjde gjorde det i de flesta fall för att de inte var från Sverige, inte talade svenska eller helt enkelt för att deras tåg snart skulle gå. Deltagarna erbjöds kolor för besväret, men många avböjde. Flera tog däremot chansen att dela med sig av sina egna upplevelser av sjukvården och sina åsikter om allt från Sveriges regionala indelning till den pågående vårdstrejken. Jag fick inga kommentarer om att mitt fall skulle vara för orealistiskt eller olämpligt på något sätt även om många uppgav att de tyckte att det var en svår avvägning och flera uppgav att de arbetade som läkare eller inom den politiska organisationen.

⁵³ 30 i varje grupp brukar anses vara ett minimum för att det ska gå att uttala sig om skillnader mellan grupper. Se Esaiasson m.fl. 2004:357.

⁵⁴ ”Vanliga medborgare” är naturligtvis ett något problematiskt begrepp. I det här sammanhanget innebär det att det inte enbart är fråga om patienter eller brukare, utan alla medborgare oavsett i hur stor utsträckning de utnyttjar vården. I ett slumpmässigt urval av svenska medborgare ingår såväl politiskt valda som läkare och annan sjukvårdspersonal. Jag har inte kontrollerat om samtliga deltagare är svenska medborgare, men då det krävdes att deltagarna kunde läsa och förstå svenska för att kunna besvara enkäten ser jag det inte som något betydande problem för syftet med min studie. Icke-medborgare kan naturligtvis uppleva att de har små möjligheter att påverka vårdens utformning och resursfördelning eftersom de inte kan rösta. Det var dock ingen av de tillfrågade som uppgav att de inte var svenska medborgare, samtidigt som det var flera som undrade om det spelade någon roll att de inte var från Göteborg eller Västra Götalandsregionen.

⁵⁵ Jag uppgav att undersökningen handlade om ”medborgarnas uppfattningar om den svenska hälso- och sjukvården och fördelningen av vårdens resurser.” Jag talade alltså inte om i förhand att det rörde sig om ett experiment men försökte i möjligaste mån att underrätta deltagarna vid insamlandet om att det fanns flera varianter av fallbeskrivningarna och att jag ville undersöka skillnaderna mellan dem.

I tabellen nedan redovisas några centrala bakgrundsfaktorer för deltagargruppen. Det visade sig att gruppen hade en viss övervikt åt kvinnor. Åldersmässigt var de flesta unga och överlag var det en mycket välutbildad grupp även om det inte kan uteslutas att en del överdrivit sin utbildningsnivå eller inte observerat att det var avslutad utbildning som avsågs. De allra flesta hade någon erfarenhet av sjukvård under det senaste året.

Tabell 1: Beskrivning av experimentdeltagarna avseende kön, utbildning, ålder och sjukvårdserfarenhet

Kön	Män	Kvinnor		
%	43	57		
Utbildning	Grundskola	Gymnasium /Folkhögskola	Högskola /universitet	
%	6	46	48	
Ålder	Upp till 30 år	30-50 år	50-65 år	Över 65 år
%	41	25	23	11
Erfarenhet av sjukvård	Ingen gång	1-3 gånger	Fler än 3 gånger	
%	15	51	34	

Kommentarer: Andel i procent av hela gruppen experimentdeltagare, n = 210. För kön ställdes frågan: *Är du kvinna eller man?* För utbildning ställdes frågan: *Vilken är din högsta avslutade utbildning?* För ålder ställdes frågan: *Hur gammal är du?* För erfarenhet av sjukvård ställdes frågan: *Hur många gånger har du själv sökt vård, eller följt med en anhörig som sökt vård, på sjukhus eller vårdcentral det senaste året?*

3:2 Enkätens utformning

Enkäten inleddes med en kort introduktion som följdes av några allmänna frågor om personens erfarenheter och uppfattningar om vården och vårdens resursfördelning.⁵⁶ Därefter följde fallbeskrivningen, det vill säga mitt stimuli som kan antas påverka experimentdeltagarnas uppfattningar och åsikter. I samtliga experimentgrupper (grupp 1-6) är det samma beslut som har presenterats, men med olika huvudsakliga beslutsfattare och olika framställning. Jag vill poängtera att mina fallbeskrivningar inte är tagna ur verkligheten utan är helt fiktiva och dessutom gravt förenklade beskrivningar av möjliga former för beslut. De är inte tänkta att ge en rättvisande bild av ett helt förlopp, utan snarare att presentera en bild av hur ett beslut har fattats så som det skulle kunna uppfattas av en vanlig medborgare som får information till exempel genom media. Däremot har jag använt mig av återgivna prioriteringsfall från olika dagstidningar, utredningar och annan litteratur för att få inspiration och kunna beskriva något sånär realistiska scenarier.⁵⁷ I alla varianterna gäller att man rör sig inom befintlig budget eftersom det ska handla om en prioritering inom sjukvården, inte prioritering mellan olika politiska områden.⁵⁸

⁵⁶ Frågorna utgick från ett faktum att det alltid kommer att finnas viss resursbrist inom sjukvård, det vill säga att alla inte kommer att kunna få all vård de efterfrågar inom den tid de anser vara rimligt. Resurser kan visserligen handla om annat än pengar, till exempel utbildad personal, men för att göra frågan om resurser mindre abstrakt valde jag att tala om "brist på pengar".

⁵⁷ Till exempel Garpenby 2006 och 2002, Persson 2003, Broqvist 2002 och 2003

⁵⁸ Detta får konsekvenser inte minst för den sista av mina beslutsformer, nämligen medborgarinblandningen. Om inga legitimitetseffekter uppnås kan det bero på att man uppfattar att ramarna var för snäva i och med att politikerna redan bestämt vad de vill satsa på. De försök som har gjorts att på olika sätt involvera medborgare i prioriteringar i

När jag skulle välja fall till mina beskrivningar föll valet slutningen på en situation där offentlig finansiering av behandling av ofrivillig barnlöshet genom provrörsbefruktning prioriterades bort till förmån för en satsning på ungdomspsykiatri. Anledningarna till att jag valde just det fallet var flera.⁵⁹ För det första ville jag att fallet skulle röra vård och behandlingar som är relativt vanliga och medialt uppmärksammade så till vida att de flesta människor känner till vad det handlar om och kan relatera till det på något sätt. Av den anledningen skulle fallet också vara relevant för båda könen och beröra något man kunde relatera till oavsett ålder. Samtidigt ville jag att det skulle röra en prioritering som är politisk i den meningen att det handlar om en prioritering som måste innefatta värderingsmässiga ställningstaganden. Vilket som är viktigast i en avvägning mellan barnlöshet och psykiatri är inte något som kan avgöras ”rent medicinskt”, utan handlar om hur man bedömer och betonar faktorer som nytta, ekonomisk effektivitet, livskvalitet och uppfattningar om vad som är sjukt och inte.⁶⁰ Det var med andra ord centralt att jag använde mig av ett fall som inte var självklart utan där det fanns en viss variation i hur man uppfattade beslutet. Av den anledningen valde jag också att spetsa till prioriteringen så till vida att det var tydligt att något verkligen togs bort och inte bara begränsades.⁶¹ Sist men inte minst är utbudet av offentligt finansierad provrörsbefruktning en fråga som bestäms lokalt av landstingen och regionerna och som därmed varierar över landet. Dessutom är det en behandling som finns tillgänglig privat. Det är därför inte något helt orealistiskt scenario att en begränsning skulle kunna ske även om det kanske inte är helt troligt att det skulle ske så öppet.⁶² En satsning på ungdomspsykiatri framstod som något angeläget för alla landsting och valdes framför till exempel en satsning på cancersjukvård för att det inte är lika uppenbart medicinskt utan troligen går att ha fler åsikter om vad gäller nytta och effektivitet.⁶³

Att skriva fallbeskrivningarna var naturligtvis inte helt enkelt, särskilt inte som jag bedömde att beskrivningarna inte fick vara alltför krångliga eller långa för att kunna fungera i en enkätsituation. För att kunna mäta framställningseffekter skulle det vara samma tänkta procedur som låg bakom beslutet, vilket innebar att jag strävade efter att lyfta fram de goda respektive negativa skäl som kan finnas för att respektive beslutsfattare ska ta beslutet och lade vikten vid olika fakta i de olika varianterna.⁶⁴ När jag skulle framställa det politiska beslutet som positivt ville jag lyfta fram politikerna som demokratiska befolkningsföreträdare och peka på vikten av ansvarsutkrävande och översikt. I den negativa varianten framställde jag däremot politikerna som ”vindflöjlar” efter

Sverige har dock i huvudsak rört sig om någon form av färdiga förslag på behandlingar som ska vägas mot varandra och inte om någon övergripande fråga av typen ”vad tycker ni är viktigast?”.

⁵⁹ Se t.ex. diskussionen i Broqvist 2003

⁶⁰ Se t.ex. Tännsjö 1991, Granberg 2004, Bergman 2007 samt SOU 1993:93, SOU 1995:5 och SOU 2001:8 för diskussioner kring hur ofrivillig barnlöshet kan betraktas ur ett sjukdoms- och vårdprioriteringsperspektiv.

⁶¹ I en mindre pilotundersökning på omkring 20 personer på centralstationen visade det sig att de allra flesta accepterade en minskning av antalet försök till provrörsbefruktning men att resultatet blev långt mer varierat om man tvingades välja mellan det ena och det andra.

⁶² Det finns ingen lag som säger att landstingen/regionerna måste tillhandahålla offentligt finansierad provrörsbefruktning. Detta har även testats genom en dom från länsrätten i Västerbotten 1997, då det fastslogs att det inte var olagligt av Västerbottens läns landsting att ta ut avgift för provrörsbefruktning från första försöket. Prövningstillstånd beviljades inte i kammarrätten (Lindqvist 1997). Det är vanligt att man får tre offentligt bekostade försök, men i vissa landsting är detta begränsat till två och i vissa fall ett försök (IRIS 2007). Det har även förekommit initiativ och förslag till att helt ta bort offentligt finansierade behandlingar, till exempel i Stockolms läns landsting 2003. Strängt taget är det heller inget problem för uppsatsens syfte om det är troligt eller inte att en sådan prioritering skulle göras eftersom deltagarna ändå kan ta ställning till hur de skulle uppfatta beslutet om det fattades.

⁶³ Vad gäller lämpligheten av mitt valda fall finns det naturligtvis en del etiska överväganden. Sjukdom och sjukvård är känsliga områden och har man till exempel själv på nära håll upplevt barnlöshet eller psykisk sjukdom kan det kanske vara smärtsamt att bli påmind om det genom en enkätundersökning. Samtidigt skulle det gälla de flesta sjukdomar och vårdbehov, och jag upplevde inte heller att någon blev illa berörd utan snarare att många ville diskutera sina egna erfarenheter.

⁶⁴ Se t.ex. Rothstein 2002:128 f för olika legitimitetsgrunder

den tillfälliga opinionen utan medicinsk kunskap som främst tänker på pengar och inte ser enskilda individer. Professionen framställdes som en god och legitim beslutsfattare genom att jag lyfte fram deras expertkunnande och valde uttryck som ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. Vad som gör dem till mindre goda beslutsfattare är bristen på insyn och mekanismer för ansvarsutkrävande. I den medborgarorienterade modellen beskrev jag en ”medborgardialog” och lyfte då fram faktorer som vikten av medborgarnas delaktighet och lika chans till deltagande genom att urvalet gjorts slumpmässigt. För att framställa medborgardeltagande som negativt lyfte jag istället fram bristen på representativitet och framställde medborgarna som en slags gisslan för obekväma beslut som politikerna inte vill ta ansvar för.

Det är viktigt att poängtera att jag endast kan uttala mig om huruvida det finns effekter av hur en procedur framställs och inte om vad, till exempel ordval eller tonvikt på vissa fakta i framställningen, som är avgörande. Det är också effekter av procedureernas framställning jag vill mäta, inte effekter av om ett beslut framställs som positivt eller negativt. Det är naturligtvis inte helt enkelt att säga att det bara är beslutsformen med en viss beslutsfattare som har framställts positivt eller negativt och inte själva beslutet i sig. Jag var dock noga med att beslutet motiverades lika i alla varianterna. Vi kommer inte med säkerhet kunna veta om just fallet med behandling av barnlöshet kontra en satsning på ungdomspsykiatri är så speciellt att resultatet av min undersökning skulle bli helt annorlunda med ett annat fall. Detta är ett problem som så att säga ligger i metodens natur och samma invändning skulle kunna framföras mot vilket fall jag än valt. Bästa sättet att kontrollera detta är att replikera studien med ett annat fall.

Efter fallbeskrivningen följde frågor som var tänkta att mäta olika aspekter av legitimitet, det vill säga de beroende variablerna. För att uppskatta legitimitet i det specifika prioriteringsfallet ställde jag frågor om hur försöksdeltagaren uppfattat dels själva beslutet och dels beslutsproceduren. Även om acceptans för en procedur och acceptans för ett beslut ofta är korrelerade bör de behandlas som två distinkta begrepp. Det är nämligen långt ifrån säkert att en procedur som i och för sig uppfattas som rättvis verkligen leder till ökad legitimitet för beslutet. För att mäta *beslutsacceptans* ställde jag frågorna: *Vad tycker du om beslutet att ta bort den offentliga finansieringen av provrörsbefruktningsför att kunna finansiera en satsning på ungdomspsykiatri?*, *Hur rättvist tycker du att beslutet är?* och *Hur villig är du att acceptera beslutet?* Kontrollgruppen som inte fick någon procedur beskriven ställdes enbart inför det konkreta beslutet och ombads ge sin uppfattning om det. *Proceduracceptans* mättes genom frågorna: *Vad tycker du om sättet på vilket beslutet fattades?* *Hur rättvist tycker du att det gick till när beslutet fattades?* och *Hur rättvist tycker du att du som medborgare blev behandlad när beslutet fattades?* För att mäta legitimitet för vården och dess resursfördelning i stort använde jag mig av tre enskilda frågor som kan sägas mäta olika aspekter av legitimiteten på en högre och mer generell nivå. Jag ville även här skilja på uppfattning om resultat och uppfattning om procedur och frågorna löd därför: *Om du tänker på hur hälso- och sjukvårdens resurser fördelas mellan olika grupper med vårdbehov idag, hur rättvist tycker du att fördelningen är?* och *Hur stort förtroende har du för sättet på vilket prioriteringar inom vården görs?* Jag ställde även den övergripande frågan *Hur stort förtroende har du för hälso- och sjukvården i Sverige?* Avslutningsvis ställde jag några bakgrundsfrågor och lämnade öppet för kommentarer.

3:3 Analysförberedelser

För att analysera materialet har jag använt mig av variansanalys (ANOVA) som är en teknik för att jämföra skillnader i medelvärden mellan flera grupper för att se om de skiljer sig åt på ett systematiskt vis. Ett första steg är att kontrollera om randomiseringen har fungerat tillfredställande, det vill säga säkerställa att det inte finns några systematiska skillnader mellan grupperna som inte beror på stimuli. I tabellen nedan redovisar jag resultatet av randomiseringskontrollen. Eta² är ett mått som används för att uttrycka hur stor andel av variationen i den beroende variabeln som

beror på variationen hos den oberoende variabeln.⁶⁵ Måttet varierar mellan 0 och 1 och vi vill här att det ska vara så lågt som möjligt. Vi kontrollerar även signifikansen för skillnader i gruppmedelvärden. Ett signifikant F-värde visar att vi kan förkasta nollhypotesen som alltid är att det inte finns någon systematisk skillnad mellan grupperna. Eftersom vi här kontrollerar randomiseringen vill vi att det inte ska finnas några systematiska skillnader, det vill säga att signifikansvärdet helst ska vara högre än .10 för att kunna utesluta att resultatet beror på andra faktorer än stimuli.

Tabell 2. Kontroll av randomiseringen

Kontrollfaktorer	Gruppernas medelvärden							Totalmedel	Eta ²	Sign. F-värde
	Pos. pol.	Neg. pol.	Pos. prof.	Neg. prof.	Pos. medb.	Neg. medb.	Kontroll			
Sökt vård (1-3)	2,1 (30)	2,4 (30)	2,1 (30)	2,2 (30)	2,0 (30)	2,0 (30)	2,4 (30)	2,2 (210)	.041	.202
Sjukvård fungerar (1-7)	4,5 (30)	4,3 (30)	4,6 (30)	4,7 (30)	4,7 (30)	4,4 (30)	5,0 (30)	4,6 (210)	.035	.302
Mer resurser (1-7)	5,4 (30)	4,9 (29)	5,2 (30)	4,8 (30)	5,4 (30)	5,1 (30)	5,4 (30)	5,2 (209)	.020	.657
Effektivisering (1-7)	5,2 (30)	5,0 (30)	5,4 (30)	5,3 (30)	5,3 (30)	5,3 (30)	5,5 (30)	5,3 (210)	.008	.948
Frågan viktig (1-7)	6,2 (30)	5,7 (30)	6,1 (30)	5,9 (30)	6,3 (30)	6,0 (30)	6,3 (30)	6,0 (210)	.030	.395
Intresse Sjukvård (1-7)	4,9 (30)	5,4 (30)	5,0 (30)	4,8 (30)	5,3 (30)	5,7 (30)	5,6 (30)	5,2 (210)	.032	.343
Kön (1-2)	1,6 (29)	1,7 (30)	1,5 (30)	1,3 (29)	1,6 (30)	1,8 (30)	1,8 (30)	1,6 (208)	.074	.016**
Ålder (1-4)	2,0 (29)	2,2 (30)	1,9 (30)	1,9 (29)	2,3 (30)	1,9 (30)	2,1 (30)	2,0 (208)	.021	.643
Utbildning (1-3)	2,6 (29)	2,5 (29)	2,3 (30)	2,4 (29)	2,4 (30)	2,5 (30)	2,4 (30)	2,4 (207)	.024	.569

Tabellkommentar: Avrundat till närmaste tiondel. Ej svar och felaktigt svar bortkodat. Antal inom parentes. Kön mäts med 1=man och 2=kvinnor. Ålder mäts med 1=upp till 30 år, 2=30-50 år, 3=50-65 år och 4=över 65 år. Utbildning mäts med 1= grundskola, 2= gymnasium/folkhögskola och 3= högskola universitet som högsta avslutande utbildning. För "Sökt vård" ställdes frågan *Hur många gånger har du själv sökt vård, eller följt med en anhörig som sökt vård, på sjukhus eller vårdcentral det senaste året?* 1=ingen gång, 2=1-3 gånger och 3=fler än 3 gånger. För "Sjukvård fungerar" ställdes frågan *Hur väl tycker du att den svenska sjukvården fungerar i allmänhet?* på en skala från 1 (mycket dåligt) till 7 (mycket väl). För "Mer resurser" ställdes frågan *I vilken utsträckning tycker du att problem med för lite pengar i vården bör lösas genom att man tillför mer resurser?* på en skala från 1 (i mycket liten utsträckning) till 7 (i mycket stor utsträckning). För "Effektivisering" ställdes frågan *I vilken utsträckning tycker du att problem med för lite pengar i vården bör lösas genom att man effektiviserar användningen av tillgängliga resurser?* på en skala från 1 (i mycket liten utsträckning) till 7 (i mycket stor utsträckning). För "Frågan viktig" ställdes frågan *Hur viktig tycker du att frågan om hur problem med för lite pengar i vården ska lösas är?* på en skala från 1 (inte alls viktig) till 7 (mycket viktig). För "Intresse sjukvård" ställdes frågan *Hur intresserad är du av frågor som rör hälso- och sjukvården?* på en skala från 1 (mycket ointresserad) till 7 (mycket intresserad). ** = signifikant på 5%-nivån.

Som vi ser i tabellen har randomiseringen överlag lyckats väl. Eta² håller sig i samtliga fall nära noll och det finns inga signifikanta skillnader mellan grupperna vad gäller ålder, utbildning, antal sjukvårdsbesök, intresse för sjukvårdsfrågor, hur väl man initialt anser att den svenska sjukvården fungerar eller för hur man uppfattade att resursproblem i vården borde lösas. Däremot visade det sig att variabeln kön hade fördelat sig systematiskt på ett icke önskvärt sätt. För att se mellan vilka

⁶⁵ Hassmén och Kolivula 1996:30

grupper skillnaden finns måste man då gå vidare med ett så kallat post hoc-test. Jag har i förekommande fall använt mig av Tukey's post hoc-test. Här visade det sig att det fanns en signifikant övervikt av män i gruppen "profession negativ" jämfört med kontrollgruppen, vilket skulle kunna innebära problem. Vid kontroll visade det sig dock att det åtminstone inte fanns någon signifikant effekt på den etablerade 5%-nivån av kön på vare sig på vad man tycker om prioriteringsbeslutet (p .529) hur stort förtroende man har för vården i Sverige (p .696) hur rättvis fördelningen är mellan olika grupper med vårdbehov (p .063) eller förtroende för sättet på vilket prioriteringar i Sverige görs (p .328). Jag har därför dragit slutsatsen att det inte utgör något problem för min undersökning.⁶⁶

Jag ville även kontrollera om experimentdeltagarna har läst och uppfattat mitt stimuli så som det var tänkt. För det syftet använde jag frågan *Hur stora möjligheter kände du att du som medborgare hade att kunna påverka beslutet?* Strängt taget hade deltagarna i alla fallen mycket liten möjlighet att påverka beslutet eftersom politikerna redan var valda, läkarna inte valda alls och personen själv inte deltog i medborgardialogen, men genom att formulera frågan som påverkan *som medborgare* hoppades jag kunna mäta om deltagarna uppfattat att beslutet fattades av olika beslutsfattare. Som jag förväntat upplevde de som fått läsa fallet med medborgardialog att de hade störst möjlighet till påverkan. På en sjugradig skala svarade de som fått medborgardialog i genomsnitt 3,5 medan de som fått politiker svarade 2,6 och de som fått profession svarade 2,1 i genomsnitt. Skillnaden mellan de som fått läsa medborgardialogen och de som fått läsa fallet med politiker visade sig vara signifikant (p .004) liksom skillnaden mellan medborgardialog och profession (p .000). Skillnaden mellan politiker och profession är visserligen inte signifikant (p .13) men resultatet tyder ändå på att mitt stimuli fungerat som det var tänkt.

Jag konstruerade två index för att mäta legitimitet i det specifika prioriteringsfallet, ett för proceduracceptans och ett för beslutsacceptans. Hur väl ett index kan sägas mäta samma underliggande dimension uttrycks genom måttet Cronbach's alfa som mäter hur väl de olika frågorna som ingår i indexet korrelerar. Värdet varierar mellan 0 och 1 där 1 innebär total överensstämmelse. Indexet för proceduracceptans hade ett Cronbach's alfa på .857 och indexet för beslutsacceptans hade ett Cronbach's alfa på .907 vilket tyder på god intern konsistens. Båda uttrycks genom en skala från 1 till 7 där 7 står för mycket hög acceptans. Proceduracceptans och beslutsacceptans är som förväntat positivt korrelerade så till vida att ju mer positivt man uppfattar proceduren ju mer positivt uppfattar man beslutet.⁶⁷

5. Resultat

5.1 Genomförandet

I ett första steg undersöker jag nu de praktiska möjligheterna att stärka legitimiteten för vården, det vill säga hur själva genomförandet av den offentliga politiken kring prioriteringar ska gå till. Kan vi stärka legitimiteten för vården genom att välja olika beslutsformer för prioriteringar?

I tabellen nedan redovisas först medelvärden i proceduracceptans och beslutsacceptans i det specifika prioriteringsfallet, det vill säga att prioritera bort offentlig finansiering av provrörsbefruktning för att kunna finansiera en satsning på ungdomspsykiatri, samt effekten av beslutsform och

⁶⁶ Tidigare forskning har också visat att skillnaden mellan könen vad gäller förtroende för olika samhällsinstitutioner inte är speciellt stor även om kvinnor brukar tendera att vara mer förtroendefulla. Se till exempel Holmberg och Weibull 2007:110.

⁶⁷ Ett stegs rörelse på skalan för proceduracceptans ger 0.8 stegs rörelse på skalan för beslutsacceptans (sig .000). Förklaringsvärdet, som uttrycks genom r^2 (adj) är .56 och standardfelet .057.

framställning. Jag har här använt mig av tvåvägs variansanalys vilket gör det möjligt att undersöka både huvudeffekter av beslutsform och framställning samt eventuella interaktionseffekter, det vill säga om värden på den ena variabeln påverkar värdena på den andra. Eftersom det är effekter av olika beslutsformer och framställningar som ska behandlas har kontrollgruppen, som inte gjorts uppmärksam på prioriteringsproblematiken, utelutats i den här analysen.

Tabell 3: Det enskilda fallet

Beroende variabel: proceduracceptans		Framställning			
		Positiv	Negativ	Totalt	Effekt, Eta ²
Beslutsform	Politiker	4.1 (29)	3.3 (24)	3.7 (53)	
	Profession	3.7 (29)	3.1 (28)	3.4 (57)	
	Medborgare	3.9 (26)	3.2 (30)	3.5 (56)	
	Totalt	3.9 (84)	3.2 (82)	3.5 (166)	.06***
	Effekt, Eta ²			.01	

Beroende variabel: beslutsacceptans		Framställning			
		Positiv	Negativ	Totalt	Effekt, Eta ²
Beslutsform	Politiker	4.6 (30)	3.9 (29)	4.3 (59)	
	Profession	4.3 (29)	3.9 (30)	4.1 (59)	
	Medborgare	4.8 (26)	4.0 (30)	4.4 (56)	
	Totalt	4.5 (85)	4.0 (89)	4.2 (174)	.032**
	Effekt, Eta ²			.005	

Kommentar: Avrundat till närmsta tiondel. Antal inom parentes. Kontrollgruppen utelutet. Proceduracceptans mäts med en index bestående av frågorna *Vad tycker du om sättet på vilket beslutet fattades? Hur rättvist tycker du att det gick till när beslutet fattades?* och *Hur rättvist tycker du att du som medborgare blev behandlad när beslutet fattades?* Skalan går från 1-7 där 7 betyder mycket hög acceptans. Beslutsacceptans mäts med ett index bestående av frågorna *Vad tycker du om beslutet att ta bort den offentliga finansieringen av provrörsbefruktning för att kunna finansiera en satsning på ungdomspsykiatri?, Hur rättvist tycker du att beslutet är?* och *Hur villig är du att acceptera beslutet?* 1-7 där 7 betyder mycket hög acceptans. ***=signifikant på 1%-nivån, ** signifikant på 5%-nivån.

Som vi ser i tabellen finns det ingen signifikant effekt av beslutsform varken för proceduracceptans ($F_{2,160} = .500$, $p .607$) eller för beslutsacceptans ($F_{2,168} = .502$, $p .606$).⁶⁸ Det innebär alltså att det inte verkar göra någon skillnad för medborgarna om prioriteringsbeslutet i huvudsak fattats av politiker, profession eller genom en deltagardemokratisk procedur. Beslutsformen påverkar varken deras acceptans för proceduren eller för själva beslutet.

Det är här värt att notera att ett beslut fattat av professionen inte verkar leda till högre acceptans för varken proceduren eller själva beslutet, vilket går emot mycket av den gängse kunskapen om legitimitet i sjukvårdssammanhang. Tidigare forskning har visat att de flesta på en direkt fråga menar att läkare är de som ska fatta beslut om prioriteringar av sjukvård. Även i den här undersökningen hade jag med en direkt fråga om hur stort inflytande de olika grupperna skulle ha på prioriteringarna och svaret på den frågan gick i linje med tidigare forskning. Sammantaget angav deltagarna då att läkarnas inflytande borde vara 5.5 på den sju gradiga skalan medan politikernas inflytande borde vara 4.4 och medborgarna i dialog med politikerna 5.0. Inga signifikanta skillnader uppvisades här mellan olika experimentgrupper. På en direkt fråga verkar alltså människor

⁶⁸ F-värdet är kvoten mellan mellangrupsvariansen och inomgrupsvariansen och visar på effekt av behandling eller stimuli. Finns ingen skillnad mellan grupperna som inte kan reduceras till slumpvariation kommer F-värdet vara nära 1. De nedsänkta värdena anger antalet frihetsgrader (mellan: antal grupper minus 1, inom: antal försökspersoner minus antal grupper). Frihetsgraderna används för att räkna ut det kritiska värdet där F-kvoten visar en signifikant behandlingseffekt.

föredra att läkare gör prioriteringarna, men det finns inget som tyder på att de i högre grad skulle acceptera varken beslutet eller beslutsproceduren när denna är professionellt driven. Här kan det dock vara viktigt att komma ihåg att det som jag här undersöker är acceptans för horisontella prioriteringar. Det är möjligt att resultatet inte skulle vara det samma för vertikala prioriteringar, det vill säga prioriteringar inom en sjukdomsgrupp.

Däremot ser vi en signifikant huvudeffekt av framställning både för proceduracceptans ($F_{1,160}=10.193$, $p .002$) och för beslutsacceptans ($F_{1,168}=5.84$, $p .017$). Framställningseffekten går i väntad riktning, det vill säga att de som fått en positiv beskrivning av beslutsproceduren har signifikant högre acceptans för såväl proceduren som själva beslutet än de som fått en negativ beskrivning. Att få läsa en beskrivning av en procedur som framställs positivt gör alltså att beslutets legitimitet stärks, oavsett beslutsform. Med andra ord tyder det på att vi skulle kunna välja vilken av procedurerna som helst bara vi framhåller det goda med just den proceduren, om målet är att stärka legitimiteten. Samtidigt är det viktigt att observera att effekten av framställning visserligen är signifikant men att förklaringsvärdet, η^2 , är mycket lågt vilket gör att man måste vara försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser.

Det finns inget som tyder på någon interaktionseffekt mellan framställning och beslutsform varken vad gäller proceduracceptans ($F_{2,160}=.058$, $p .944$) eller beslutsacceptans ($F_{2,168}=.337$, $p .714$). Det innebär att framställningseffekten inte varierar så till vida att den är starkare under vissa beslutsformer.

Om vi går över till effekter på sjukvården i stort ser vi i stort sett inga signifikanta effekter av varken beslutsform eller framställning. I tabellen nedan redovisas medelvärden för de beroende variablerna förtroende för den svenska vården, uppfattning om rättvisan i vårdens resursfördelning och förtroende för sättet på vilket prioriteringar görs i Sverige, samt effekten av beslutsform och framställning.

Tabell 4: Sjukvården i stort

Beroende variabel: förtroende för vården		Framställning			
		Positiv	Negativ	Totalt	Effekt, Eta ²
Beslutsform	Politiker	4.6 (30)	4.6 (29)	4.6 (59)	
	Profession	4.6 (30)	4.8 (29)	4.7 (59)	
	Medborgare	5.2 (29)	4.3 (30)	4.7 (59)	
	Totalt	4.8 (89)	4.6 (88)	4.7 (177)	.01
	Effekt, Eta ²			.003	

Beroende variabel: Rättvisa i fördelning		Framställning			
		Positiv	Negativ	Totalt	Effekt, Eta ²
Beslutsform	Politiker	3.9 (30)	4.1 (28)	4.0 (58)	
	Profession	4.2 (30)	4.0 (28)	4.1 (58)	
	Medborgare	4.2 (28)	3.9 (30)	4.1 (58)	
	Totalt	4.1 (88)	4.0 (86)	4.1 (174)	.002
	Effekt, Eta ²			.002	

Beroende variabel: Förtroende för sättet på vilket prioriteringar görs		Framställning			
		Positiv	Negativ	Totalt	Effekt, Eta ²
Beslutsform	Politiker	3.9 (30)	3.6 (29)	3.7 (59)	
	Profession	4.1 (30)	3.7 (28)	3.9 (58)	
	Medborgare	4.2 (28)	3.8 (30)	4.0 (58)	
	Totalt	4.1 (88)	3.7 (87)	3.9 (175)	.02*
	Effekt, Eta ²			.01	

Kommentar: Avrundat till närmsta tiondel. Ej svar och felaktigt svar bortkodat. Kontrollgruppen utesluten. Antal inom parentes. Frågorna som ställdes var: *Hur stort förtroende har du för hälso- och sjukvården i Sverige? Hur Om du tänker på hur hälso- och sjukvårdens resurser fördelas mellan olika grupper med vårdbehov idag, hur rättvis tycker du att fördelningen är? Hur stort förtroende har du för sättet på vilket prioriteringar inom vården görs?* Svaren angavs på en skala mellan 1 och 7 där 7 innebar mycket bra/mycket stort förtroende. ***=signifikant på 1%-nivån, ** signifikant på 5%-nivån, *= signifikant på 10%-nivån.

Som vi ser i tabellen är det endast effekten av framställning på förtroende för sättet på vilket prioriteringar görs som är signifikant, och då endast på 10%-nivån ($F_{1,169}=3.581$, $p .06$). Det finns ingen interaktionseffekt mellan framställning och beslutsform för rättvisa i fördelningen ($F_{2,168}=.388$, $p .679$) eller för förtroende för sättet på vilket prioriteringar görs ($F_{2,169}=.020$, $p .981$). Däremot var interaktionseffekten signifikant på 10%-nivån för förtroende för vården ($F_{2,171}=2.549$, $p .081$). Det verkar alltså inte i det här läget som att medborgarna i någon högre grad drar slutsatser om vården och dess resursfördelning som helhet utifrån information om hur en enskild prioritering gått till.

Sammantaget visar analysen att det inte finns några signifikanta effekter av beslutsform på legitimiteten, varken i det enskilda fallet eller vad gäller vården och dess resursfördelning i stort. I det enskilda fallet ser vi en liten men dock signifikant effekt av framställning så till vida att en positivt framställd beslutsform ger ökad acceptans såväl för själva prioriteringsbeslutet som för procedu-

ren. Med andra ord har vi sett att det i viss mån är möjligt att ”manipulera” människor till att uppleva både ett beslut och en beslutsform som mer legitim genom att framhålla det positiva med just den proceduren, liksom det kan verka försvagande på alla beslutsformer att dessa framställs negativt.

5.2 Grundantagandet

Den offentliga politiken vad gäller prioriteringar av hälso- och sjukvård bygger till stor del på ett antagande om att öppenhet med prioriteringarna ska leda till ökat medborgerligt förtroende och stärkt legitimitet. Samtidigt har vi sett att detta antagande inte är självklart och att det finns forskare som menar att legitimiteten snarare riskerar att försvagas om processerna beskrivs öppet.

I tabellen nedan redovisas medelvärden på de beroende variablerna beslutsacceptans i ett enskilt beslut⁶⁹, förtroende för den svenska vården, uppfattning om rättvisa i resursfördelning och förtroende för sättet på vilket prioriteringar görs för kontrollgruppen respektive experimentgrupperna. Här är det alltså öppenhet, det vill säga att man överhuvudtaget fått läsa en procedurbeskrivning oavsett beslutsform eller framställning, som jämförs med situation utan öppna prioriteringar.

Tabell 5: Öppenhet och inte öppenhet

	Beslutsacceptans	Förtroende för svenska vården	Rättvisa i fördelning	Förtroende för prioriteringar
Öppenhet	4.5 (176)	4.7 (177)	4.1 (174)	3.9 (175)
Inte öppenhet	4.7 (29)	5.4 (30)	4.6 (29)	4.5 (30)
Effekt, Eta ²	.002	.035***	.014*	.028**

Kommentar: I gruppen ”öppenhet” ingår samtliga grupper som fått läsa en procedurbeskrivning, det vill säga grupp 1-6. Ej svar och felaktigt svar bortkodat. Svaren angavs på en skala mellan 1 och 7 där 7 innebar mycket bra/mycket stort förtroende. Beslutsacceptans har mätts med frågan *Vad tycker du om beslutet att ta bort den offentliga finansieringen av provrörsbefruktnings för att kunna finansiera en satsning på ungdomspsykiatri?* i experimentgrupperna och med frågan *I många fall görs prioriteringar av vård som för vissa grupper kan innebära begränsningar. Det skulle till exempel kunna handla om att prioritera bort den offentliga finansieringen av provrörsbefruktnings för att kunna finansiera en satsning på ungdomspsykiatri. Hur skulle du ställa dig ett sådant förslag?* i kontrollgruppen. ”Förtroende för svenska vården”: *Hur stort förtroende har du för hälso- och sjukvården i Sverige?* ”Rättvisa i fördelning”: *Om du tänker på hur hälso- och sjukvårdens resurser fördelas mellan olika grupper med vårdbehov idag, hur rättvis tycker du att fördelningen är?* ”Förtroende för prioriteringar”: *Hur stort förtroende har du för sättet på vilket prioriteringar inom vården görs?* ***=signifikant på 1%-nivån, **= signifikant på 5%-nivån, *=signifikant på 10%-nivån.

Som vi ser i tabellen har kontrollgruppen, ”inte öppenhet”, högre medelvärde än medelvärdet i experimentgrupperna på samtliga beroende variabler. Vad gäller beslutsacceptans i det enskilda fallet är skillnaden liten och inte signifikant ($F_{1,203}=.322$, $p .571$) medan den är signifikant för förtroende för den svenska vården ($F_{1,205}=7.482$, $p .007$), rättvisa i fördelningen, om än bara på 10%-nivån ($F_{1,201}=2.834$, $p .094$) och för förtroende för sättet på vilket prioriteringar görs ($F_{1,203}=5.812$, $p .017$), det vill säga alla de tre beroende variabler som mäter legitimitet för vården och dess resursfördelning i stort. Tendensen är alltså att öppenhet snarare försvagar än stärker legitimiteten, åtminstone på den mer generella nivån.

⁶⁹ Här har jag inte kunnat använda mig av det index för beslutsacceptans som användes tidigare eftersom alla dessa frågor inte var tillämpliga i kontrollgruppen. Istället jämförs svarsmedelvärdena på frågan *Vad tycker du om beslutet att ta bort den offentliga finansieringen av provrörsbefruktnings för att kunna finansiera en satsning på ungdomspsykiatri?* i experimentgrupperna med svaret på frågan *I många fall görs prioriteringar av vård som för vissa grupper kan innebära begränsningar. Det skulle till exempel kunna handla om att prioritera bort den offentliga finansieringen av provrörsbefruktnings för att kunna finansiera en satsning på ungdomspsykiatri. Hur skulle du ställa dig till ett sådant förslag?* i kontrollgruppen. Frågorna är alltså inte helt likadant ställda men mäter samma teoretiska begrepp, dvs. beslutsacceptans.

För att förtydliga redovisas i tabellen nedan *skillnader* i medelvärden mellan kontrollgruppen och olika former av öppenhet. Kontrollgruppen är referensen, det vill säga att ett negativt värde i tabellen visar hur mycket lägre medelvärdet är jämfört med kontrollgruppen, och positivt värde visar hur mycket högre medelvärdet är än kontrollgruppen.

Tabell 6: Skillnad mellan olika former av öppenhet och kontrollgruppen

		Beslutsacceptans	Förtroende för svenska vården	Rättvisa i fördelning	Förtroende för prioriteringar
Beslutsform	Politiker	-.26	-.84**	-.55	-.80**
	Profession	-.24	-.30	-.41	-.31
	Medborgare	-.01	-.67	-.46	-.31
Framställning	Positiv	+ .18	-.61*	-.42	-.45
	Negativ	-.56	-.84***	-.54	-.84***

Kommentar: Skillnad i medelvärde gentemot kontrollgruppen. Ej svar och felaktigt svar bortkodat. Svaren angavs på en skala mellan 1 och 7 där 7 innebar mycket bra/mycket stort förtroende. Beslutsacceptans har mätts med frågan *Vad tycker du om beslutet att ta bort den offentliga finansieringen av provrörsbefruktnings för att kunna finansiera en satsning på ungdomspsykiatri?* i experimentgrupperna och med frågan *I många fall görs prioriteringar av vård som för vissa grupper kan innebära begränsningar. Det skulle till exempel kunna handla om att prioritera bort den offentliga finansieringen av provrörsbefruktnings för att kunna finansiera en satsning på ungdomspsykiatri. Hur skulle du ställa dig ett sådant förslag?* i kontrollgruppen. Förtroende för svenska vården: *Hur stort förtroende har du för hälso- och sjukvården i Sverige?* Rättvisa i fördelning: *Om du tänker på hur hälso- och sjukvårdens resurser fördelas mellan olika grupper med vårdbehov idag, hur rättvis tycker du att fördelningen är?* Förtroende för prioriteringar: *Hur stort förtroende har du för sättet på vilket prioriteringar inom vården görs?* ***=signifikant på 1%-nivån, **= signifikant på 5%-nivån, *=signifikant på 10%-nivån.

Som vi ser i tabellen är det bara ett värde som går i positiv riktning, nämligen effekten av positiv framställning på acceptans för det enskilda beslutet. Denna skillnad är dock inte signifikant. I alla andra fall ger öppenhet med prioriteringarna ett lägre svarsmedelvärde än kontrollgruppen som inte gjorts uppmärksam på prioriteringsproblematiken. I det enskilda fallet är inga skillnader signifikanta, vilket alltså tyder på att det inte spelar någon roll om beslutet och proceduren bakom det redovisas öppet eller inte. På den mer generella nivån ser vi dock att öppenhet med ett politiskt drivet prioriteringsbeslut ger signifikant lägre förtroendet både för den svenska vården som helhet och för sättet på vilket prioriteringar görs jämfört med kontrollgruppen. Båda skillnaderna är signifikanta på 5%-nivån. Vi bör dock hålla i minnet att den första analysen visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan de olika beslutsformerna.

Det finns mycket lite som tyder på att den negativa effekten av att ha uppmärksamats på prioriteringarna skulle vägas upp av en positivt framställd beslutsprocedur. De positivt framställda procedurerna har ett lägre medelvärde än kontrollgruppen på alla de beroende variabler som ska mäta legitimitet på den generella nivån även om skillnaden bara är signifikant för förtroende för den svenska vården, och då på 10%-nivån. En negativt framställd procedur ger däremot lägre förtroende både för den svenska vården som helhet och för sättet på vilket prioriteringar görs. Skillnaderna är signifikanta på 1%-nivån. Vad gäller uppfattning om hur rättvis fördelningen av vårdens resurser faktiskt är uppvisas inga signifikanta skillnader alls.

Sammantaget tyder alltså analysen, även om förklaringsvärdet fortsatt är mycket lågt och långt ifrån alla skillnader är signifikanta, på att effekten av öppenhet snarast går åt motsatt håll än vad som borde förväntas utifrån den offentliga politik som idag omgärdar sjukvårdens prioriteringar. Öppenhet kring hur en prioritering av sjukvård går till tenderar snarare att försvaga än förstärka legitimiteten, i första hand på den mer generella nivån. Det verkar alltså som att själva uppmärksammandet av att det görs prioriteringar av vård genom någon form av beslutsprocedur gör att människors förtroende för sjukvården minskar.

6. Slutsatser och diskussion

Som tidigare har nämnts finns det en rad problem med den här typen av undersökning som så att säga är inbyggda i experimentmetoden. Med detta i åtanke menar jag dock att undersökningen visat på flera intressanta tendenser som visar att det på empirisk grund finns anledning att ifrågasätta och vidare utreda de antaganden som ligger till grund för den offentliga politiken i prioriteringsfrågan. I det här fallet är nollresultat, det vill säga uteblivna effekter, på många sätt minst lika intressanta som säkerställda effekter.

Utifrån min undersökning kan jag till att börja med knappast säga att utsikterna för att stärka legitimiteten för sjukvården och dess prioriteringar genom att välja en viss beslutsprocedur ser särskilt goda ut. Inte ens när procedurerna spetsas till så mycket som i mina fall, där helt lika beslutsformer med olika huvudsakliga beslutsfattare används, kan vi se någon effekt på legitimiteten för beslutet eller för proceduren. Även om det såklart går att invända att alla procedurerna är dåliga och att det finns en fjärde som skulle stärka legitimiteten markant, så tyder resultatet på att människor helt enkelt inte verkar bry sig speciellt mycket om hur beslutet har fattats när de tar ställning till vad de tycker om det. Intressant i sammanhanget är också att det finns så lite i materialet som tyder på att medborgarna i högre grad skulle acceptera ett beslut som fattats av professionen. Att människor har högre förtroende för läkare än för politiker vad det gäller sjukvård är något som brukar betraktas som en självklarhet, och på en spontan fråga menar de flesta att läkare ska sköta prioriteringar. Jag har svårt att tänka mig att det inte skulle gälla vid vertikala prioriteringar, det vill säga vid bedömningar av vilken enskild patient som ska prioriteras framför en annan inom en sjukdomsgrupp, men min undersökning tyder på att det kanske förhåller sig annorlunda med de mer politiska horisontella prioriteringarna. Är det så att människor uppfattar prioriteringsbeslut av den här sorten som ideologiska snarare än medicinska vilket inte gör läkarna till experter på samma sätt som vid vanlig sjukvård? Eller är det så att en grupp med initialt högt förtroendekapital får ett ”större fall” när människor upplever att de fattar oönskade beslut? Kanske har vi alltför lättvindigt utgått ifrån att medborgarna ska känna högre förtroende för ett beslut fattat av läkare än av till exempel politiker utan att testa det empiriskt? För att gå vidare och se om så är fallet skulle det naturligtvis vara nödvändigt med upprepade experiment med andra fall än det jag beskrev och andra procedurbeskrivningar.

Samtidigt visar min undersökning att framställningen av en beslutsprocedur som positiv eller negativ kan påverka legitimiteten. Lyfter man fram de goda skäl som finns för en viss beslutsform verkar det som att människor i högre grad accepterar inte bara proceduren utan även själva beslutet. Ska prioriteringarna göras öppet bör den som vill stärka legitimiteten alltså, oavsett vilken beslutsform som används av praktiska och/eller ideologiska skäl, bemödiga sig med att förklara och argumentera för att beslutet fattats på det just valda sättet och inte på något annat. Detta särskilt som legitimitet för proceduren rent praktiskt är den enda vägen att gå om vi vill uppnå legitimitet för prioriteringar inom sjukvård, då vi helt enkelt inte kommer att kunna uppnå ett varaktigt konsensus om hur ett rättvist resultat ser ut. Medias roll är alltså central i sammanhanget eftersom det oftast är genom media som vanliga människor får ta del av såväl prioriteringsbeslut som beskrivningar av beslutsproceduren bakom ett beslut. Då medias roll ofta är att kritiskt granska ligger det nära till hands att tro att deras beskrivningar av beslutsprocedurer i många fall snarare framställs negativt än positivt, vilket till exempel visade sig vara fallet i Östergötland. Det är nyheten, det vill säga att man gör ett försök att öppna prioriteringsproceduren, som granskas, inte hur processen tidigare gick till i det fördolda. Detta är ett område som antagligen borde utforskas vidare och det skulle då troligen vara intressant att använda mer journalistiska texter. De fallbeskrivningar som jag skrivit är kanske alltför formade av vad jag som statsvetare lägger vikt vid och ligger därmed potentiellt långt ifrån den bild som människor får via media.

En positiv framställning verkar inte kunna överväga den negativa effekt som tenderar att uppkomma genom att medborgarna överhuvudtaget uppmärksammas på prioriteringsproblematiken. I frågan om öppenhet kontra slutenhet med prioriteringar visade det sig att den grupp i det här experimentet som fått minst information tenderar att hysa högst förtroende och acceptans för såväl det enskilda beslutet som för vården generellt. På den generella nivån uppvisas signifikanta skillnader. Öppenhet kring hur en prioritering av sjukvård går till verkar alltså snarare försvaga än förstärka legitimiteten även om resultatet är långt ifrån säkert. En tänkbar tolkning av resultaten är att medborgarna överlag faktiskt inte bryr sig speciellt mycket om öppenhet i den här typen av frågor. Människor har helt enkelt annat att fundera över så länge inget drabbar dem själva direkt och många upplever det kanske som oetiskt eller cyniskt att överhuvudtaget antyda att prioriteringar är nödvändiga. Fördelning av vårdens resurser är en i många fall bokstavligt talat livsviktig fråga och det är kanske önsketänkande att vi som medborgare ska kunna resonera vare sig speciellt solidariskt eller demokratiskt i den här typen av frågor. Öppenhet och information leder ju trots allt till en slags ansvar inför situationen som de flesta av oss kanske snarare vill fly ifrån och därför finns det ingen folklig efterfrågan på information om hur vårdens resurser fördelas. Att klaga på sjukvården, eller andra välfärdsområden, är kanske något som människor kommer att göra oavsett hur mycket kraft man lägger på att öka förtroendet, helt enkelt för att det är oundvikligt att alla inte får allt de anser sig ha rätt till. Det är kanske inget stort problem egentligen, särskilt inte som svenskarna överlag faktiskt är ett friskt och välmående folk och de flesta trots allt vänder sig till sjukvården med sina hälsoproblem. Ansvarsutkrävande och öppenhet i det här sammanhanget kanske främst är något som bekymrar akademiker och som mer eller mindre pressas på befolkningen. Ur den här synvinkeln är prioriteringarna ett skapat snarare än ett reellt legitimitetsproblem och våra resurser skulle kunna läggas på något annat än att till varje pris öppna upp proceduren bakom dem.

Bör vi då avbryta de försök som finns att skapa öppna procedurer som kan uppfattas som rättvisa för att stärka vårdens legitimitet? Det är långt ifrån säkert, och därav frågetecknet i uppsatsens titel. Först och främst är det naturligtvis en alldeles för drastisk slutsats att dra utifrån en så begränsad undersökning. Det är alldeles uppenbart. Man bör hålla i minnet att den här undersökningen bygger på ett enstaka mindre experiment som bör upprepas och varieras innan några större slutsatser kan dras. Men även om det skulle visa sig att fler studier pekar i samma riktning, det vill säga att öppenhet med beslut och beslutsprocedurer leder till minskat och inte ökat förtroende, är det inte säkert att vi bör undvika öppenhet.

Som tidigare diskuterat är legitimitet oerhört viktigt. Om en stor andel av befolkningen inte uppfattar beslut som rättvisa eller kan acceptera beslutsprocedurerna står sjukvården och dess organisation inför ett potentiellt stort legitimitetsproblem som på sikt skulle kunna leda till svårigheter att genomföra uppdraget, det vill säga att ge befolkningen god vård. Men samtidigt måste vi fråga oss om ett så högt medborgerligt förtroende som möjligt verkligen är det enda värde som vi bör sträva efter, särskilt om det bygger på att medborgarna mer eller mindre ska undanhållas information om hur våra gemensamma resurser hanteras. De flesta kan nog hålla med om att ett beslut mycket väl kan vara rätt och rättvist även om inte majoriteten håller med, på samma sätt som ett majoritetsbeslut kan vara djupt orättvist. Även om det är så att det högsta medborgerliga förtroendet uppnås om vi inte talar om prioriteringar och inte redovisar hur några beslut fattas är det kanske svårt att etiskt försvara ett sådant förhållningssätt. Det är ju trots allt en grundbult i ett demokratiskt land att beslut ska fattas öppet och att det ska vara möjligt att ställa någon till ansvar. Att undanhålla information för medborgarnas " eget bästa" eller att låta människor vara "lyckligt ovetande" är kanske kortsiktigt effektivt men förmedlar en paternalistisk syn på medborgarna som av de flesta skulle betraktas som både omodern och ohållbar. Ett slutet förhållningssätt riskerar kanske på längre sikt att leda till försvagad legitimitet, genom att medborgarna upplever att information om deras gemensamma resurser undanhålls dem. Även om öppenhet

med prioriteringarna åtminstone kortsiktigt leder till att medborgarna får minskat förtroende för sjukvården, till exempel genom att de upplever informationen som upprörande eller obehaglig, kan det alltså vara att föredra av andra, demokratiska, skäl.

Avslutningsvis menar jag att det på empirisk grund finns anledning att ifrågasätta de antaganden som ligger till grund för den offentliga politiken och att det därför finns all anledning att vidare utreda hur förhållandet mellan öppenhet, beslutsprocedurer och legitimitet förhåller sig i fallet med nödvändiga prioriteringar av vård. Det kan behöva klargöras ytterligare både på vilka grunder och av vilka skäl som prioriteringarna bör vara öppna, inte minst eftersom det visat sig att det inte är självklart att medborgarna faktiskt bryr sig om hur beslutsprocedureerna går till. Samtidigt måste en avvägning ske mellan det pris man eventuellt får betala för öppenhet mot demokratiska ideal som vi inte vill rucka på.

7. Referenser

- Ambrose (2002) "Contemporary justice research: A new look at familiar questions". *Organizational behaviour and human decision processes* 89:803-12
- Amná (2003) "Deltagardemokratin. Önskvärd, nödvändig – men möjlig?" i Gilljam och Hermansson (red) *Demokratins mekanismer*. Malmö: Liber AB
- Axberg (1997) *Rättvisa och demokrati. Om prioriteringar i sjukvården*. Uppsala universitet. Stockholm : Almqvist & Wiksell International (distributör).
- Bergman (2007) "Vem ska betala för bebisen?". *Fokus* 07-04-25
- Bird (2006) *An Introduction to Political Philosophy*. New York: Cambridge university press.
- Blomqvist (2007) "Sjukvårdens styrning och organisation", i Blomqvist 2007 (red) *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS förlag
- Broqvist (2002) *Medborgardialogen i Östergötland – ett utvecklingsarbete i landstinget*. PrioriteringsCentrum rapportserie 2002:2
- Broqvist (2003) *Politiker möter medborgare i samtal om prioriteringar – ett praktiskt exempel*. PrioriteringsCentrum rapportserie 2003:6
- Broqvist och Garpenby (2007) *Rättvisan finns i betraktarens öga - Röster från medborgare om rättvisa i vården*. Linköping: PrioriteringsCentrum
- Bäckman, Andersson och Carlsson (2004) *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska beslutsprocessen*. Linköping: Prioriteringscentrum.
- Bäckman, Lindroth, Carlsson (2005). *Öppna prioriteringar i Östergötland Del II. Massmediernas rapportering av beslutsprocessen*. Linköping: PrioriteringsCentrum.
- Campbell och Stanley (1968) *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago.
- Chong och Druckman (2007) "Framing theory". *Annual review of political science*. 10:103-26.
- Daniels och Sabin (2002) *Setting limits fairly. Can we learn to share medical resources?* New York: Oxford university press.
- Esaiasson m.fl. (2004) *Metodpraktikan. Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Nordstedts juridik.
- Esaiasson, Gilljam, Lindholm (2007) "When Winning Is Everything. An experimental Account of Determinants of Decision-Acceptance in Schools, in the General Public, and among Students of Political Science." Opublicerad.
- Garpenby (2001) *Medborgaren i prioriteringsprocessen*. PrioriteringsCentrum rapportserie 2001:1, Andra reviderade upplagan.

- Garpenby (2002) *Samtalsdemokrati och prioritering. Utvärdering av ett försök med medborgarråd*. PrioriteringsCentrum 2002:3
- Garpenby (2006) *Procedurrättvisa och praktisk prioritering – tre fall från svensk sjukvård*. CMT Rapport 2006:4. Linköpings universitet.
- Garpenby och Carlsson (2007) ”Organisationsförändringar och prioritering i svensk sjukvård” i Blomqvist (2007) *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS förlag.
- Garpenny och Nedlund (2008) *Kan rättvisa procedurer stärka förtroendet för prioriteringar?* Linköping: PrioriteringsCentrum 2008:1.
- Gilljam och Hermansson (2003) ”Demokratins ideal möter verkligheten”, i Gilljam och Hermansson (red) *Demokratins mekanismer*. Malmö: Liber.
- Gilljam och Hermansson (red) *Demokratins mekanismer*. Malmö: Liber AB
- Granberg (2004) *Economic aspects of infertility treatment*. Göteborg: Sahlgrenska university hospital.
- Grimes (2006) “Organizing consent: The role of procedural fairness in political trust and compliance.” *European journal of political research*. 45: 285-315.
- Hassmén och Koivula (1996) *Variansanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Holmberg och Weibull (2007) ”Ökat förtroende – bara en valårseffekt?” i Holmberg och Weibull (red) *Det nya Sverige*. SOM-rapport 41.
- Hunter (1995) ”Rationing health care: the political perspective”. *British Medical Bulletin* vol. 51, no 4 pp. 876-884.
- Lindgren m.fl. (2004) *Metoder för horisontella prioriteringar*. CHSA. Rapport nr.16.
- Lindqvist ”Avgifter var inte olagliga”, *Västerbottens-Kuriren* 1997-02-20
- Liss (2004) *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys*. PrioriteringsCentrum 2004:9.
- Manin (2002) *Den representativa demokratins principer*. Stockholm: SNS förlag
- Mechanic (1997) ”Muddling through elegantly: finding proper balance in rationing”. *Health affairs* 16:5. 83-92
- MacCoun (2006) “Voice, control and belonging: the double-edged sword of procedural fairness”. *Annual review of law and social science*. 1:171-201
- Norén Bretzer (2005) *Att förklara politiskt förtroende. Betydelsen av socialt kapital och rättvisa procedurer*. Göteborg: Statsvetenskapliga inst.
- Persson (2003) ”Barn får vänta. Barnlösa par kan slippa stå för notan”. *Dagens nyheter*. 2003-10-18

Popper (1980) *Det öppna samhället och dess fiender*. Stockholm: Akademilitteratur AB.

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

Rosén (2002) *Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators*. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

Rosén (2005) *Befolkningsdialog kring prioriteringar i Region Skåne*. PrioriteringsCentrum rapportserie 2005:3

Rothstein (2002) *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik*. Stockholm: SNS förlag.

Strömbäck, Jesper (2000) *Makt och medier. Samspelet mellan medborgarna, medierna och de politiska makthavarna*. Lund: Studentlitteratur.

Thibaut och Walker (1975) *Procedural justice: a psychological analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Tyler m.fl. (1997) *Social justice in a diverse society*. Oxford: Westview press

Tyler (2000) "Social justice: Outcome and Procedure". *International Journal of Psychology*. 35 (2) 117-125.

Tyler (2006) "Psychological Perspectives on Legitimacy and Legitimation", *Annual review of psychology* 57:375-400

Tännsjö (1991) *Göra barn. En studie i reproduktionsteknik*. Stockholm: RFSUs förlag för Sexualitet Samlevnad Samhälle.

Offentligt tryck:

Integrations- och jämställdhetsdepartementet. *En uthållig demokrati! Politik för folkstyrelse på 2000-talet*. Demokratiutredningens betänkande. SOU 2000:1

Regeringens proposition 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

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

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

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

Internet:

IRIS (2007)

http://www.ffob.se/index.php?option=com_content&task=view&id=215&Itemid=52

Bilaga: Enkät med fallbeskrivningar

Inledning

Den här undersökningen handlar om medborgarnas uppfattningar om den svenska hälso- och sjukvården och fördelningen av vårdens resurser. Resultatet kommer att användas till min masteruppsats i statsvetenskap vid Göteborgs universitet.

Först några frågor om hälso- och sjukvården:

1. Hur många gånger har Du själv sökt vård, eller följt med en anhörig som sökt vård, på sjukhus eller vårdcentral det senaste året?

Ingen gång	1-3 gånger	Fler än 3 gånger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Hur väl tycker Du att den svenska sjukvården fungerar i allmänhet? Markera det alternativ mellan 1 till 7 som Du tycker passar bäst.

1	2	3	4	5	6	7
Mycket dåligt						Mycket väl

3. Hur intresserad är Du av frågor som rör hälso- och sjukvården?

1	2	3	4	5	6	7
Mycket ointresserad						Mycket intresserad

4. I vilken utsträckning tycker Du att problem med för lite pengar i vården bör lösas genom att man tillför mer resurser?

1	2	3	4	5	6	7
I mycket liten utsträckning						I mycket stor utsträckning

5. I vilken utsträckning tycker Du att problem med för lite pengar i vården bör lösas genom att man effektiviserar användningen av tillgängliga resurser?

1	2	3	4	5	6	7
I mycket liten Utsträckning						I mycket stor utsträckning

6. Hur viktig tycker Du att frågan om hur problem med för lite pengar i vården ska lösas är?

1	2	3	4	5	6	7
Inte alls viktig						Mycket viktig

I experimentgrupperna:

Den senaste tiden har media på olika sätt uppmärksammat hur man gör prioriteringar mellan olika grupper med vårdbehov när pengarna inte räcker till. Här nedan följer ett exempel på ett prioriteringsfall. Läs det noga!

Politiskt positivt:

Efter den senaste tidens stora uppmärksamhet på psykvården vill politikerna i ett landsting genomföra en större satsning på psykisk hälsa för ungdomar. För att kunna finansiera satsningen inom ramen för de begränsade resurserna är det dock nödvändigt att samtidigt minska på något annat. Efter att noggrant ha övervägt andra förslag föreslår man att satsningen ska finansieras genom att landstinget inte längre ska stå för kostnaden för provrörsbefruktningar.

Politikerna framhåller i sin motivering att psykvården är ett mycket angeläget område där flera utredningar har pekat på stora brister och där tidiga insatser är av stor vikt såväl för den enskilda individen som för samhället i stort. Ofrivillig barnlöshet är visserligen smärtsamt för den som drabbas, men handlar samtidigt om förhöjd livskvalitet snarare än om direkt vård. Många par väntar med att börja försöka bli gravida till sent i livet trots att det är allmänt känt att fertiliteten minskar kraftigt med ökande ålder, vilket gör att man till viss del kan påverka sin situation själv. Det är också en behandling som finns tillgänglig, även om man får bekosta det själv, för den som prioriterar att få barn framför annat.

Förslaget väcker stor uppmärksamhet och debatteras livligt i media innan beslutet fattas. Kritiska röster förekommer men politikerna står på sig. De framhåller att då det inte är möjligt att tillhandahålla all sjukvård som efterfrågas är det viktigt ur demokratisk synvinkel att nödvändiga prioriteringsbeslut redovisas öppet och inte fattas av personer som inte kan ställas till ansvar i val. Eftersom det handlar om en prioritering av gemensamma medel där det är svårt att säga vad som är mest motiverat utifrån en strikt medicinsk synvinkel är det viktigt att politikerna vågar ta sitt ansvar som befolkningsföreträdare och fördelar resurserna till de områden där de behövs mest.

Efter en tids debatt beslutar politikerna att genomföra satsningen på psykvård för ungdomar och i fortsättningen ingår inte provrörsbefruktning i det allmänna utbudet av vård i landstinget.

Politiskt negativt:

Efter den senaste tidens negativa uppmärksamhet i media känner sig politikerna i ett landsting tvungna att satsa mer pengar på psykisk hälsa för ungdomar. Eftersom de inte anser sig ha möjlighet att öka budgeten för att kunna finansiera projektet behöver de dra ner på något annat. Politikerna låter tjänstemännen göra en utredning som föreslår att man ska prioritera bort rätten för ofrivilligt barnlösa att få provrörsbefruktning bekostat av landstinget.

Enligt förslaget är ofrivillig barnlöshet visserligen smärtsamt för den som drabbas, men det handlar samtidigt snarare om förhöjd livskvalitet än om direkt vård. Många par väntar med att börja försöka bli gravida till sent i livet trots att det är allmänt känt att fertiliteten minskar kraftigt med ökande ålder, vilket gör att man till viss del kan påverka sin situation själv. Det är också en behandling som finns tillgänglig, även om man får bekosta det själv, för den som prioriterar att få barn framför annat.

Förslaget kommer till allmänhetens kännedom genom en serie kritiska artiklar i den lokala tidningen innan det formella beslutet fattas. Få ifrågasätter vikten av en satsning på ungdomspsykiatri, men många är kritiska mot politikernas prioritering som man menar saknar verklighetsförankring och inte ser till de drabbade individerna. Många ofrivilligt barnlösa par protesterar och menar att ofrivillig barnlöshet leder till stort lidande och att barnlösheten i många fall beror på biologiska rubbningar. Läkare och annan sjukvårdspersonal vittnar om vilken oerhörd betydelse det kan ha för barnlösa par att bli gravida efter lång tid. Man framhåller även att kostnaderna för

att själva betala sin provrörsbefruktning för många par är alldeles för stora och att det därför riskerar att bli så att enbart rika människor har råd att få barn.

Politikerna i landstinget anser sig dock inte behöva ta någon hänsyn till protesterna från professionen och de barnlösa paren. De menar att det är upp till dem att lägga de gemensamma resurserna på det som de bedömer är viktigast och de bestämmer sig därför för att välja bort rätten till provrörsbefruktning för att kunna satsa på psykivård för ungdomar.

Professionellt positivt:

Efter den senaste tidens stora uppmärksamhet på psykivården vill den medicinska ledningen på det stora sjukhuset i ett landsting genomföra en större satsning på psykisk hälsa för ungdomar. För att kunna finansiera satsningen inom ramen för de begränsade resurserna gör läkarna en noggrann övervägning av olika alternativ och bedömer gemensamt att den allmänna vården inte längre ska stå för kostnaden för provrörsbefruktningar.

Bedömningen motiveras med hänvisning till vetenskap och beprövad erfarenhet. Psykivården är ett mycket angeläget verksamhetsområde där flera utredningar har pekat på allvarliga brister och en tidig insats kan vara livsavgörande. Ofrivillig barnlöshet kan visserligen vara smärtsamt för den som drabbas, men handlar samtidigt snarare om förhöjd livskvalitet än om direkt vård. Många par väntar med att börja försöka bli gravida till sent i livet trots att det är allmänt känt att fertiliteten minskar kraftigt med ökande ålder, vilket gör att man till viss del kan påverka sin situation själv. Det är också en behandling som finns tillgänglig, även om man får bekosta det själv, för den som prioriterar att få barn framför annat.

Förslaget väcker stor uppmärksamhet och debatteras livligt i media. Läkarna får dock stöd i sin bedömning av politikerna i landstinget. Politikerna har redan tidigare velat skilja den praktiska verksamheten från politisk inblandning då politikerna anser att de sällan är tillräckligt insatta i den medicinska vården. De ägnar sig därför främst åt fördelning av resurser till stora verksamhetsområden, medan man menar att läkarna i kraft av sin expertkunskap är de som bäst kan bedöma hur resurser ska fördelas utan allvarliga medicinska konsekvenser.

Politikerna i landstinget lägger sig därmed inte i professionens bedömning att satsa på ungdomspsykiatri och ta bort det offentliga åtagandet för behandling av barnlöshet.

Professionellt negativt:

Efter den senaste tidens kritiska granskning i media vill den medicinska ledningen på det stora sjukhuset i ett landsting satsa mer pengar på psykisk hälsa för ungdomar. Eftersom de inte vill överskrida sin budget bestämmer de på ett möte att man ska prioritera bort rätten för ofrivilligt barnlösa att få hjälp med provrörsbefruktning.

Läkarna motiverar sin bedömning med att ofrivillig barnlöshet visserligen kan vara smärtsamt för den som drabbas, men att det samtidigt snarare handlar om förhöjd livskvalitet än om direkt vård. Många par väntar med att börja försöka bli gravida till sent i livet trots att det är allmänt känt att fertiliteten minskar kraftigt med ökande ålder, vilket gör att man till viss del kan påverka sin situation själv. Det är också en behandling som finns tillgänglig, även om man får bekosta det själv, för den som prioriterar att få barn framför annat.

Läkarnas bedömning kommer till allmänhetens kännedom genom en serie kritiska artiklar i den lokala tidningen. Många ofrivilligt barnlösa par protesterar och menar att ofrivillig barnlöshet leder till stort lidande och att barnlösheten i många fall beror på biologiska rubbningar. Man framhåller att kostnaderna för att själva betala sin provrörsbefruktning för många par är alldeles för stora och att det därför riskerar att bli så att enbart rika människor har råd att få barn.

Kritik framförs också mot att bedömningen gjorts av läkare innanför sjukhusets väggar där det funnits få möjligheter för utomstående att påverka. Läkarna är inte demokratiskt valda och ändå får deras bedömning stora konsekvenser för enskilda individer. I tidningen framförs därför krav på att politikerna i landstinget ska göra något åt saken. Politikerna vill dock inte ta något ansvar för beslutet eftersom de ser sin uppgift som att fördela pengar till olika områden, sen är det

upp till läkarna att skära ner på det som de utifrån sin kunskap tycker är minst viktigt för att få budgeten att gå ihop.

Läkarnas bedömning står därmed fast. Ofrivilligt barnlösa får i fortsättningen bekosta sina behandlingar själva, och pengarna läggs på psykvård ungdomar.

Medborgarinblandning positivt:

Efter den senaste tidens stora uppmärksamhet på psykvården diskuterar politikerna i ett landsting en större satsning på psykisk hälsa för ungdomar. För att kunna finansiera en sådan satsning inom ramen för de begränsade resurserna kommer det dock troligen bli nödvändigt att samtidigt minska på något annat.

Då man undersöka om det finns stöd hos befolkningen för en sådan satsning och göra befolkningen delaktig i hur vårdens resurser ska fördelas bestämmer sig de lokala politikerna i landstinget för att bjuda in till en medborgardialog. För att alla ska ha lika chans att vara med bjuder man in ett slumpmässigt urval av befolkningen i landstinget till ett möte som hålls på kvällstid i centrala staden. På mötet diskuterar man hur en satsning på ungdomspsykiatri skulle kunna se ut och olika alternativ till hur satsningen skulle kunna finansieras. Få ifrågasätter att satsningen behövs då psykvården är ett mycket angeläget område där flera utredningar har pekat på stora brister, och man överväger olika möjligheter för att den ska kunna genomföras.

Ett förslag som diskuteras på mötet är att man kan finansiera satsningen psykvård för ungdomar genom att landstinget inte längre står för kostnaden för provrörsbefruktningar. Förslaget motiveras med att ofrivillig barnlöshet visserligen kan vara smärtsamt för den som drabbas, men att det samtidigt snarare handlar om förhöjd livskvalitet än om direkt vård. Många par väntar med att börja försöka bli gravida till sent i livet trots att det är allmänt känt att fertiliteten minskar kraftigt med ökande ålder, vilket gör att man till viss del kan påverka sin situation själv. Det är också en behandling som finns tillgänglig, även om man får bekosta det själv, för den som prioriterar att få barn framför annat. Förslaget diskuteras av samtliga närvarande och därefter enas man om att det är rimligt då satsningen på ungdomspsykiatri anses vara angelägen och man vet att en tidig insats kan vara livsavgörande.

Medborgardialogen får stor uppmärksamhet i den lokala pressen och bedömningen debatteras under flera veckor. När politikerna senare ska fatta beslut i frågan poängterar de att det är viktigt att inte låta försök att få medborgarna delaktiga bli ett spel för gallerierna och de väljer därför att följa medborgarmötets uppmaning. Satsningen på ungdomspsykiatri kommer därmed till stånd och i fortsättningen ingår inte provrörsbefruktning i det allmänna utbudet av vård i landstinget.

Medborgarinblandning negativt:

Efter den senaste tidens kritiska granskning i media vill politikerna i ett landsting satsa mer pengar på psykisk hälsa för ungdomar. Eftersom de inte anser sig ha möjlighet att öka budgeten för att kunna finansiera projektet kommer de behöva dra ner på något annat.

Politikerna i landstinget kommer fram till att de behöver hjälp och stöd från befolkningen för att kunna göra en prioritering av det slaget och de bestämmer sig därför för att anordna ett möte där vanliga människor kan ta del av problematiken. 400 slumpvis utvalda personer i landstinget bjuds in och av dessa kommer 35. På mötet beskriver politikerna hur man har tänkt sig satsningen på ungdomspsykiatri och presenterar förslag till hur den skulle kunna finansieras. De flesta håller med om att det är riktigt att göra satsningen och man diskuterar de alternativ som står till buds för att kunna bekosta den.

Ett förslag som presenteras är att man ska prioritera bort rätten för ofrivilligt barnlösa att få provrörsbefruktning bekostat av landstinget. Enligt förslaget är ofrivillig barnlöshet visserligen smärtsamt för den som drabbas, men samtidigt handlar det om förhöjd livskvalitet snarare än om direkt vård. Många par väntar med att börja försöka bli gravida till sent i livet trots att det är allmänt känt att fertiliteten minskar kraftigt med ökande ålder, vilket gör att man till viss del kan

påverka sin situation själv. Det är också en behandling som finns tillgänglig, även om man får betala det själv, för den som prioriterar att få barn framför annat.

Förslaget diskuteras och vinner stort gehör bland dem som är närvarande på mötet. De följande veckorna förs en stor debatt om medborgarmötet i den lokala pressen och bedömningen att låta barnlösa par själva betala för sin behandling blir hårt kritiserad. Den kritik som framförs handlar bland annat om att mötet genomfördes trots att så få deltog och att de närvarande medborgarna på många sätt inte var representativa för befolkningen som helhet.

När politikerna senare ska fatta formellt beslut i frågan hänvisar de dock till att förslaget har blivit godkänt av medborgarmötet. De bestämmer därmed att barnlösa par i fortsättningen får betala själva för provrörsbefruktning, medan den önskade satsningen på ungdomspsykiatri blir av.

7. Hur stor förståelse har Du för att man gör prioriteringar som begränsar vården av ofrivilligt barnlösa?

	1	2	3	4	5	6	7
Mycket liten							Mycket stor
förståelse							förståelse

Tänk dig nu in i situationen att prioriteringsbeslutet har fattats på det sätt som beskrivits ovan:

8. Vad tycker Du om prioriteringsbeslutet att ta bort den offentliga finansieringen av provrörsbefruktning för att kunna finansiera en satsning på ungdomspsykiatri?

	1	2	3	4	5	6	7
Inte alls bra							Mycket bra

9. Hur rättvist tycker Du att beslutet är?

	1	2	3	4	5	6	7
Inte alls rättvist							Mycket rättvist

10. Hur villig är Du att acceptera beslutet?

	1	2	3	4	5	6	7
Inte alls villig							Mycket villig

11. Vad tycker Du om sättet på vilket beslutet fattades?

	1	2	3	4	5	6	7
Inte alls bra							Mycket bra

12. Hur rättvist tycker Du att det gick till när beslutet fattades?

	1	2	3	4	5	6	7
Inte alls rättvist							Mycket rättvist

13. Hur stora möjligheter kände Du att Du som medborgare hade att kunna påverka beslutet?

	1	2	3	4	5	6	7	
Inte alls bra								Mycket bra

14. Hur rättvist tycker Du att Du som medborgare blev behandlad när beslutet fattades?

	1	2	3	4	5	6	7	
Inte alls rättvist								Mycket rättvist

I experimentgrupperna samt kontrollgruppen:

Om Du nu tänker på vården *i allmänhet*:

15. Hur stort förtroende har Du för hälso- och sjukvården i Sverige?

	1	2	3	4	5	6	7	
Mycket litet förtroende								Mycket stort förtroende

16. Om Du tänker på hur hälso- och sjukvårdens resurser fördelas mellan olika grupper med vårdbehov idag, hur rättvis tycker Du att fördelningen är?

	1	2	3	4	5	6	7	
På det hela taget orättvis								På det hela taget rättvis

17. Hur stort förtroende har Du för sättet på vilket prioriteringar inom vården görs?

	1	2	3	4	5	6	7	
Mycket litet förtroende								Mycket stort förtroende

I kontrollgruppen:

I många fall görs prioriteringar av vård som för vissa grupper kan innebära begränsningar. Det skulle till exempel kunna handla om att prioritera bort den offentliga finansieringen av provrörsbefruktning för att kunna finansiera en satsning på ungdomspsykiatri. Hur skulle du ställa dig till ett sådant förslag?

	1	2	3	4	5	6	7	
Mycket dåligt förslag								Mycket bra förslag

18. Hur stort inflytande tycker Du att följande grupper bör ha över hur vårdens resurser fördelas?

	Mycket litet inflytande					Mycket stort inflytande	
a. Politiker	1	2	3	4	5	6	7
b. Läkarna inom sjukvården	1	2	3	4	5	6	7
c. Medborgare genom någon form av direkt dialog med politiker	1	2	3	4	5	6	7

Avslutningsvis:

19. Är Du man eller kvinna?

Man

Kvinna

20. Hur gammal är du?

Upp till 30 år

30-50 år

50-65 år

Över 65 år

21. Vilken utbildning har Du? Markera högsta avslutade nivå.

Grundskola

Gymnasium/folkhögskola

Högskola/universitet

Får jag kontakta dig senare för en eventuell längre intervju kring frågorna i den här enkäten?
Om ja, skriv ditt telefonnummer eller mail-adress!

Har du några övriga kommentarer eller synpunkter så skriv dem gärna här eller prata med mig!

Stort tack för att du tog dig tid att besvara min enkät!