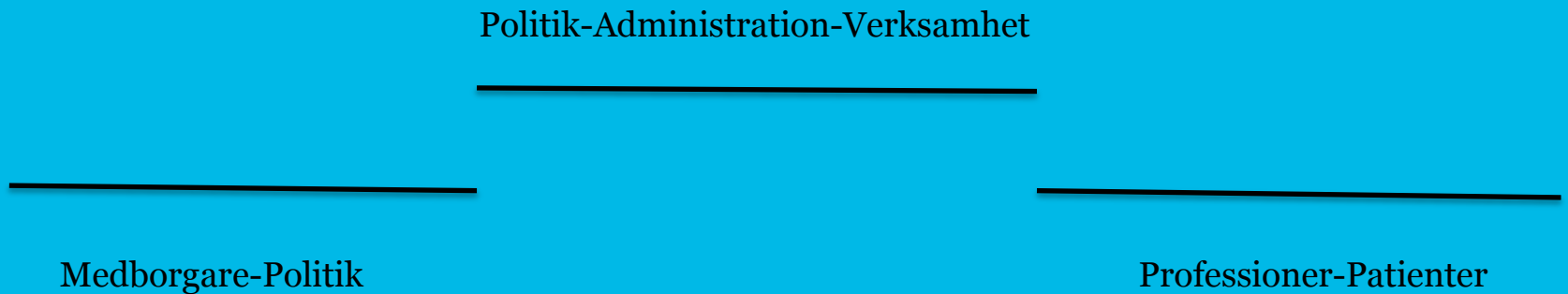


# Betydelsen av relationer och tillit vid prioriteringar i hälso- och sjukvård

Peter Garpenby

Prioriteringscentrum

# Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet - relationer



Är en politisk och en handlingsinriktad organisation

Tillit

övertygelse om (ngns) trovärdighet  
eller goda avsikter i förh. till personen  
i fråga

*Nationalencyklopedin, tillit. [http://  
www.ne.se](http://www.ne.se) (hämtad 2017-10-18)*

”Fördelningen av ansvar och uppgifter mellan politiker, administratörer och vårdverksamma är oklar. Man diskuterar sällan de skillnader i mål och värderingar som finns mellan de olika grupperingarna.

Ibland framförs uppfattningen, inte minst från dem som arbetar i vården, att prioriteringar är någonting som politikerna sysslar med och som varken berör verksamheten eller dem som arbetar ute i vardagen. Ibland framförs precis den motsatta uppfattningen, nämligen att de professionella grupperna är de enda som kan prioritera och att detta är frågor som politiker varken begriper eller bör lägga sig i.”

SOU 2001:8:93 Prioriteringsdelegationens slutbetänkande

”Liksom utredningen, menar vi att samma etiska principer bör vara styrande oavsett roll och ansvar inom hälso- och sjukvården.

Vi instämmer också helt i utredningens uppfattning att det är nödvändigt att tydliggöra de olika beslutsfattarnas ansvarsområden och uppgifter.”

*Regeringens Proposition om prioriteringar  
i hälso- och sjukvård 1996/97:60*

”I en gemensamt finansierad hälso- och sjukvård går det inte att resa murar mellan de olika aktörerna – det fungerar inte i en prioriteringsprocess som ytterst bygger på tillit. Den ena parten måste kunna lita på att den andra parten tar sitt ansvar fullt ut. ”

*Prioriteringscentrums rapport 2009:2:II*

Det finns ett behov av att vidareutveckla en tillitsfull styrning av välfärdstjänsterna som bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan berörda aktörer. Den aktör som ansvarar för verksamheten måste ha utrymme att utveckla den och den aktör som styr måste kunna lita på att verksamheten utvecklas på ett rättssäkert, behovsstyrt, ändamålsenligt, samhällsekonomiskt effektivt sätt och i enlighet med uppsatta mål och att välfärdstjänster av god kvalitet levereras till medborgarna.

*Kommittédirektiv Tillit i styrningen Dir. 2016:51*

”Enligt vår mening är det viktigt att på olika sätt underlätta en öppen dialog mellan den politiska, administrativa och kliniska nivån. \_ \_ \_ En sådan bred och öppen diskussion är nödvändig vid tillämpningen av de etiska principerna.

Hur ett sådant diskussionsforum skall se ut och vilka arbetsformer man väljer kan vara beroende av lokala förhållanden och måste därför ankomma på de enskilda sjukvårdshuvudmännen att ta ställning till.”

*Regeringens Proposition om prioriteringar  
i hälso- och sjukvård 1996/97:60*



”Det behöver inte finnas någon motsättning mellan ambitionen att klargöra ansvaret för olika aktörer och byggandet av legitimitet för en prioriteringsprocess. \_\_\_ Prioriteringar har beskrivits som ”riskpolitik” (Bennich-Björkman 2004) och därför fordras en hög grad av samsyn och inomorganisatoriskt förtroende som kan vara svårt att etablera i ett beslutssystem som sjukvårdens.”

*Prioriteringscentrums rapport 2009:2:89*

# Varför är relationer och tillit viktiga?

- Prioritering ett “intensely political issue” (Hunter 1997)
- Prioritering innehåller mångtydliga problem
- Prioritering behöver relationsbaserat ledarskap
- Prioritering innefattar “meningsskapande”

# Politik men ändå inte sådan politik!

”Jag får ofta frågan ’hur är det att vara hälso- och sjukvårdspolitiker, den största skillnaden mot att vara kommunpolitiker?’

Och då säger jag att det är så otroligt många frågor som är politiska, men inte partipolitiska.”

*Sjukvårdspolitiker*

# Prioritering som ”mångtydigt problem”

”Priority setting is often treated as a tame problem that can be overcome using managements approaches supported by evidence.

However, the majority of priority-setting scenarios and features conform to the notion of wicked issues in the sense that there are high levels of ambiguity and conflict and long-standing, intractable barriers to implementation.”

*Williams m fl 2012:115*

# Prioritering som "mångtydigt problem"

- Det finns inget självklart sätt att uttrycka ett sådant problem; själva definitionen på problemet kan vara ifrågasatt. ("Det finns ingen resursbrist!")
- Mångtydigt problem har ingen självklar lösning.
- Lösningar på mångtydiga problem är inte "rätt" eller "fel", utan uppfattas enbart som "bra" eller "dåliga" bland olika aktörer.
- Det finns inget enkelt eller entydigt sätt att testa lösningen på ett mångtydigt problem.

# Relationsbaserat ledarskap

”The first objective of the priority-setting leader is, therefore, likely to be *the consensual construction of the nature of the problem that priority setting is intended to address.*

This will help to create a platform of support for the exploration and implementation of options for addressing this problem – that is, for the priority-setting enterprise itself.”

Williams m fl 2012:112

# Ett relationsbaserat ledarskap

- Helt klart måste ansvarsgränser och skillnader mellan aktörer klargöras
- Att inte överdriva skillnader för att säkra vidare mål
- Att bygga stöd för specifika handlingar
- Att bygga koalitioner för ibland tuffa beslut
- Att skapa förståelse för grundläggande värden
- Att se bortom kortsiktiga ”tekniska lösningar”

Social Science & Medicine 153 (2016) 63–70

Contents lists available at ScienceDirect

**Social Science & Medicine**

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/socscimed](http://www.elsevier.com/locate/socscimed)




CrossMark

## Political strategies in difficult times – The “backstage” experience of Swedish politicians on formal priority setting in healthcare

Peter Garpenby <sup>a,\*</sup>, Ann-Charlotte Nedlund <sup>a, b</sup>

<sup>a</sup> The National Centre for Priority Setting in Health Care, Department of Medical and Health Sciences, Linköping University, SE-581 83 Linköping, Sweden  
<sup>b</sup> National Institute for the Study of Ageing and Later Life, Department of Social and Welfare Studies, Linköping University, SE-581 83 Linköping, Sweden

---

**ARTICLE INFO**

*Article history:*  
 Received 15 February 2016  
 Received in revised form 17 June 2016  
 Accepted 27 June 2016  
 Available online 28 June 2016

*Keywords:*  
 Sweden  
 Healthcare  
 Priority setting  
 Blame avoidance  
 Legitimacy  
 Political strategies  
 Leadership  
 Interview

**ABSTRACT**

This paper contributes to the knowledge on the governing of healthcare in a democratic context in times of austerity. Resource allocation in healthcare is a highly political issue but the political nature of healthcare is not always made clear and the role of politicians is often obscure. The absence of politicians in rationing/disinvestment arrangements is usually explained with blame-shifting arguments; they prefer to delegate “the burden of responsibility” to administrative agencies or professionals. Drawing on a case where Swedish regional politicians involved themselves in setting priorities at a more detailed level than previously the findings suggest that the subject of “blame avoidance” is more complicated than usually assumed. A qualitative case study was designed, involving semi-structured interviews with 14 regionally elected politicians in one Swedish health authority, conducted in June 2011. The interviews were analysed through a thematic analysis in accordance with the “framework approach” by Ritchie and Lewis. Findings show that an overarching strategy among the politicians was to appear united and to suppress conflict, which served to underpin the vital strategy of bringing the medical profession into the process. A key finding is the importance that politicians, when appearing “backstage”, attach to the prevention of blame from the medical profession. This case illustrates that one has to take into account that priority settings requires various types of skills and knowledges – not only technical but also political and social. Another important lesson points toward the need to broaden the political leadership repertoire, as leadership in the case of priority setting is not about politicians being all in or all out. The results suggest that in a priority-setting process it is of importance to have politics on-board at an early stage to secure loyalty to the process, although not necessarily being involved in all details.

© 2016 Elsevier Ltd. All rights reserved.

---

**1. Introduction**

Resource allocation in healthcare is a highly political issue as social values will eventually determine the level of ambition and the composition of services. The political nature of healthcare is, however, not always made clear, and the role of politicians is often obscure. Still the influence of politics and politicians is prevalent as governments control the overall conditions for the setting of priorities, i.e. responsibilities and power distribution between expert bodies issuing clinical recommendations, and local commissioners left with the arduous task of identifying and executing disinvestment (Syrett, 2003; Rooshenas et al., 2015). Even when resource

allocation is left to local non-elected commissioning bodies, decisions tend to be shaped by political considerations (Teng et al., 2007; Dionne et al., 2008; Smith et al., 2013). Lack of political support can, however, serve as a barrier to formal arrangements aiming at disinvestment (Robinson et al., 2011; Rooshenas et al., 2015).

The absence of political support in rationing/disinvestment activities is usually explained with blame-shifting arguments; elected officials prefer to shift the burden of responsibility to administrative agencies or health professionals, to conceal what they expect to be unpopular and difficult decisions or to find a scapegoat, if criticism should arise. Following Weaver (1986) the blame-avoidance literature focuses almost exclusively on strategies to prevent electoral punishment. However, given the complexity of the healthcare field, where different actors seek legitimacy for their actions and where different types of actor dependencies exist (cf. Salter, 2004; Nedlund, 2012), the role of politics and politicians, and the subject

---

\* Corresponding author.  
 E-mail addresses: [peter.garpenby@liu.se](mailto:peter.garpenby@liu.se) (P. Garpenby), [ann-charlotte.nedlund@liu.se](mailto:ann-charlotte.nedlund@liu.se) (A.-C. Nedlund).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.046>  
 0277-9536/© 2016 Elsevier Ltd. All rights reserved.



# Prioriteringens beroendeförhållande

”Det är svårt att prioritera bort någonting som en verksamhetsföreträdare säger är jätteviktigt för den här gruppen patienter.”

Sjukvårdspolitiker

”Det är viktigt för politiker att kunna ’läsa av professionen’ för att bli övertygad om att det finns substans och att man har tänkt igenom konsekvenserna för patienterna. Att det inte kommer att bli dåligt för patienterna. ”

Sjukvårdspolitiker

# Vad är "meningsskapande"?

- Är min roll i sammanhanget rimlig?
- Hur förstår jag problemet?
- Hur ser mitt uppdrag ut - är det rimligt?
- Är perspektivet på prioritering rätt för mig?
- Hur ska veta hur jag ska agera i min roll?
- Hur ska jag agera för hela organisationen?

## Indikation på glapp i ”meningsskapande”?

”Hur ska jag kunna veta vad de ska ta bort på hjärtmedicin? Det har jag inget som helst begrepp om.”

”Alltså jag tycker att när vi får förslagen så är de beredda väldigt mycket utifrån verksamhetens resonemang.”

”Men det är ju en stor risk att vi egentligen tar över alltihop för långt ner i för små detaljer. Vi måste ordentligt fundera på hur, på vilken nivå, hur långt ner ska man vara? ”

# Kvarstående frågor

- Vilka relationer är önskvärda och vad står tillit för?
- Innebär tillit öppning för gränsdragning och delegering av ansvar för prioriteringar?
- Kan tillit stå för att vi klarar att vara i processen tillsammans?
- Kan vi ta gemensamt ansvar för prioriteringar?
- Kan vi ta gemensamt ansvar för resultat?
- Är det rimligt att ”meningsskapande” sker separat?
- Kan det ske gemensamt och hur?

Tack för att ni lyssnade!

[www.liu.se](http://www.liu.se)