

Öppna politiska prioriteringar av hälso- och sjukvård – rapportering från ett seminarium

Mari Broqvist Per Carlsson
Catrine Jacobsson Erling Karlsson
 Karin Lund

PrioriteringsCentrum

2005:9

ISSN 1650-8475

PrioriteringsCentrum • Landstinget i Östergötland • 581 91 Linköping

Telefon: 013-22 20 00 (vxl) **Telefax:** 013-22 77 99

Hemsida: <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>

E-post: prioriteringscentrum@lio.se

INNEHÅLL

1. EN ÖVNING FÖR ATT ÖKA KUNSKAPEN OM POLITISKA PRIORITERINGAR ...	1
2. FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR ÖVNINGEN.....	2
2.1 GRUNDLÄGGANDE BEGREPP OCH PRINCIPER.....	2
2.2 PRAKTIKFALL ATT TA STÄLLNING TILL	4
3. SÅ RESONERADE SEMINARIEDELTAGARNA.....	6
3. SÅ RESONERADE SEMINARIEDELTAGARNA.....	6
3.1 VILKEN ÄR POLITIKENS UPPGIFT I EN ÖPPEN PRIORITERINGSPROCESS?	6
3.2 ARBETSFÖRDELNING MELLAN CENTRAL OCH LOKAL NIVÅ?	9
3.3 VAD BEHÖVER POLITIKER FÖR ATT KUNNA GÖRA ÖPPNA PRIORITERINGAR?	10
3.4 DET POLITISKA BUDSKAPET TILL DEN EGNA VERKSAMHETEN OCH TILL ALLMÄNHETEN	12
3.5 HUR SKA ETT BESLUTSUNDERLAG UTFORMAS FÖR ATT VARA ANVÄNDBART I EN ÖPPEN PRIORITERINGSPROCESS?	15
4. AVSLUTANDE REFLEXIONER OCH FRÅGOR ATT ARBETA VIDARE MED.....	18

FÖRORD

Det har snart gått ett år sedan seminariet om öppna horisontella prioriteringar, som finns dokumenterat i denna rapport, genomfördes. Syftet med seminariet, som arrangerades av PrioriteringsCentrum i samarbete med Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, var att väcka intresse för frågan om öppna politiska prioriteringar och bidra till metodutveckling på området. Jag uppfattar att det första syftet uppnåddes medan diskussionerna om arbetsformer visar på mycket varierade uppfattningar. Det framgår tydligt att inställningen och erfarenheterna till mer öppna politiska prioriteringar inom vård och omsorg är olika bland sjukvårdspolitiker. På så sätt bidrog seminariet med intressanta frågeställningar snarare än att det gav entydiga svar.

Under det senaste året har bland annat den tredje Nationella Prioriteringskonferensen genomförts i Göteborg med ett rekordstort deltagande - inte minst så var politikergruppen väl representerad. Den workshop om öppna politiska prioriteringar som arrangerades var den mest efterfrågade. Det finns ett stort intresse för frågan som förhoppningsvis denna rapport kan stimulera ytterligare. Den ger inga entydiga svar på frågan hur prioriteringsarbetet ska gå till. Detta svar måste antagligen tills vidare formuleras av var och en i sin miljö med hänsyn tagen till lokala förutsättningar. PrioriteringsCentrum kommer att fortsätta att följa utvecklingen och arbeta vidare med denna intressanta fråga.

Tack till Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting för samarbetet, övriga författare och Katrin Lindroth som redigerat rapporten.

Linköping november 2005

Per Carlsson

Professor, föreståndare för PrioriteringsCentrum

1. EN ÖVNING FÖR ATT ÖKA KUNSKAPEN OM POLITISKA PRIORITERINGAR

Den 2 december 2004 genomfördes ett seminarium om öppna politiska horisontella prioriteringar i Stockholm. Planering och genomförande skedde i samarbete mellan Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och PrioriteringsCentrum. Målet med seminariet var att utveckla kunskapen om den politiska processen vid öppen systematisk prioritering av hälso-och sjukvård. Detta skulle ske genom att pröva och diskutera en hypotetisk prioriteringssituation baserad på verkliga data.

Bakgrunden till anordnandet av seminariet var att politiker från alla politiska läger uttrycker farhågor och beskriver svårigheter med ett öppet arbetssätt vid prioriteringar av sjukvård. Sjukvårdspolitiker har i alla tider fördelat pengar till olika verksamhetsområden, tagit ställning till betydande investeringar i ny medicinsk teknologi, fattat beslut om vård som inte ska ingå i landstingets åtagande liksom avgiftsbeläggande av viss vård; samtidigt tar vissa politiker avstånd från öppna prioriteringar eller anser att prioriteringsmallar skall förbjudas. Erfarenheterna hittills visar att det är svårt att förmedla till andra vad pågående prioriteringsarbeten egentligen går ut på och vad man gjort i praktiken. Detta framkommer bland annat i en genomgång av vad som skrivits i media om prioriteringsarbetet i Östergötland (Bäckman m fl 2005).

Det finns ett behov av att klargöra vad som egentligen menas med politiska prioriteringar och bättre metoder för att utföra dem inklusive bättre metoder för att informera om resultatet. Vad är det som kan tänkas utmärka en bra politisk prioriteringsprocess? Vad finns det för hinder och möjligheter för en mer öppen dialog mellan sjukvårdspersonal, politiker och allmänheten om hur vårdens resurser bör fördelas? Detta är ett par av de frågor som vi hoppades skulle belysas vid seminariet.

I rapporten redovisas en sammanfattning av det underlag som togs fram som utgångspunkt för diskussionen som deltagarna i förväg fick ta del av. Den fullständiga beskrivningen redovisas i Bilaga 1. Det arbetssätt för öppna systematiska prioriteringar inom olika sjukdomsgrupper som beskrivs i exemplet bygger på det utvecklingsarbete som bedrivits vid Socialstyrelsen i samarbete med PrioriteringsCentrum och den dokumentation som tagits fram i Landstinget i Östergötland och Västra Götaland (Beslut 2004-06-01). Därefter presenteras vilken typ av information deltagarna fick vid själva seminariet som underlag till gruppdiskussionerna. Tyngdpunkten i denna rapport ligger dock på dokumentationen från gruppdiskussionerna under dagen.

2. FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR ÖVNINGEN

För att ge deltagarna en gemensam utgångspunkt inför diskussionerna erhöll de i förväg ett skriftligt material som handlade om grundläggande begrepp, bakgrund till och principer för öppna prioriteringar. Detta kompletterades med tre muntliga presentationer som inledning till seminariet. Nedan återges huvuddragen i det skriftliga materialet.

2.1 Grundläggande begrepp och principer

Så länge inte alla behov och önskemål som finns i ett samhälle är tillfredställda tvingas val fram på olika sätt. Det gäller såväl i det politiska livet som i andra verksamheter. Dessa val eller prioriteringar kan ske mer eller mindre medvetet, öppet och systematiskt. Prioriteringar inom vård och omsorg kan handla om att prioritera upp angelägen vård, fördelning av nya resurser eller omfördelning av existerande resurser mellan sjukdomsgrupper/verksamhetsområden. För att kalla ett beslut en prioritering bör det ha föregåtts av en medveten rangordning av relevanta alternativ. På basis av denna rangordning beslutas sedan vilka alternativ som skall sättas före respektive vad som kan bli föremål för ransonering, d v s senareläggas, åtgärdas till en viss grad eller inte åtgärdas alls. Det bör betonas att en eventuell ransonering av vård syftar till att säkra de högre prioriterade insatserna.

Avgränsningar av det offentliga åtagandet får aldrig innebära att sjukvårdens viktiga uppgift att tillgodose patienters behov av få en medicinsk bedömning, ge råd och lugna vid oro tas bort (för begreppsdefinition se även Liss, 2005)

I prioriteringsutredningen efterlystes en ökad öppenhet vid prioriteringar. Hos vårdpersonal finns nu ett växande intresse för att utveckla en sådan öppenhet. Den typ av prioritering som sker *inom specialiteter eller sjukdomsgrupper* brukar kallas *vertikal prioritering*. De flesta som arbetar med vertikala prioriteringar har valt att rangordna kombinationer av (sjukdoms)tillstånd och åtgärder/insatser - t ex bröstcancer och operation. Syftet med öppna vertikala prioriteringar är framför allt att ta fram stöd för kliniskt beslutsfattande. Självfallet kan öppna prioriteringar i form av listor även användas för att kommunicera värderingar mellan olika verksamhetsområden och mellan vårdpersonal och den politiska nivån.

Horisontella prioriteringar betecknar **val mellan t ex sjukdomsgrupper, verksamhetsområden, vårdcentraler eller kliniker**. Den gängse uppfattningen är att det är politiker som fattar beslut om horisontella prioriteringar. Gränsen mellan vertikala och horisontella prioriteringar är emellertid inte distinkt.

Politiska prioriteringarna är i regel mer övergripande och avser företrädesvis behovsgrupper snarare än specifika behandlingsinsatser. Med behovsgrupper menas här en patientgrupp vars vårdbehov i något avseende inte är optimalt tillgodosett. Barn med psykiska problem är ett exempel på detta som det diskuterats mycket om under senare år. När den här typen av existerande eller hotande hälsoproblem i samhället identifierats är det i normalfallet inte den politiska nivån som ska föreskriva på vilket sätt problemet skall angripas i detalj. Istället sker en fördelning av resurser till ett aktuellt område. Denna allmänt hållna styrning av vården genom tilldelning av resurser (anslag) fungerar emellertid inte alltid; t ex när det gäller att tydliggöra gränsen för det offentliga åtagandet av något skäl blir besluten med nödvändighet mer detaljerade.

Syftet med en uppdelning i vertikala och horisontella prioriteringar är att markera en rollfördelning där politikerna har huvudansvaret för de horisontella prioriteringarna medan vårdföreträdare har huvudansvaret för de vertikala prioriteringarna. I bägge fallen innebär ansvaret att hänsyn måste tas till både värde- och faktakomponenter - vilket i sin tur förutsätter en dialog mellan politiker och vårdföreträdare. Det gemensamma uppdraget blir då att identifiera sådana beslut som bör bli föremål för politisk prioritering.

I Sverige har Riksdag och Regering formulerat målsättningen att arbeta med mer öppna systematiska prioriteringar inom vård och omsorg. Av direktiven till prioriteringsutredningen framgår att etiska principer skall ge vägledning och ligga till grund för öppna diskussioner om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det framgår också att behovet av öppna och medvetna prioriteringar ökar samt att öppet redovisade grunder för prioriteringar gör det möjligt att kritiskt granska dem (SOU 1995:5).

En öppen prioritering kräver att besluten, värdegrunden och resonemangen (inklusive förväntade konsekvenser) är tillgängliga för alla som önskar ta del av dem. Grundtanken med öppna prioriteringar är att öka den demokratiska insynen och underlätta diskussioner inom såväl hälso- och sjukvården som bland intresserade medborgare. Öppenheten skall också kunna främja en dialog mellan olika aktörer beträffande fördelningen av vårdens begränsade resurser. Den informerade allmänheten förväntas i framtiden spela en större roll i detta sammanhang.

En hörnsten vid öppen prioritering är användningen av allmänt accepterade principer.

Människovärdesprincipen och *behovs- solidaritetsprincipen* utgör tillsammans med *kostnadseffektivitetsprincipen* grunden för prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård. Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt till vård oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Behovs-solidaritetsprincipen innebär att hälso- och sjukvårdens resurser ska fördelas efter behov. Innebörden av behovs- solidaritetsprincipen är att om ransonering måste ske bland effektiva åtgärder, ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då blir att andra grupper inte kan få alla sina behov fullt tillgodosedda. Vid bedömning av hur stort behovet är av en åtgärd skall man väga samman sjukdomens svårighetsgrad, varaktigheten i tillståndet och tillståndets konsekvenser. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att hälso- och sjukvården vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader i form av insatta resurser av olika slag och effekt, mätt i förbättrad hälsa eller höjd livskvalitet. Dess innebörd är att resurserna i första hand skall fördelas till de områden där behoven är störst och där de ger störst nytta i förhållande till resursinsatsen.

Erfarenheterna av öppna systematiska horisontella prioriteringar är än så länge mycket begränsade i Sverige. De erfarenheter som hittills dragits, bland annat i Landstinget Östergötland, är att arbetet kräver långsiktighet och ständiga omprövningar av arbetsformerna (se Bäckman m fl 2004).

2.2 Praktikfall att ta ställning till

För att stimulera diskussionerna vid seminariet presenterades både skriftligt och muntligt ett tänkt beslutsproblem i en politisk nämnd som byggde på verkliga data (Bilaga 1).

Exemplet gällde ett tänkt landsting X där Hälso- och sjukvårdsnämnden funnit det välmotiverat att omfördela 2 miljoner kronor till vård av barn med psykiska besvär från andra verksamheter. X-landstinget har påbörjat ett arbete som syftar till att dels få bättre kunskap om hur väl hälso- och sjukvårdsbehoven är tillgodosedda i olika sjukdomsgrupper, dels att i dialog med verksamheten formulera rimliga uppdrag med syftet att behoven ska kunna tillgodoses i högsta möjliga grad med de resurser som är tillgängliga. Vi tänker oss att ett beslutsunderlag för prioriteringsbeslut har tagits fram i flera steg. Rangordningslistor har utarbetats av tvärprofessionella grupper med sakkunniga inom ramen för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer.

Dessa har sedan omarbetats och anpassats till förutsättningarna i landstinget X genom verksamhetsansvariga. Listorna följer den etablerade principen att rangordna hälsotillstånd och åtgärd på en skala 1-10. Rangordningen baseras på en sammanvägning av tillståndets svårighetsgrad respektive förväntad nytta av åtgärden, alternativt kostnadseffektivitet när det finns information om det.

Det problem politikerna på seminariet hade att diskutera gällde en omfördelning av resurser (2 miljoner) från stroke/hjärtsjukvård till vård av en högt prioriterad grupp; barn med psykiska besvär.

En uppgift vid seminariet var att deltagarna skulle rangordna fyra lågt prioriterade grupper (kombinationer sjukdomstillstånd och insatser). För att kunna göra det presenterades konsekvensanalyser av en medicinsk expert inom respektive område. Det verkliga syftet med övningen var dock att belysa de principiella aspekterna av att ta ställning till den typen av beslut så därför redogör vi inte för exemplet eller vilket beslut arbetsgrupperna kom fram till. Till viktiga principiella aspekter hör presentationen av besluten, d v s grad av öppenhet, systematik och vad som ska redovisas för medarbetare och allmänheten. Möjligheterna att utforma välmotiverade politiska prioriteringsbeslut styrs av kvaliteten hos de konsekvensanalyser som verksamhetsföreträdarna förser politikerna med. Därför fick också deltagarna förbereda förslag till hur beslut av denna typ kan tänkas utformas i form av ”Checklista för konsekvensbeskrivning”, ”Förslag övergripande beslutsmotivering” och ”Förslag på en hypotetisk specifik beslutsmotivering” som utgångspunkt för diskussionen (se Bilaga 2-5).

3. SÅ RESONERADE SEMINARIEDELTAGARNA

Presentationen nedan utgår ifrån innehållet i diskussionerna som fördes mellan politikerna på seminariet (Bilaga 6). Följande huvudområden diskuterades:

- Politikens uppgift i en öppen prioriteringsprocess
- Arbetsfördelning mellan central och lokal nivå
- Politikernas behov vid öppna prioriteringar
- Det politiska budskapet till verksamhet och allmänheten
- Beslutsunderlagets utformning

Vissa begrepp och diskussionspunkter återkom under flera rubriker men med lite olika vinkling. Ett exempel på detta är t ex det som berör dialog som återkom ofta och som förefaller vara mycket centralt i diskussioner om prioriteringar.

3.1 Vilken är politikens uppgift i en öppen prioriteringsprocess?

Under samtalets gång utkristalliserades ett antal uppgifter relaterade till prioriteringar som ansågs vara politikens ansvar:

- att motivera och förklara behovet av och syftet med prioriteringar
- att ansvara för samtal om prioriteringar med medborgarna
- att styra sjukvården mot behovsriktad vård
- att vara befolkningsföreträdare
- att se till helheten i ett prioriteringsarbete
- att ansvara för att dialogen om prioriteringar hålls aktiv med verksamheten
- att granska och värdera beslutsunderlag för prioriteringar
- att vara ett stöd för professionen i deras prioriteringsarbete

Alla deltagare var medvetna om att prioriteringar alltid gjorts och görs hela tiden men menade att detta förhållande inte lyfts fram tillräckligt hittills i det politiska arbetet och heller inte klargjorts tillräckligt för medborgarna.

”Jag tror att vi har missat att medvetandegöra allmänheten om prioriteringar som ju alltid gjorts.”

Politikens nya uppgift ansågs därför vara att motivera och förklara varför prioriteringar är nödvändiga och att lyfta fram de delar av vården som måste värnas - annars riskerar angelägen vård att trängas undan på grund av en stark efterfrågan på andra områden. Prioriteringar handlar ju om att säkra vården till dem med stora behov och bevaka behoven hos personer med låg autonomi. I diskussionerna framhölls därför vikten av att prioriteringsarbete presenteras för medborgarna på det sättet.

”Vår uppgift är att lyfta fram vilka behov som vi ska skydda.”

Bland deltagarna fanns en tro på att det går att skapa förståelse hos allmänheten för att alla inte kan få allt, alltid i vården. För politikerna handlar det om att ta sig tid och att ge korrekt och sann information.

Att samtala med medborgarna om prioriteringar kommer att bli en av politikernas viktigaste uppgifter. Detta var en av de uppfattningar som det fanns störst samstämmighet kring på seminariet. Att finna former för denna dialog ansågs därför väldigt viktigt.

Under seminariet kom också funderingar upp som har att göra med kopplingen mellan prioriteringar och styrning av hälso- och sjukvård. Vilken roll spelar prioriteringar sett ur ett politiskt perspektiv? Det finns egentligen ingen konsensus kring vad som menas med politiskt prioriteringsarbete och varför det ska göras. Samtidigt uttryckte flera av deltagarna att politiska prioriteringar helt enkelt handlar om styrning av hälso- och sjukvård och på vilka grunder t ex omfördelningar ska göras.

”Vi får aldrig glömma orsaken till detta, att styra mot de viktigaste behoven.”

Politiska prioriteringar har alltså enligt detta synsätt ett starkt fokus på behovsstyrning av vård. Det fanns dock olika bilder bland deltagarna om huruvida det är detta perspektiv som styr inriktningen av hälso- och sjukvården idag eller om politiker fortfarande har ett organisationsperspektiv. T ex ställde sig någon tvekan till politikens roll vad det gäller prioriteringar och såg andra uppgifter, knutna just till styrning av produktionen, som mer lämpliga att inordna i det politiska beslutsfattandet;

”Effektiviseringar däremot är ju möjligt att diskutera, inköp och sådant.”

Andra menade dock att det håller på att ske en förskjutning i det politiska arbetet mot att mer diskutera medborgarnas behov av hälso- och sjukvård och att fördela resurser utifrån detta mer än vad som tidigare gjorts. Prioriteringar blir då en viktig del av det politiska arbetet. Politikerna måste i än högre grad agera som befolkningsföreträdare och utveckla nya arbetsformer för att ta reda på vad medborgarna förväntar sig av sjukvården. De kan inte enbart diskutera vad sjukvården kan tillhandahålla. Prioriteringsarbetet i sig ansågs leda till att politikerna får ett tydligare ansvar för att ta reda på befolkningens behov av hälso- och sjukvård och koppla det till vad vården kan erbjuda. Denna uppfattning verkade omfattas av allt fler deltagare allteftersom diskussionerna fortgick under dagen.

”Det är bra att det överhuvudtaget blir debatt. För hur gjorde man förr. Vilket underlag beslutade man på förr? Om man tog bort 16 tjänster på en klinik fick detta konsekvenser, men ingen visste vilka. Man ska inte fatta beslut utifrån organisation utan utifrån patientgrupper. Idag med det mer diagnos- och patientorienterade arbetssättet är detta helt möjligt.”

En av huvudfrågorna på seminariet kom att handla om på vilken detaljeringsnivå politikerna ska bedriva sitt prioriteringsarbete. I grupperna framfördes en viss tveksamhet till att politiker ska ta ansvar för en rangordning av det slag som presenterades på seminariet. Huruvida en patientgrupp skall erbjudas en viss typ av behandling ansågs inte vara en fråga för politiken - detta ska avgöras av professionen. Även individuella val av vårdinsats eller behandling ligger alltid utanför politikens beslutssfär menade man. Sådana avgöranden sker idag - och måste även fortsättningsvis ske - i mötet mellan behandlare och patient. Flera ansåg att politikens uppgift är att mer se till helheten, att ha ett helikopterperspektiv och göra mer övergripande prioriteringar. Det kan finnas en risk för att politikerna fördjupar sig alltför mycket i detaljer. Den huvudsakliga uppgiften borde vara att på en mer aggregerad och övergripande nivå känna till och diskutera var behoven är störst, hur behovstäckningen ser ut, och var behovstäckningen borde vara bättre.

”Politikernas viktigaste uppgift är att kommunicera med medborgarna och liknande listor (de som visades på seminariet) är för detaljerade. Politikernas ansvar är att analysera konsekvenserna för patientgruppen.”

Politikerna måste istället ha tillit till och vara lojala mot de prioriteringar som vårdpersonalen gör. Alla var dock på det klara med att om inte politiker fattade beslut om fördelning av vårdens resurser skulle vårdprofessionen fortsätta att göra de insatser som de själva bedömde som mest viktiga. Omfördelningar mellan olika behovsgrupper skulle då göras av ansvariga tjänstemän.

Andra menade därför att politiker måste finnas med mer konkret i prioriteringsarbeten för att bevaka detta med behovsprincipen. Så frågan kvarstår - på vilken nivå ska de politiska prioriteringsbesluten företrädesvis ligga? .

Att granska och värdera beslutsunderlag för prioriteringar och de sätt fakta tagits fram på ansågs däremot av många som en viktig uppgift för politiken. Eftersom prioriteringar ansågs innehålla ett stort mått av värderingar, som ligger mer inom den politiska sfären, menade flera deltagare att vårdprofessionernas uppgifter och deras prioriteringar inte kan accepteras utan vidare reflektion.

”Det finns en spänning mellan fakta och värdegrund. Man kan inte bara köpa fakta rakt av, utan vi måste också värdera dessa.”

Politikerna menade att de tillsammans med vårdpersonalen har ett gemensamt ansvar för de prioriteringar som görs. Det handlar om ett tidskrävande arbete där kommunikation mellan politiker och vårdprofession behövs. Den interna dialogen betonades. Att politiker tar ansvar för samtalen mellan politiken och verksamheten om prioriteringar ansågs som en viktig uppgift. Dock saknas det fortfarande bra arbetsformer för detta och metoderna för dialogen måste utvecklas. I det här sammanhanget lyftes fram att politiken också har ett ansvar att vara ett stöd för professionen i deras prioriteringsarbete.

”Vårdpersonalen är central – de som ska tillämpa besluten. Svåra beslut förutsätter att man har dialog innan. Frågan är när detta ska ske och med vilka grupper.”

3.2 Arbetsfördelning mellan central och lokal nivå?

Vidare diskuterades hur arbetsfördelningen vad gäller prioriteringar bör vara mellan lokal/regional politisk nivå och vilket ansvar som den nationella nivån har. Mycket av ansvaret ansågs gemensamt, t ex att motivera och förklara behovet av och syftet med prioriteringar för medborgarna medan tillämpningen av nationella riktlinjer för prioriteringar inom olika sjukdomsgrupper var ett ansvar för den lokala politiken.

Det finns enligt politikerna många beslut och aktiviteter på riksnivå som kan sätta det lokala prioriteringsarbetet ur spel och därmed påverka den lokala styrningen i en oönskad riktning.

Olika valfrihetsreformer som bestämts centralt var ett exempel som kom upp, där politikerna hade uppfattningen att det inte var de högst prioriterade behovsgrupperna som t ex använde sig av förmånen att söka vård i annat landsting. I diskussionerna uttrycktes känslan av att politiskt stöd på nationell nivå vad det gäller behovet av mer öppna prioriteringar saknas idag och att detta är något som efterfrågas på landstingsnivå. Det framkom tydligt en klyfta mellan lokal nivå och rikspolitiken.

”Vi ska göra allt men har svag och otydlig styrning”.

Man uttryckte det så att ett nationellt budskap, som säger att tydliga prioriteringar är en förutsättning för att uppnå en behovsstyrd vård, vore ett värdefullt stöd för landstingspolitikernas arbete. Vissa trodde här på tydligare centralstyrning och ett klargörande rikspolitiskt ställningstagande för vad behovs- och solidaritetsprincipen egentligen ska innebära inom hälso- och sjukvården. Mer nationell styrning av prioriteringar skulle också kunna leda till mer likvärdig vård i landet. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prioriteringar lyftes fram som ett viktigt instrument för det lokala prioriteringsarbetet. Samtidigt var det flera deltagare som menade att det ska finnas utrymme för en lokal anpassning av sättet att bedriva prioriteringsarbete på utifrån de förutsättningar som råder lokalt. Vissa uttryckte vidare att erfarenhetsutbyte landstingen emellan också fortsättningsvis kommer att bli en mycket viktig komponent i arbetet med att utveckla politiska prioriteringar.

3.3 Vad behöver politiker för att kunna göra öppna prioriteringar?

Finns det sådant som underlättar för politiker att kunna/kunna vilja redovisa sina prioriteringar mer öppet? Utöver det som redan sagts om nationellt politiskt stöd menade deltagarna på seminariet att följande behövs för att nå framgång med ett prioriteringsarbete:

- former för ett brett förankrat prioriteringsarbete
- dialog in i den egna organisationen
- dialog ut till allmänheten (medborgardialog)
- informationsstöd
- möjlighet att avsätta tid
- metoder/modeller för politiska prioriteringar
- politiska forum för prioriteringsdiskussioner
- väl underbyggda beslutsunderlag
- politiskt mod

För att öppna prioriteringar ska vara möjligt menade så gott som alla deltagare att det behövs ett brett förankrat prioriteringsarbete. En viktig del i ett sådant arbete ansågs vara att finna metoder för att beskriva behov i befolkningen där samtliga berörda parter deltar – professioner, patientorganisationer men också medborgare i allmänhet. Många refererade här till det som relativt allmänt i landet kallas för medicinskt programarbete som en trolig framkomlig väg.

Behovet av att finna metoder/modeller för politiska prioriteringar som det kan finnas en bred politiskt enighet kring lyftes fram. Behovsanalysen utifrån kunskap om befolkningens hälsa och vårdbehov ansågs central i en sådan modell. Många menade att det behövs system som går över partigränser för att kunna bedriva ett arbete med öppna politiska prioriteringar. Några efterfrågade någon slags checklista för politiker att ta med sig in i ett prioriteringsarbete. Andra gick ännu ett steg längre och menade att för att politiska prioriteringar ska kunna vara öppna behövs konsensus inte bara kring hur prioriteringar ska göras utan också om vilka beslut som faktiskt tas medan andra menade tvärtom; att det *inte* ska vara konsensus utan dynamik i politik.

”Det gäller väl att hitta politiska beslutssystem som går över partigränserna, annars finns en risk för haveri ...”

En annan viktig förutsättning för politiker att kunna arbeta med prioriteringar har att göra med möjlighet att avsätta tillräckligt med tid. Deltagarna tycktes vara medvetna om att det är ett långsiktigt, kontinuerligt och långvarigt arbete att utveckla ett fungerande system för öppna prioriteringar;

”Det här tar mycket tid men det finns inga genvägar.”

Frågan restes om och hur det kan vara möjligt i politiskt arbete att få till stånd denna tid. Deltagare som redan arbetat med systematiska prioriteringar menade att en diskussion om politiska arbetssätt och rutiner alltid måste föras så att resurser används för det som är viktigast vad gäller politisk styrning av hälso- och sjukvård.

Vad som dessutom ansågs som viktigt för politiskt prioriteringsarbete var att det finns ett politiskt forum för prioriteringsdiskussioner. Frågan ställdes om det är så att t ex Hälso- och sjukvårdsnämnderna utgör detta forum. En annan fråga gällde om hur detaljnivån på de prioriteringar som politikerna hade att hantera överensstämde med de politiska beställningarna till hälso- och sjukvården. Att reda ut var i den politiska organisationen dessa diskussioner och beslut ska hanteras framstod som en viktig uppgift vid utveckling av former för politiska prioriteringar.

Diskussionen kom också in på vad ett öppet prioriteringsarbete skulle kräva av den enskilda politikern. Att den kompetens som varje politiker bär med sig också påverkar synen på prioriteringar mellan olika behovsgrupper framhölls. Några upplevde att de hade mer kunskap om en viss typ av vård och att den delen av verksamheten därför var lättare att diskutera. Att det dessutom skulle krävas politiskt mod för att lyckas vidareutveckla prioriteringsprocessen var flera av deltagarna helt på det klara med.

3.4 Det politiska budskapet till den egna verksamheten och till allmänheten

För att lyckas med att förankra ett politiskt prioriteringsarbete framstod en väl fungerande dialog mellan olika parter som en grundförutsättning - samt att hitta arenor och former för sådana samtal. Att t ex nöja sig med att redovisa prioriteringar på landstingens hemsida ansågs inte vara en garanti för att informationen skulle vara tillgänglig för det stora flertalet. Dialogen med och stödet framför allt från läkarna ansågs betydelsefullt. Samtidigt fanns en medvetenhet om att läkargruppen inte är homogen och att medicinsk konsensus kan vara svår att uppnå kring olika prioriteringar även om det vore önskvärt. Några påpekade att ännu fler vårdyrkesgrupper behöver göras delaktiga i prioriteringsdiskussioner än vad som sker idag. Dessa ska ju tillämpa besluten och får ta dialogen med patienter och anhöriga. Därför blir de professionella grupperna, de som har stor legitimitet, viktiga att ha med också efter att besluten är fattade.

Detta ställer krav på ömsesidigt lojalitet, inte minst politikernas lojalitet gentemot besluten som man varit med om att fatta och som ger konsekvenser i verksamheten.

Dialogen inåt i den egna organisationen ansågs allmänt som oerhört väsentligt när det gäller prioriteringar. Chefer och ledande företrädare för de olika vårdprofessionerna måste vara införstådda med de politiska besluten för att kunna vara ambassadörer och kommunicera budskapet till media och allmänhet. Samtidigt påpekande någon att media inte är vårdens förlängda arm och ska så heller inte vara. Den har till uppgift att granska och är dessutom oftast vinstdriven. Att "förändra" media ansågs inte vara en framkomlig väg även om många politiker skulle önska det.

"Vi måste själva kommunicera på bred front... det krävs ett fotarbete, att nå så många som möjligt"

Vikten av en fungerande medborgardialog var en av de saker som deltagarna på seminariet var mest överens om när det gäller möjligheten att politiskt arbeta med öppna prioriteringar. Det fanns de som trodde att en sådan dialog har stor sprängkraft och kan äventyra politisk makt medan andra menade att människor lättare kan förstå och acceptera komplicerade beslut om politikerna ger sig tid att förklara på vilka grunder de fattats.

”Olika medborgarföreträdare vill vara med och bestämma för att pengarna ska användas på bästa sätt”.

De friska, de som behöver sjukvården minst, uppfattas som en viktig målgrupp för att öka kunskapen och förståelsen för de etiska principer som skall styra prioriteringarna. Därmed kan fler i befolkningen acceptera att några måste stå tillbaka för att de med störst behov ska ges företräde.

Många menade att politiker måste fundera mer över hur prioriteringar kan kommuniceras ut till befolkningen på ett bra sätt så att berörda verkligen får den information som behövs. Att informationsstöd behövdes i detta arbete var alla på det klara med. Informatörens roll diskuterades och man betonade vikten av att de finns med under hela prioriteringsprocessen inte minst för att kunna förbereda politikerna inför mötet med journalister. Någon uttryckte det så att landstingen måste ta initiativet när det gäller det budskap som ska kommuniceras till medborgarna för att bli mindre utlämnade till medias bild. Det gäller att politikerna är mentalt förberedda inför mötet med massmedia; att ha en informationsstrategi till hands kring frågor och svar kanske framför allt för att förklara varför vissa insatser inte ska utföras i vården pekades ut som en viktig hjälp

När det gäller hur det politiska budskapet ska se ut kom följande upp;

- det positiva i budskapet bör lyftas fram
- viktigt att klargöra skillnaden på prioritering och ransonering
- både fakta och värderingar ska vara med
- prioriteringsprocessen bör beskrivas
- rätten till bedömning innan prioritering får inte glömmas bort
- det ska vara lättbegriplig

Den första frågan när det gäller det politiska budskapet handlar naturligt nog om innebörden av öppna prioriteringar. Hur mycket av prioriteringar kan i praktiken ske öppet?

Det fanns många frågor kring detta och någon efterlyste mer vägledning från rikspolitisk nivå vad gällde denna fråga. Deltagarna på seminariet menade att det antagligen beror på hur öppen processen har varit, hur öppet själva prioriteringsbeslutet kan vara. Det fanns de som var osäkra på hur budskapet egentligen skulle kunna se ut för att inte skapa konflikt mellan profession och politiker eller mellan politiker och medborgare.

När det sedan gäller själva budskapet till medborgarna menade deltagarna att fokus i budskapet måste vara det positiva budskapet; att visa vad som ges företräde i vården, att utgå från att något är viktigt att göra. Många menade att budskapet till medborgarna oftast handlar om det politiker väljer bort och att det behövs en motbild om vad vården istället faktiskt tillhandahåller. Det gäller att den ”positiva prioriteringen” också lyfts fram precis lika mycket som det som prioriteras lågt.

Att skilja mellan att prioritera, d v s att värdera vilka behov som ska rangordnas högre än andra till skillnad från att ransonera, d v s att medvetet inte åtgärda behov optimalt eller inte alls ansågs också viktigt att kunna kommunicera till allmänheten. Prioriteringar ansågs oftast förknippade med ”eländesbeskrivningar” där vård tas bort. Att prioriteringar behövs även utan resursbrist för att vi ska använda resurserna på bästa sätt enligt behovsprincipen, d v s att styra sjukvården till de som behöver den mest, lyftes fram som ett viktigt budskap. Likaså att prioriteringar framförallt innebär att ”de svagas” behov bevakas istället för att, som allmänheten ofta ansågs tro, missgynna dessa grupper.

*”Problemet är kanske att vi pratar mer ransonering än prioritering.
Kommunikationen ut blir detta med svarta listan som får medialt fokus.”*

Samtidigt som deltagarna på seminariet verkade anse att fokus måste flyttas bort från ransoneringar så menade flera att det är viktigt att kommunicera att de ökade medicinska möjligheterna ständigt leder till ökade behov av sjukvård. De ransoneringar som kan bli följderna av den här utvecklingen måste vara genomtänkta. Medborgarna måste få veta till vad pengarna har använts och i framtiden ska användas till. Det måste tydligt framgå att det inte handlar om ”bortspelade” medel från politikernas sida. Någon menade att det också är viktigt för trovärdigheten att inte ”mörka” en dålig nyhet utan att också konsekvenserna av nödvändiga begränsningar måste vara tydliga och begripliga.

Det politiska budskapet om prioriteringar måste grunda sig på strikta beslutsunderlag eftersom deltagarna uppfattade att det är fakta som efterfrågas av medborgarna. Samtidigt behöver politiker kunna kommunicera värderingar och idéer bakom de beslut som tas. En sådan viktig fråga är hur politikernas budskap till den som inte får tillgång till offentlig vård bör se ut.

Själva prioriteringsprocessen behöver också kommuniceras. En diskussion uppstod kring huruvida det som kan kallas "omprövning" av prioriteringar skulle offentliggöras. Många menade att detta kunde missförstås och blandas ihop med någon sorts rätt till "överklagan". I Östergötland har dock politikerna informerat medborgarna att det kommer att ske en planerad omprövning av prioriteringsbesluten. De menar att detta är ett viktigt budskap för att skapa förtroende för prioriteringsarbetet.

Att alla har rätt till att få en bedömning av sina vårdbehov innan en prioritering görs måste lyftas fram och betonas. Det var en viktig lärdom när det gäller erfarenheterna av öppna prioriteringar så här långt.

Många synpunkter fanns också på det språk som bör användas i kommunikationen till medborgarna. Texter formulerade för profession och politiker ansågs kräva bearbetning innan den förs ut till allmänheten. Språket och orden i den text som politikerna fick granska ansågs för svåra för medborgarna. Det måste vara ett "enkelt språk". Slutligen förde vissa fram att också riksdagens prioriteringsgrupper måste kommuniceras ut till medborgarna som en riktlinje för vilken vård som är viktig att bevaka behovstäckning för.

3.5 Hur ska ett beslutsunderlag utformas för att vara användbart i en öppen prioriteringsprocess?

Deltagarna fick pröva en beslutssituation för prioriteringar som dock inte alla kände sig bekväma med. Vissa uttryckte svårigheter att förstå och ta till sig materialet då det ansågs vara både omfattande och komplicerat. Dessutom ifrågasatte vissa politiker om beslut av det här slaget ska fattas på politisk nivå. Inledningsvis fanns därför en frustration över uppgiften och hur beslutsunderlaget skulle kunna användas och en viss tid ägnades åt förtydliganden. För förståelsen av underlaget var en dialog med de medicinska sakkunniga nödvändig.

Diskussionen pendlade mellan dem som menade att som politiker är det svårt att gå in i diskussionen utifrån liknande, detaljerade listor och dem som uttryckte att ”man behöver ha detta underlag för att veta vad vi pratar om” och att innehållet kan vara ett bra stöd i en politisk argumentation. Några ansåg att underlaget var väl strukturerat och genomarbetat och väl täckte vad man som politiker behöver veta för att ta ställning. Andra menade att detta mer var att betrakta som professionens verktyg för att få hjälp med exempelvis ransonering inom sin egen verksamhet och att det måste kompletteras för att bli användbart för politiker.

Utifrån de synpunkter som framkom kan följande önskemål formuleras när det gäller de beslutsunderlag som politiker har att ta ställning till vid öppna prioriteringar. Beslutsunderlagen ska helst:

- avspegla en bred täckning av befolkningens vårdbehov
- vara begripliga
- beskriva konsekvenser för patienten/befolkningen
- omfatta adekvata fakta
- omfatta värderingar
- avspegla flöden inom vården

En återkommande diskussion var att det aktuella underlaget speglar en alltför snäv syn på hälsopanoramata i befolkningen och därmed vårdbehov i stort.

”Var finns människorna?... Fångar detta patienternas behov?”.

Beslutsunderlag för politiska prioriteringar behöver ha ett brett behovsperspektiv. En aspekt som diskuterades var frågan om hur medvetna vi som politiker är om genusfrågan. En följdreflektion blev då: hur väl tillgodoses både kvinnors och mäns behov av vård? Politikerna efterfrågade också beskrivningar av människors egna upplevelser av aktuella tillstånd, t ex aspekter som oro och ångest i beslutsunderlaget. Avsaknad av andra professionella perspektiv än renodlat medicinska kan också leda till en alltför snäv prioritering inom hälso- och sjukvård.

”Ja man måste nog väga in sådant som ångest också eftersom sådana problem också belastar sjukvården och förresten hela samhället. Sådant borde också prioriteras”.

”Jag tycker det saknas perspektiv som handlar om omvårdnad och rehabilitering. Det skulle också behövas”.

Genomgående ansåg man också att det underlag som redovisades var svårt att förstå. Språket i beslutsunderlaget måste vara begripligt liksom den bakomliggande metoden för att komma fram till ett visst resultat. Att t ex förstå tankesättet med rangordningssiffrorna (1 – 10), vad siffran innebär, var en sådan viktig fråga. Att statistik beskrivs på ett begripligt sätt var en annan åsikt. Deltagarna var också eniga om att texten i ett underlag inte får präglas av ett fackspråk som minskar möjligheten till insyn och diskussion.

Politikerna framhöll också vikten av att få bra konsekvensbeskrivningar. Vad blir konsekvenserna av beslut som fattas utifrån denna typ av underlag? Vad innebär det för de behovsgrupper som prioriteras högt respektive lågt?

Behovet av att underlagen omfattar andra adekvata fakta kom också upp. Det handlade bl a om att politiker behöver veta hur omfattande ett behov är, d v s hur många som omfattas av en sjukdom och är i behov av en vårdinsats. akta om läkemedelskostnader ansågs också viktigt för politiker att känna till.

Deltagarna tyckte vidare att det fanns oklarheter rörande värdekomponenten. De tyckte att etiska aspekter, olika synsätt på befolkningens ohälsoproblem och inriktningen på folkhälsoarbetet inte avspeglades i det presenterade underlaget. Värderingar av det här slaget framstod som den avgörande utgångspunkten för hur politikern tar ställning i valsituationer och därmed ansågs etiska aspekter vara nog så viktiga som faktaunderlaget.

”Finns det risk att viktiga medborgerliga rättigheter inte säkerställs? ”

”Ja men vi måste väl också fundera över etiken... hur blir det med förebyggande vård... vad väljer vi då?”

Vid ett flertal tillfällen betonades vikten av att politiker känner till vilka konsekvenser uteblivna vårdinsatser får för kommunen och andra samhällssektorer. Deltagarna menade att beslutsunderlaget inte får avspegla ett för smalt perspektiv där konsekvenserna bara beskrivs utifrån ett landstingsperspektiv. Hänsyn måste också tas till andra vårdnivåer och komplexiteten i vårdflöden för de som söker vård idag.

”Ekonomi med avseende på ”övervältringar” i de olika organisationerna glöms bort. Hur blir det med effekter i kommunen? ”

”Vi politiker får inte ha ett smalt perspektiv, på klinisknivå, utan måste tänka in hela svår organisation”.

4. AVSLUTANDE REFLEXIONER OCH FRÅGOR ATT ARBETA VIDARE MED

Efter att ha tagit del av diskussionen vid det första seminariet av sitt slag i Sverige som handlade om öppna politiska prioriteringar noterar vi en stor spännvidd i uppfattningar om prioriteringar, hur de bör gå till och att användningen av centrala begrepp varierar. Seminariet visar också på det stora behovet av diskussioner som kan ske fritt utan att vara låsta till lokala politiska förhållanden.

Deltagarna kom från olika delar av landet med olika långt kommen utveckling rörande öppna prioriteringar. Därför varierade synen på prioriteringar och formerna för sådana beroende på vilka erfarenheter deltagarna hade med sig till seminariet. Medan vissa deltagare ställde sig frågande till värdet av och möjligheterna till att arbeta med öppna prioriteringar över huvudtaget menade andra att det är helt nödvändigt och ställde långtgående krav på hur ett fullödigt beslutsunderlag för prioriteringar borde vara utformat. De menar att prioriteringar sker hela tiden med eller utan beslutsunderlag och besluten redovisas sällan. Vi menar att det är viktigt att kunna acceptera inte helt optimala underlag eller perfekt motiverade prioriteringsbeslut inledningsvis för att på så sätt stimulera fram successiva förbättringar.

Det fanns en utbredd gemensam uppfattning bland politikerna på några punkter:

- Politiker och vårdprofessioner har ett gemensamt ansvar för prioriteringsarbetet och de beslut som tas.
- Prioriteringar är ett känsligt ämne som möter motstånd hos medborgarna och media och som saknar tillräckligt stöd från rikspolitiken.
- Politiker har ansvar för att en dialog förs om prioriteringar, både med vårdpersonal och med allmänheten.
- Fokus i det politiska budskapet måste vara positivt; att visa vad som ges företräde i vården samtidigt som medvetenhet om vårdens ekonomiska villkor måste öka hos såväl vårdprofessionerna som medborgare i allmänhet.

- Vårdpersonalen har huvudansvaret för att göra vertikala prioriteringar och ta fram beslutsunderlag för politiska prioriteringar. Politikerna bör dock granska och värdera dessa underlag utifrån Hälso- och sjukvårdslagens etiska principer och utifrån ett befolkningsperspektiv.
- Politikernas roll är i huvudsak att ha en helhetssyn och svara för fördelning av resurser på en övergripande nivå mellan olika verksamhetsområden med hänsyn tagen till ett mångfacetterat behovsperspektiv och otillfredsställda vårdbehov i befolkningen.

Diskussionerna genererade intressanta frågor att bearbeta ytterligare:

- En central fråga är hur man skall hitta en rimlig balans i prioriteringsbeslutens precision (precisa och konkreta eller oprecisa och allmänna) med hänsyn tagen till politikens breda ansvarsområde.
- Hur ska samspelet mellan den nationella och regionala nivån utformas på ett optimalt sätt? De råder en viss oklarhet idag om ansvarsfördelningen. Bland deltagarna vid seminariet fanns det olika syn på hur mycket som skall avgöras centralt och hur mycket av besluten som skall åligga den regionala nivån.
- Hur kan en dialog om prioriteringar med profession/verksamheten organiseras och hållas levande? Vad ska diskuteras? Vilka ska medverka?
- När politiker och vårdpersonal har olika syn på prioriteringar inom ett verksamhetsområde/en sjukdomsgrupp, hur hanterar man en sådan situation? Vilka politiska värderingar kan läggas på ”vertikala” prioriteringar?
- Behövs det redskap/modeller för att granska och diskutera värderingsfrågor i samband med prioriteringar? Vad skulle detta redskap/denna modell i så fall innehålla?
- Vad innebär det att vara befolkningsföreträdare i en prioriteringsdiskussion? Hur ska politikerna kunna få bättre kunskap om befolkningens behov av hälso- och sjukvård och om hur behovstäckningen ser ut idag?
- Hur skulle en modell för politiska prioriteringar kunna se ut? Finns det behov av en sådan modell?

- Var i den politiska beslutsprocessen ska prioriteringsfrågor hanteras? Hur ska politiska prioriteringar realiseras på bästa sätt?
- Hur kan ett starkare rikspolitiskt stöd uppnås när det gäller arbetet med öppna prioriteringar? Vilka är aktörerna?
- Vad skulle vara en lyckad effekt av ett bra prioriteringsbudskap till allmänheten? Vilka värderingar är önskvärda att uppnå hos allmänheten?

Seminariet visar att inställningen och erfarenheterna till mer öppna politiska prioriteringar inom vård och omsorg är olika bland sjukvårdspolitiker. På så sätt bidrog seminariet med intressanta frågor snarare än att det gav entydiga svar. När det gäller horisontella politiska prioriteringar är frågan om arbetsformer och metodik antagligen mycket mer komplicerad än när det gäller vertikala prioriteringar. Det finns inte heller anledning att förstora metodproblemen med tanke på att sjukvårdspolitiker så gott som dagligen gör mer eller mindre medvetna och öppna prioriteringar. Frågan handlar om att uppnå en ökad grad av systematik och öppenhet för att åstadkomma ökad legitimitet hos både vårdpersonal och allmänheten att fatta kontroversiella och ibland obekväma beslut. Vägen dit kommer att vara slingrig. Tills vidare måste var och en i sin miljö med hänsyn tagen till lokala förutsättningar utforma sitt arbetssätt.

REFERENSER

Bäckman K, Andersson A, Carlsson C. Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska beslutsprocessen. PrioriteringsCentrums rapportserie 2004:4

Bäckman K, Lindroth, K, Carlsson P. Öppna prioriteringar i Östergötland. Del II. Massmediernas rapportering av beslutsprocessen. PrioriteringsCentrums rapportserie 2005:7.

Hälso- och sjukvårdslagen (Lag 1998:1659).

Liss, P-E. Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård — en begreppsanalys. Andra reviderade upplagan. PrioriteringsCentrums rapportserie 2004:9.

SOU 1995:5 Vårdens svåra val. Slutbetänkande från Prioriteringsutredningen. Socialdepartementet.

Per Carlsson
Erling Karlsson

2004-11-19

EN ÖVNING I HORISONTELL POLITISK PRIORITERING MELLAN SJUKDOMSGRUPPER.

Syfte med seminariet

Målet med seminariet är utveckla kunskapen om den politiska processen vid öppen systematisk prioritering. Detta skall ske genom att pröva och diskutera ett hypotetiskt prioriteringsbeslut. Detta dokument är framtaget för att användas som utgångspunkt för att besvara de frågor om horisontella politiska prioriteringar som skall diskuteras vid seminariet den 2 december 2004. Det arbetssätt som beskrivs bygger på det utvecklingsarbete som bedrivits vid Socialstyrelsen i samarbete med PrioriteringsCentrum och dokumentation som tagits fram i Landstinget i Östergötland och Västra Götaland (Beslut 2004-06-01). Inledningsvis presenterar vi några centrala begrepp och principer som spelar roll i den fortsatta redovisningen. Därefter presenteras förutsättningarna för seminarieövningen.

Vad menas med prioritering?

Så länge inte alla behov och önskemål som finns i ett samhälle är tillfredställda tvingas man välja på något sätt. Det gäller såväl i det politiska livet som i andra verksamheter. Dessa val eller prioriteringar kan ske mer eller mindre medvetet och systematiskt. Prioriteringar inom vård och omsorg kan handla om fördelning av nya resurser eller omfördelning av existerande resurser mellan sjukdomsgrupper/verksamhetsområden. För att kalla det en prioritering bör beslutet ha föregåtts av en medveten rangordning av relevanta alternativ och på basis av denna rangordning beslutas angående vilka alternativ som skall sättas före respektive vad som kan bli föremål för ransonering d v s senareläggas, åtgärdas till en viss grad eller inte åtgärdas alls. Det bör betonas att en eventuell avgränsning av sjukvårdens åtagande syftar till att säkra de högst prioriterade insatserna.

¹) Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (Lag 1998:1659) ska varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården snarast ges en bedömning av sitt hälsotillstånd.

Normalt är det ofta flera olika beslut inblandade i en prioritering. Att prioritera mellan t ex olika vårdinsatser betyder alltid att vi skapar en rangordning mellan dessa. Det kan gälla när nya resurser skall tillföras vården. Det blir då aktuellt att bedöma inom vilka patientgrupper vårdbehoven är minst tillfredsställda och/eller var nya eller ökade vårdinsatser kan göra mest nytta. Rangordningsprocessen kan även medföra en upptäckt att det finns högt rangordnade behov som inte är adekvat tillgodosedda.

I tider av förväntade underskott handlar det mer om att bestämma vilka vårdbehov som inte kan åtgärdas optimalt, eller alternativt, inte kan åtgärdas alls. I praktiken kan det innebära längre väntetider, kvalitetsförsämringar, avgifter eller ett nej till offentligt finansierad vård som man då får avstå ifrån eller åtgärda privat. Exempel finns inom läkemedelsområdet genom LFN:s arbete, tandvård och sjukgymnastik. Avgränsningar av detta slag får emellertid inte ta bort sjukvårdens viktiga uppgift att tillgodose patienters behov av få en medicinsk bedömning, ge råd och lugna vid oro.

Denna typ av prioritering *inom specialiteter eller sjukdomsgrupper* som redan pågår i landet brukar kallas *vertikal prioritering*. Här har man i regel valt att rangordna kombinationer av sjukdomstillstånd och åtgärder, t ex bröstcancer och operation respektive riskbeteende och rökslutarråd. Syftet med detta arbete är att ta fram stöd för kliniskt beslutsfattande och politiska prioriteringar.

Horisontella politiska prioriteringar betecknar **val mellan t ex sjukdomsgrupper, verksamhetsområden, vårdcentraler eller kliniker**. Gränsen mellan vertikala och horisontella prioriteringar är emellertid inte distinkt. De politiska prioriteringarna är i regel mer övergripande och avser behovsgrupper snarare än specifika behandlingsinsatser. När det gäller att tydliggöra gränsen för det offentliga åtagandet blir besluten med nödvändighet mer detaljerade. Det kan antingen handla om att ge stöd till vårdverksamheten när det gäller att skärpa indikationer för olika behandlingar eller att i princip ta bort vissa medicinska åtgärder ur landstingets åtagande men också beslut som gäller införande av nya behandlingar av principiellt intresse t ex screeningprogram. De politiska besluten ska vara vägledande för den stora mängd prioriteringar som görs av läkare och annan vårdpersonal.

Syftet med uppdelning i vertikala och horisontella prioriteringar är att markera en rollfördelning där politikerna har huvudansvaret för de horisontella prioriteringarna medan vårdföreträdare har huvudansvaret för de vertikala prioriteringarna.

I bägge fallen innebär ansvaret att hänsyn tas till både värde- och faktakomponenter vilket förutsätter en dialog mellan politiker och vårdföreträdare.

Begreppet öppen prioritering

Vi har idag målsättningen att arbeta med mer öppna systematiska prioriteringar inom vård och omsorg. Av direktiven till prioriteringsutredningen framgår att de etiska principerna skall ge vägledning och ligga till grund för öppna diskussioner om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det framgår också att behovet av öppna och medvetna prioriteringar ökar samt att öppet redovisade grunder för prioriteringar gör det möjligt att kritiskt granska dem (SOU 1995:5).

En öppen prioritering kräver att prioriteringsbesluten, grunder och resonemang (inklusive förväntade konsekvenser) är tillgängliga för alla som önskar ta del av dem. Grundtanken med öppna prioriteringar är att öka den demokratiska insynen och underlätta diskussioner såväl inom hälso- och sjukvården som bland intresserade medborgare. Öppenheten skall också kunna främja en dialog mellan olika aktörer beträffande fördelningen av vårdens begränsade resurser.

Hälso- och sjukvårdslagens etiska principer

Människovärdesprincipen och behovs- solidaritetsprincipen utgör tillsammans med kostnadseffektivitetsprincipen grunden för prioriteringar i svensk hälso- och sjukvård. Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Behovs-solidaritetsprincipen innebär att resurserna ska fördelas efter behov. Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att hälso- och sjukvården vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader i form av insatta resurser av olika slag och effekt, mätt i förbättrad hälsa eller höjd livskvalitet. Dess innebörd är att resurserna ska satsas på de områden där behoven är störst och de ger störst nytta.

Innebörden av behovs- solidaritetsprincipen är att om ransonering måste ske bland effektiva åtgärder, skall mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då blir att andra grupper inte kan få alla sina behov fullt tillgodosedda.

Vid bedömning av hur stort behovet är av en åtgärd måste man väga samman sjukdomens svårighetsgrad, varaktigheten i tillståndet och tillståndets konsekvenser. Hur stort behovet är beror på sjukdomens svårighetsgrad, men sannolikt också dess varaktighet. Det finns en relativt stor enighet om dessa tre principer är adekvata men det återstår mycket arbete för omsätta dem i praktiskt beslutsfattande.

Utveckling av horisontella politiska prioriteringar är en långsiktig process.

Erfarenheterna av öppna systematiska horisontella prioriteringar är än så länge begränsade i Sverige. De erfarenheter som hittills dragits bland annat i Landstinget Östergötland visar att arbetet kräver långsiktighet och ständiga omprövningar av arbetsformerna. Det innebär bland annat ständiga förbättringar och revideringar av rangordningslistor liksom att tidigare fastställda principer och beslut successivt omprövas allteftersom de demografiska mönstren förändras, resurstillgången skiftar och nya medicinska teknologier utvecklas med syftet att förbättra diagnostik och behandling av olika sjukdomar.

Förutsättningar inför seminariet

I landstinget X har behovet av mer öppna prioriteringar aktualiserats, bl a till följd av landstingets ekonomiska situation. Parallellt med prioriteringsarbetet har det senaste året strukturella förändringar och ett omfattande effektivitetsarbete skett. Den demografiska utvecklingen och den medicinska utvecklingen i kombination med de ekonomiska förutsättningarna för hälso- och sjukvården innebär att det även fortsättningsvis kommer att behöva genomföras omfattande förändringar inom hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdsnämnden i X landstinget har nyligen påbörjat ett arbete, som syftar till att dels få en bättre kunskap om hur väl hälso- och sjukvårdsbehoven är tillgodosedda i olika sjukdomsgrupper, dels i dialog med verksamheten formulera rimliga uppdrag med syftet att behoven ska kunna tillgodoses i högsta möjliga grad inom de resurser som är tillgängliga.

Prioriteringsprocessen

Rangordningslistor från verksamheten

I korthet har underlagen för beslut utarbetats i flera steg. Rangordningslistor har utarbetats av tvärprofessionella grupper med sakkunniga inom ramen för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer osv. Listorna följer den etablerade principen att rangordna hälsotillstånd och åtgärd på en skala 1-10. Rangordningen baseras på en sammanvägning av tillståndets svårighetsgrad, förväntad nytta av åtgärden och kostnadseffektivitet.

Beredning och politisk prioritering

Beredningen av det politiska beslutet har resulterat i ett antal ställningstaganden, vilka tillsammans med nämndens beslutsmotiveringar redovisas i detta avsnitt. Beslutsmotiveringarna ska ta sin utgångspunkt i de tre etiska grundprinciperna i Hälso- och sjukvårdslagen (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen) och baseras bl a på epidemiologiska data, medicinska faktaunderlag från verksamheten i form av rangordningslistor och konsekvensbeskrivningar.

I beslutsprocessen har behovet av insatser hos berörd sjukdoms/patientgrupp vägts samman med patientnyttan av aktuella åtgärder samt dess kostnadseffektivitet, det vill säga att kostnaden står i rimlig proportion till hälsovinsten med hänsyn tagen till sjukdomens svårighetsgrad. Utöver detta skall tillgängligheten dvs möjligheten att få sina behov bedömda beaktas. Landstinget X tillämpar såväl hälso- och sjukvårdslagen²) som de nationella överenskommelserna om tillgänglighet till vården.

Åtgärder för att säkerställa högre prioriterade vårdinsatser

Det har framkommit att åtgärdsbehoven hos olika sjukdomsgrupper är olika väl tillgodosedda. Inom några områden med hög prioritet har det, med den kunskap som för närvarande finns tillgänglig genom epidemiologiska fakta, rangordningslistor och konsekvensbeskrivningar, funnits skäl för nämnden att överväga att fördela resurser för att säkerställa en adekvat behovstäckning. Ett sådant område är barn med psykiska besvär. Därför anser nämnden det välmotiverat att omfördela 2 miljoner från andra verksamheter.

²) Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (Lag 1998:1659) ska varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården snarast ges en bedömning av sitt hälsotillstånd.

Prioriteringsbeslut rörande patienter med hjärtsjukdom och stroke

Nämnden har efter att ha tagit del av vertikala prioriteringslistor, sakkunnigas motiveringar samt diskussioner fattat ett beslut som innebär en utökning av de högt prioriterade åtgärder för patientgrupper med stora behov samt fattat beslut om ransonering inom andra områden. Detta inkluderar att vissa åtgärder för definierade grupper rekommenderas att inte åtgärdas vid resursbrist.

Gränsen mellan utbudsbegränsning och indikationsskärpning är svår att exakt dra eftersom indikationsskärpning är ett sätt att delvis avgränsa vårdutbudet. I de fall där indikationerna är så strikta att endast patienter med synnerliga skäl kan få tillgång till åtgärden definieras det som en utbudsbegränsning. I båda fallen handlar det om vårdåtgärder, som bedömts ha en låg prioritet.

Avgränsningen föreslås ske inom någon/några av följande patientgrupper/vårdinsatser. (De "beslut" som ska fattas vid seminariet är hypotetiskt och resultatet kommer inte att rapporteras från seminariet)

FRÅGOR ATT BESVARA FÖR ARBETSGRUPPERNA

Gruppövning 1.

Prioritering utifrån kunskapsunderlag och konsekvensbeskrivning.

Uppgift 1A. Arbetsgruppen skall göra en rangordning av de redovisade alternativen och ta ställning till vilka vårdutbudsminskningar som måste ske för att skapa utrymme för mer angelägna vårdinsatser inom barnpsykiatri. Som underlag har arbetsgruppen konsekvensbeskrivningarna.

Uppgift 1B. Dessutom skall arbetsgruppen redovisa sina synpunkter på underlagens användbarhet. Vad fattas? Vad behöver ändras? Vad är viktigast? Övrigt?

Gruppövning 2.

Beslutsformulering och tillkännagivande

Uppgift 2A. Arbetsgruppen skall diskutera och ta ställning till den föreslagna beslutstexten i:

1. Bilaga B. Förslag övergripande beslutsmotivering
Redovisa användbarhet. Vad fattas? Vad behöver ändras? Vad är viktigast?
Övrigt?
2. Bilaga C. Förslag till specifik beslutsmotivering.
Redovisa användbarhet. Vad fattas? Vad behöver ändras? Vad är viktigast?
Övrigt?

Uppgift 2B. Föreslå hur beslutet på bästa sätt ska kommuniceras med vårdpersonal och medborgare?

Uppgift 2C. Dessutom skall gruppen diskutera och redovisa sin uppfattning om politikernas roll och ansvar rörande prioriteringar i allmänhet och horisontella prioriteringar i synnerhet. Givet denna roll och ansvar, vilken typ av underlag bör politikerna ha tillgång till?

CHECKLISTA FÖR KONSEKVENSBESKRIVNING

För samtliga beslutsmotiveringar gäller att besluten grundas på de tre etiska principerna (människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektprincipen) och den vidarebearbetning som skett av desamma.

Beslutsmotivering

- 1. Beslutet avser:** Sjukdomstillstånd samt vilken vårdinsats som är aktuell.
- 2. Rangordningsnivå:**
- 3. Volym:** Hur många patienter berör beslutet?
- 4. Autonomi:** Har patientgruppen nedsatt autonomi?
- 5. Sjukdomstillståndets allvarlighetsgrad:**
 - Symtombild och graden av desamma.
 - Risk förtida död
 - Påverkan livskvalitet
- 6. Effekt av vårdinsats:** Hur påverkas symtom, risk förtida död och livskvalitet av vårdinsatsen?
- 7. Kostnadseffektivitet:** Är kostnaden per vunnet levnadsår/QALY (=kvalitetsjusterade levnadsår) rimlig i förhållande till patientnytta?
- 8. Evidens:** Finns vetenskapligt underlag för punkterna 4-6?
- 9. Uppskattad kostnadsreduktion:**
- 10. Konsekvenser för patientgruppen vid utebliven vårdinsats:** Vilka konsekvenser skulle en utebliven behandling innebära för patientgruppen i form av hälsoförlust, förlorade levnadsår, minskad livskvalitet, risk för permanent sjukdom/skada.

11. Konsekvenser av utebliven vårdinsats för andra samhällssektorer:

Sjukskrivning, förtidspension, ökade resurskrav för kommun e t c

12. Övriga övervägande i samband med den politiska beslutsprocessen:

Finns andra alternativa lösningar på resursproblemet i form av ökade intäkter? Är beslutet i överensstämmelse med etiska principer och Hälso- och sjukvårdslagen?

FÖRSLAG ÖVERGRIPANDE BESLUTSMOTIVERING

Motiv för och bakgrund till en öppen prioriteringsprocess.

Den snabba utvecklingen inom hälso- och sjukvård har nu möjliggjort att betydligt fler patienter blir föremål för vårdinsatser. Detta ställer ökade krav på resurser - krav som successivt blir allt svårare att tillfredsställa. Detta problem ökar genom att landstingens skatteunderlag samtidigt minskat på senare år p g a ökad sjukskrivning/förtidspensionering e t c. Detta växande gap mellan behov av vård och resurser kräver en samlad insats med bl a effektivisering och strukturåtgärder men också en strukturerad prioriteringsprocess.

Landstingspolitiker har ansvaret för att rättvist fördela tillgängliga resurser mellan olika sjukdomsgrupper/verksamhetsområden och härvid i Hälso- och sjukvårdslagens anda värna om de patienter som har störst vårdbehov. Resurserna bör också satsas på de vårdinsatser som ger patienten störst hälsovinst. För att kunna fatta beslut i dessa svåra frågor krävs ett bra faktaunderlag och en kontinuerlig dialog med vårdpersonalen. Målsättningen är också att information om hur vi gått tillväga och beslutets innebörd ska vara tillgängliga för allmänheten som ett led i vår strävan att få tillstånd en *öppen prioriteringsprocess*.

Rangordning av sjukdomstillstånd/vårdinsatser (s k vertikal prioritering)

Inom varje stor sjukdomsgrupp (ex patienter med psykisk ohälsa, hjärtsjukdom, cancer) görs en rangordning av sjukvårdens insatser. Undergrupper av patienter inom den stora sjukdomsgruppen med olika angelägenhetsgrad kopplas till bestämda vårdinsatser. Graderingen av de olika patientgruppernas behov baseras på sjukdomens svårighetsgrad (symtomens svårighetsgrad, risken för förtida död, påverkan av livskvalitet). Effekten av respektive vårdinsats på nämnda parametrar samt kostnaden för respektive vårdinsats (kostnad i förhållande till patientnytta) värderas därefter. Särskilt beaktas om någon patientgrupp har nedsatt autonomi så att dessa i så fall inte missgynnas. Det vetenskapliga underlaget (evidensen) för "faktaunderlaget" anges också.

Slutligen sker en sammanvägning av sjukdomstillståndets svårighetsgrad, effekten av vårdinsatsen, kostnaden för vunna levnadsår eller kvalitetsjusterade levnadsår och det vetenskapliga stödet vilket ger den slutliga rangordningsnivån för sjukdomstillståndet/vårdinsatsen. Rangordningen bygger på en 10-gradig skala där nivå 1 bedöms mest och 10 minst angelägen.

Det bör noteras att alla har rätt till sjukvårdskontakt och bedömning vid ett nytillkommet, oroande symtom. Likaså bör poängteras att rangordningen gäller grupper av patienter och att bedömningen kan ändras i ett enskilt patientfall.

Huvudansvaret för denna rangordning har representanter från vårdens och omsorgens olika personalgrupper. Rangordningslistor utgör det första steget i prioriteringsprocessen. De måste kontinuerligt revideras alltefter som ny kunskap tillkommer och nya metoder/läkemedel tillkommer.

Politiskt beslutad resursfördelning (s k horisontell prioritering)

Vad gäller den fortsatta prioriteringsprocessen övergår huvudansvaret till den politiska nivån. Uppgiften kan då gälla endera

- att rättvist och faktabaserat fördela nya resurser till olika sjukdomsgrupper eller verksamhetsområden
- att omfördela de resurser som tidigare tilldelats olika områden
- att tvingas till kostnadsreduktion inom ett eller flera verksamhetsområden vid uppkommen resursbrist

I samtliga dessa fall krävs samarbete och dialog mellan politiker, tjänstemän och vårdpersonal. Om begärt resurstillskott uteblir eller om resurserna minskas till ett verksamhetsområde eller en patientgrupp måste vårdpersonal göra en *konsekvensbeskrivning* enligt särskild mall. Konsekvensbeskrivningen utgår från rangordningslistan och de patientgrupper/vårdinsatser som då blir aktuella för denna konsekvensanalys är de som bedömts ha minst vårdbehov eller där vårdinsatsen ger minst patientnytta i förhållande till resursinsats.

Politikerna fattar sedan med hjälp av detta medicinska och hälsoekonomiska underlag och efter diskussion med tjänstemän och vårdpersonal beslut beträffande resursfördelningen. Dessa beslut och motiven för desamma skall vara tillgängliga för allmänheten. Härigenom kan synpunkter på fattade beslut lämnas och besluten kan bli föremål för *omprövning* enligt särskild process om tungt vägande skäl för detta framkommer.

FÖRSLAG PÅ EN HYPOTETISK SPECIFIK BESLUTSMOTIVERING

- 1. Beslutet avser:** Ny elkonvertering vid tidigt eller frekvent återfall av förmaksflimmer trots läkemedelsprofylax (skyddande behandling)
- 2. Rangordningsnivå:** 8
- 3. Volym:** 20
- 4. Autonomi:** Patientgruppen har inte nedsatt autonomi?
- 5. Sjukdomstillståndets allvarlighetsgrad:** Tillståndet avser patienter med en rubbning av hjärtats rytm i form av förmaksflimmer. Det innebär att hjärtat går oregelbundet. Flera försök har gjorts att med hjälp av elkonvertering (elektrisk impuls) återföra hjärtat i regelbunden rytm. Patienterna har också fått läkemedel för att försöka kvarhålla den regelbundna hjärtrytmen. Trots dessa åtgärder har rytmrubbningen återkommit. Majoriteten av patienterna har lätta-måttliga besvär av rytmrubbningen med känsla av hjärklappning och viss minskad prestationsförmåga. Normal, daglig funktion påverkas dock inte. Ett litet antal patienter med förmaksflimmer har uttalade besvär och dessa patienter kräver då specialinsatser och ingår inte i aktuell patientgrupp.
- 6. Effekt av vårdinsats:** Under den tid patienternas hjärtrytm genom behandlingen normaliserats upplever patienten en något ökad funktionsförmåga men livskvaliteten är väsentligen oförändrad.
Den största risken för förtida död och skada beror på underliggande hjärtsjukdom samt risken för blodproppar till hjärna eller till andra kroppsdelar. Denna sistnämnda risk minskas främst genom adekvat läkemedelsskydd om blodproppsbildning och inte i aktuell patientgrupp genom upprepade elkonverteringar.
- 7. Kostnadseffektivitet:** Kostnaden per vunnet levnadsår/QALY bedöms måttlig i förhållande till patientnytta?
- 8. Evidens:** Det finns vetenskapligt underlag för punkterna 4-6.

9. Uppskattad kostnadsreduktion: 130 000 SEK

10. Konsekvenser för patientgruppen vid utebliven vårdinsats: Såväl vetenskapliga studier som beprövad erfarenhet har visat att nya elkonverteringar och ytterligare läkemedelsbehandlingar har synnerligen kortvarig positiv effekt - rytmrubbningen återkommer inom dagar - månader hos flertalet. Patienterna kan leva ett normalt, dagligt liv men klarar kanske inte aktiviteter som ställer större krav på prestationsförmåga. Nyare vetenskapliga rön har också visat att vare sig livskvalitet eller risk för förtida död påverkas positivt vid upprepade elkonverteringar. Läkemedelsbehandling för att styra hastigheten av hjärtslagen samt adekvat blodproppsskydd är det viktigaste för patienterna.

11. Konsekvenser av utebliven vårdinsats för andra samhällssektorer: Förmaksflimmer är vanligast i högre ålder och majoriteten av patienterna är ålderspensionärer. Beroende på yrke, ex med stora krav på stor prestationsförmåga kan sjukskrivning/förtidspen sion i ett fåtal fall bli aktuell. Vårdbehovet torde snarast minska och patienterna kan skötas i öppen vård och företrädesvis inom primärvården. På grund av patientgruppens höga ålder följer att primärvårdskontroller krävs även av andra skäl än rytmrubbningen varför någon merbelastning av primärvården inte torde uppkomma.

12. Övriga övervägande i samband med den politiska beslutsprocessen: Beslutet strider inte mot de etiska principerna eller Hälso- och sjukvårdslagen. Gruppen har inte nedsatt autonomi. Med anledning av nya vetenskapliga studier torde vårdinsatsen i form av elkonvertering kunna utgå ur behandlingsarsenalen utan ökad risk för förtida död eller försämrad livskvalitet.

DELTAGARLISTA

Namn	Organisation	Deltagartyp
Jonas Andersson	Västra Götalandsregionen	Deltagare
Thomas Andersson	Jämtlands läns landsting	Deltagare
Catarina Andersson Forsman	Socialstyrelsen	Deltagare
Kjell Asplund	Socialstyrelsen	Deltagare
Fredrik Berggren	Socialstyrelsen	Deltagare
Sören Bertilsson	Landstinget Dalarna	Deltagare
Olle Bingerud	Örebro läns landsting	Deltagare
Johan Calltorp	Landstingsförbundet	Deltagare
Mikael Cederbratt	Västra Götalandsregionen	Deltagare
Maria Dellham	Landstinget Västmanland	Deltagare
Bengt Eliasson	Landstinget Halland	Deltagare
Marie-Louise Forsberg-Fransson	Örebro läns landsting	Deltagare
Ann Hedberg Balkå	Svenska Kommunförbundet	Deltagare
Anders Henriksson	Landstinget i Kalmar län	Deltagare
Helen Holmgren	Kristinehamns kommun	Deltagare
Ellen Hyttsten	Landstingsförbundet/SV Kommunförbundet	Deltagare
Paul Håkansson	Landstinget i Östergötland	Deltagare
Anna-Karin Jonsson	Västerbottens läns landsting	Deltagare
Barbro Kärrstrand	Kristianstads kommun	Deltagare
Christina Kärvinge	Socialstyrelsen	Deltagare
Bo Lindblom	Socialstyrelsen	Deltagare
Bertil Lindström	Region Skåne	Deltagare
Lars-Ingvar Ljungman	Vellinge kommun	Deltagare
Maria Lundqvist-Brömster	Västerbottens läns landsting	Deltagare
Lisbeth Löpare Johansson	Vårdförbundet	Deltagare
Roger Molin	Landstingsförbundet/ SV Kommunförbundet	Deltagare
Barbro Naroskyin	Landstinget i Uppsala län	Deltagare
Agneta Niklasson	Landstinget i Östergötland	Deltagare
Ing-Marie Nilsson Axelsson	Region Skåne	Deltagare
Elise Norberg	Örebro läns landsting	Deltagare
Britt Nordlander	Svenska Läkaresällskapet	Deltagare

Peter Persson	Jönköpings kommun	Deltagare
Henrik Ripa	Lerums kommun	Deltagare
Inger Ros	Stockholms läns landsting	Deltagare
Lisbeth Rydefjärd	Landstinget i Jönköpings län	Deltagare
Jan-Åke Simonsson	Västra Götalandsregionen	Deltagare
Anna Sohlberg	Socialstyrelsen	Deltagare
Marie Sällström	Landstinget Blekinge	Deltagare
Anna-Lena Sörenson	Landstinget i Östergötland	Deltagare
Anders Thulin	Socialstyrelsen	Deltagare
Christer G Wennerholm	Stockholms läns landsting	Deltagare
Margareta William-Olsson		Deltagare
Charlotte Wäreborn Schultz	Jämtlands läns landsting	Deltagare
Carina Åström	Västra Götalandsregionen	Deltagare
Karin Örjes	Landstinget Dalarna	Deltagare

PRIORITERINGSCENTRUMS RAPPORTSERIE

2001:1 *Medborgaren i prioriteringsprocessen*. Peter Garpenby.

2001:2 *Målformulering och dess betydelse för prioriteringar i kommunal vård och omsorg – en pilotstudie*. Per-Erik Liss.

2002:1 *Perspektiv på prioritering – Rapportering från den första nationella prioriteringskonferensen i Linköping den 1-2 oktober 2001*.

2002:2 *Dokumentation av Medborgardialogen – ett utvecklingsarbete i landstinget i Östergötland. Delrapport 1*. Mari Broqvist.

2002:3 *Samtalsdemokrati och prioritering – utvärdering av ett försök med medborgarråd*. Peter Garpenby.

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

2002:5 *Subventionering av läkemedel i andra länder – beslutsprocesser och användning av hälsoekonomiska utvärderingar*. Anders Anell.

2003:1 *Rättvisa prioriteringar inom hälso- och sjukvården – etiska teorier och jämförelser med prioriteringsutredningens principer*. Anders Melin.

2003:2 *Behov eller kostnadseffektivitet – vad ska avgöra prioriteringar inom hälso- och sjukvården?* Lars Bernfort.

2003:3 *Prioriteringsprocessen. Del I: övergripande strategier*. Peter Garpenby.

2003:4 *Ekonomi och etik. Argumentering vid besparingar inom sjukvården i ljuset av Prioriteringsutredningen*. Gunhild Hammarström.

2003:5 *Öppna prioriteringar i kommunernas vård och omsorg*. Karin Lund.

2003:6 *Politiker möter medborgare i samtal om prioriteringar – ett praktiskt exempel*. Mari Broqvist.

2003:7 *Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal*. Anna T Höglund.

2003:8 *Programarbete – ett steg på vägen mot öppna prioriteringar.*
Malin Kernell-Tolf, Karin Bäckman och Per Carlsson.

2004:1 *Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson.

2004:2 *Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala.*
Li Bennich-Björkman.

2004:3 *Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik.*
Mari Broqvist.

2004:4 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska beslutsprocessen.*
Karin Bäckman, Anna Andersson, Per Carlsson.

2004:5 *Prioriteringar i vårdflöden för äldre – en förstudie.* Kerstin Blomqvist

2004:6 *Hinder och möjligheter att använda hälsoekonomiska analyser inom omvårdnad - en litteraturstudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson, Lars Lindholm, Birgitta Engström.

2004:7 *Trygghet och omvårdnadsbehov: Förhållningssätt och föreställningar om prioriteringar och kriterier för beslut om särskilt boende.* Gunhild Hammarström.

2004:8 *Prioriteringsprocessen. Del II: det interna förtroendet.* Peter Garpenby.

2004:9 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård ¾ en begreppsanalys. Andra reviderade upplagan.* Per-Erik Liss.

2005:1 *Subventionering av läkemedel – förutsättningar för öppna och legitima beslutsprocesser i Läkemedelsförmånsnämnden.* Anders Anell och Sandra Jansson.

2005:2 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvård - erfarenheter från andra länder.*
Per Carlsson (red.), Anders Anell, Sandra Jansson, Peter Garpenby, Per-Erik Liss, Karin Lund.

2005:3 *Befolkningsdialog kring prioriteringar i Region Skåne.* Per Rosén.

2005:4 *Utvärdering av implementeringen av Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård i fyra landsting och regioner. Första delen.* Peter Garpenby, Anna Andersson, Sven-Olof Junker.

2005:5 *Hur påverkas sjukvården i praktiken? Utvärdering av Socialstyrelsens riktlinjer för prioritering av hjärtsjukvård: Utgångsläget 2001 – 2003.* Mikael Rahmqvist, Lars-Åke Levin.

2005:6 *Prioriteringar i vårdens vardag - intervjustudie med vårdpersonal i Lycksele och Halmstad.* Ingrid Karlsson, Ann-Louise Lyrén.

2005:7 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del II. Massmediernas rapportering av beslutsprocessen.* Karin Bäckman, Katrin Lindroth, Per Carlsson.

2005:8 *Prioritering av hälsofrämjande och förebyggande insatser i hälso- och sjukvården.* Sven Larsson.

2005:9 *Öppna politiska prioriteringar av hälso- och sjukvård – rapportering från ett seminarium.* Mari Broqvist, Per Carlsson, Catrine Jacobsson, Erling Karlsson Karin Lund