Så resonerar läkare och sjuksköterskor vid prioriteringar av patienter i primärvård

Eva Arvidsson
Malin André
Lars Borgquist
Per Carlsson
Kjell Lindström

CMT Rapport 2007:6

Omslag och layout: Sussanne A. Larsson 2002.
Tryckeri: LiU-Tryck, Linköpings universitet

LIU CMT RA/0706
ISSN 0283-1228
eISSN 1653-7556

Adress:
CMT
Institutionen för medicin och hälsa
Linköpings universitet
581 83 LINKÖPING

Besöksadress:
CMT
Hälsans hus, ing 15, pl 13
Vid Universitetssjukhuset
Linköping

Tel vxl: 013-22 2000

Hemsida: http://www.cmt.liu.se/

FÖRORD

Studier av prioriteringar i primärvården är särskilt intressanta eftersom det är där de allra flesta av oss kommer i kontakt med hälso- och sjukvården. Det är också i primärvården prioriteringar och olika former av ransonering på grund av begränsade resurser är vanliga. De allra flesta av oss förstår och accepterar att vi inte omedelbart kan få träffa en läkare om det inte rör sig om akuta och allvarliga sjukdomstillstånd. Vi finner många gånger ett råd om egenvård som en tillfredställande lösning för tillfället. Hur olika prioriteringar görs ”bakom kulisserna” är dock många gånger oklart för oss. Vi kan ibland t.ex. undra varför vi får betala för vissa vårdtjänster medan andra är gratis. Osäkerhet om på vilka grunder prioriteringar sker gäller inte bara för patienter utan även sjukvårds-personal. Erfarenheter från flera olika håll i Sverige pekar på att de etiska riktlinjer som utgör kärnan i riksdagens prioriteringsprinciper är svåra att använda i praktiken. Det är därför angeläget att få mer kunskap om hur prioriteringsprinciper och begrepp uppfattas av sjukvårdspersonalen för att utveckla arbetsformer som är begripliga och förenliga med rådande rutiner.

Distriktsläkare, mottagningssköterskor och distriktssköterskor vid fyra vård-centraler som tidigare deltagit i en prioriteringsstudie har inbjudits att diskutera prioriteringar utifrån ett antal frågeställningar. Resultaten från dessa diskussioner visar bland att olika begrepp tolkas på många olika sätt. En framgångsrik implementering av den etiska plattformen kräver antagligen betydligt mer av öppna diskussioner om prioriteringar och principer i det dagliga vårdarbetet.

Två allmänläkare Eva Arvidsson från Kalmar och Malin André från Falun har bidragit med den största insatsen i projektet som för övrigt inbegriper Lars Borgquist från Avdelningen för allmänmedicin vid Linköpings universitet och Kjell Lindström från Primärvårdens utvecklingsenhet i Jönköping. Studien har finansierats av Forskningsrådet för sydöstra sjukvårdsregionen (FORSS).

Jag vill på projektgruppens vägnar tacka alla medverkande från vårdcentralerna Lindsdal och Borgholm i Kalmar läns landsting, Öxnehaga i Jönköpings läns landsting och Ryds vårdcentral i Landstinget i Östergötland.

Linköping 2007-07-24

Per Carlsson

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING **1**
Bakgrund *1*
Metod *1*
Resultat och slutsatser *1*

ABSTRACT **3**
Background *3*
Methods *3*
Results and Conclusions *3*

1. BAKGRUND **5**
1.1 Introduktion **5**
1.2 Beslutsfattande i sjukvården **6**
1.3 Riksdagens principer för prioriteringar **7**
1.3.1 Ökad öppenhet 8
1.3.2 Den etiska plattformen 8
1.4 Prioriteringar på olika nivåer **9**
1.5 Arbetsmodell för vertikala prioriteringar **10**

2. FRÅGESTÄLLNING OCH METOD **13**
2.1 Syfte **13**
2.2 Material och metod **13**
2.2.1 Val av metod och material 13
2.2.2 Fokusgruppsintervjuerna 14
2.2.3 Analys av materialet 15

3. RESULTAT **16**
3.1 Funna huvudkategorier **16**
3.1.1 Grupp- och individ perspektiv 16
3.1.2 Förenklad och komplex prioritering 17
3.1.3 Medicinskt perspektiv och patientupplevt perspektiv 18
3.1.4 Personrelaterade faktorer 19

3.2 De tre begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet 20
3.2.1 Svårighetsgrad 20
3.2.1.1 Vilken innebörd lägger personalen i ordet svårighetsgrad? 20
3.2.1.2 Vilka aspekter vägs in i bedömningen av svårighetsgrad? 21
3.2.1.3 Sker värderingen för grupp eller individ? 22
3.2.1.4 Vad är viktigast för att avgöra vad som är stor respektive liten svårighetsgrad? 22
3.2.1.5 Vilka problem finns när man ska bedöma svårighetsgrad? 23
3.2.2 Nytta 23
3.2.2.1 Vilken innebörd lägger personalen i ordet nytta? 23
3.2.2.2 Vilka aspekter vägs in i bedömningen av nytta? 24
3.2.2.3 Sker värderingen för grupp eller individ? 24
3.2.2.4 Vad är viktigast för att avgöra vad som är stor respektive liten nytta? 25
3.2.2.5 Vilka problem finns när man ska bedöma nytta? 27
3.2.3 Kostnadseffektivitet 28
3.2.3.1 Vilken innebörd lägger personalen i ordet kostnadseffektivitet? 28
3.2.3.2 Vilka aspekter vägs in i bedömningen av kostnadseffektivitet? 29
3.2.3.3 Sker värderingen för grupp eller individ? 30
3.2.3.4 Vad är det som avgör vad som är hög eller låg kostnadseffektivitet?31
3.2.3.5 Vilka problem finns när man ska bedöma kostnadseffektivitet? 33
3.2.4 Sammanfattande prioriteringsbedömning 33
3.2.4.1 Sammanvägning av svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet vid prioritering 33
3.2.4.2 Hur vägs de tre faktorerna mot varandra? 34
3.2.4.3 Hur kom man fram till den sammanfattande prioriteringsbedömningen? 35
3.2.4.4 Vilka andra aspekter påverkar prioriterings-bedömningen? 36
3.2.4.5 Vilka problem finns vid den sammanvägda bedömningen? 38
3.2.5 Personalens värdering av mallen för prioriteringar 39
3.2.5.1 Nyttan av att använda mallen 39
3.2.5.2 Fortsatt utveckling av en prioriteringsmodell 39
3.3 Jämförelse av personalens tolkning av de centrala begreppen med Socialstyrelsens arbetsmodell 41
3.3.1 Jämförelsematerial 41
3.3.2 Prioriteringsobjektet 42
3.3.3 Svårighetsgrad 42

3.3.4 Nytta 44
3.3.5 Kostnadseffektivitet 46
3.3.6 Sammanfattande prioriteringsbedömning 48

4. DISKUSSION OCH SLUTSATSER 49
4.1 Metoddiskussion 49
4.2 Resultatdiskussion 50
4.2.1 Grupp- och individperspektiv 50
4.2.1.1 Evidensbaserad medicin 50
4.2.1.2 Akut och kronisk sjukdom 51
4.2.1.3 Individer och diagnosgrupper 51
4.2.1.4 Kunskapsunderlaget 52
4.2.1.5 Vetenskapligt förhållningssätt 53
4.2.2 Personrelaterade faktorer 54
4.2.3 Komplex och förenklad användning av begreppen 54
4.2.4 Medicinskt perspektiv och patientupplevt perspektiv 55
4.2.5 Att använda begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet vid prioriteringar 57
4.2.5.1 Nytta och Svårighetsgrad 58
4.2.5.2 Kostnadseffektivitet 58
4.3 Konklusioner 59

REFERENSER 61

BILAGA 1
BILAGA 2
BILAGA 3
BILAGA 4

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Erfarenheter från arbete med prioriteringar i hälso- och sjukvård pekar på att de etiska riktlinjer som utgör kärnan i riksdagens prioriteringsprinciper är svåra att använda i praktisk kliniskt beslutsfattande. Detta gäller också den modell för hur prioriteringar kan göras som Socialstyrelsen i sitt arbete med de Nationella riktlinjerna för vård och behandling tagit fram. Det är därför angeläget att få mer kunskap om hur prioriteringsprinciper och begrepp uppfattas av sjukvårdspersonalen, om deras relevans och om det finns andra aspekter som också spelar roll i en prioriteringssituation. Det finns också ett behov av att utveckla nya arbetsformer för att leva upp till Riksdagens intentioner om prioriteringar i hälso- och sjukvården.

För att bidra till utvecklingen av sådana nya arbetsformer valde vi att studera prioriteringar i primärvård i praktiken. Vårt primära syfte var att beskriva hur allmänläkare och distriktssköterskor resonerar kring begreppen *svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet* när de prioriterar enskilda patienter. Ett annat syfte var att jämföra personalens uppfattning av begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet med hur de förklaras i Socialstyrelsens modell för vertikala prioriteringar.

Metod

Fokusgruppsintervjuer som datainsamlingsmetod valdes eftersom studien var explorativ och avsikten var att få fram så många aspekter som möjligt på prioriteringsbegreppen. Metoden är lämplig för att samla mycket information inom ett tidigare outforskat ämne. Intervjuerna genomfördes i åtta grupper med läkare och sjuksköterskor från fyra olika vårdcentraler. Deltagarna valdes med hänsyn till att de hade deltagit i en tidigare prospektiv studie om praktisk prioritering och därför hade haft tillfälle att använda begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet vid prioriteringar i vardagsarbetet.

Resultat och slutsatser

Både för begreppen svårighetsgrad och nytta gav läkare och sjuksköterskor ibland uttryck för en förenklad tolkning. Ett exempel på sådan förenkling var att flera sjuksköterskor menade att när de rangordnade utifrån ett tillstånds svårighetsgrad grundade de sitt ställningstagande framför allt på hur bråttom det var för patienten att få träffa en läkare. Genomgående diskuterades att begreppen kunde värderas både från patientens utgångspunkt och från sjukvårdspersonalens

och att värderingarna då kunde skilja sig åt. Personalen ansåg också att det var lättare att bedöma patienter med akuta tillstånd med påtaglig funktionsinskränkning som direkt kunde åtgärdas än att bedöma patienter med riskfaktorer för framtida ohälsa. Det innebar att prioriteringsbedömningar som byggde på kunskap på gruppnivå upplevdes som osäkrare och svårare att använda än den direkta egna erfarenheten av behandling av en enskild patient. Framför allt diskuterades det av läkarna. Flera exempel gavs på åtgärder som utfördes trots att vårdpersonalen ansåg att de inte medförde någon nytta för patienten.

Vid en jämförelse av hur de tre centrala begreppen beskrivs i Socialstyrelsens modell för prioriteringar på policynivå med hur personalen använde begreppen fann vi både likheter och skillnader.

En modell som bygger på dessa begrepp kan vara användbar vid prioriteringar i primärvården men den behöver kompletteras och vidareutvecklas för att kunna användas för att prioritera patienter i vardagssjukvården. Förändringar som kan vara aktuella är tydliggörande av att kombination av medicinskt och patientupplevt perspektiv avses, tydliggörande av hur man ska använda begreppet kostnadseffektivitet, komplettering med en tidsfaktor och med personrelaterade faktorer. Dessutom behövs ett mer strukturerat sätt att arbeta med evidensbaserad vård. Man behöver också klargöra skillnaderna mellan prioritering av grupper av patienter och prioritering av enskilda individer i det löpande sjukvårdsarbetet.

Vår bedömning är att modellen för prioritering på gruppnivå kan utvecklas för att bli mer användbar som mall för beslut om prioriteringar på individnivå men att det också kan behövas en kompletterande modell som stöd för prioriteringar på individnivån.

ABSTRACT

Background

Experience from work with priority setting in health and medical care indicates that the ethical guidelines that are at the heart of Swedish Parliament's principles for priority setting are difficult to implement into practical clinical decision-making. The same can be said of the model for priority setting drawn up by the Swedish National Board of Health and Welfare in the national guidelines for care and treatment. For this reason, we need more knowledge on how principles for priority setting and related concepts are perceived by medical care personnel, the relevance of these concepts, and if there are other aspects that also impact the priority setting situation. We also need to develop new work methods to meet Parliament's intentions with priority setting in health and medical care.

To contribute to the development of new work methods, we chose to study priority setting in primary care practice. Our primary purpose was to describe the way in which general practitioners and district nurses perceive the concepts *severity of illness, benefit and cost-effectiveness* when they rank priority for individual patients. Our secondary purpose was to compare medical personnel's perception of the concepts severity of illness, benefit and cost-effectiveness with the definitions of these concepts in the model for vertical priority setting as established by the National Board of Health and Welfare.

Methods

Focus group interviews as a source of data collection was selected as the method since the study was explorative and the intention was to obtain as many aspects as possible pertaining to priority setting concepts. The method is suitable for collecting a large amount of information within a previously unexplored subject. Interviews were conducted with eight groups of physicians and nurses from four different primary care centers. The respondents selected had participated in a prospective study on practical priority setting, i.e. they had experience of implementing the concepts severity of illness, benefit, and cost-effectiveness in setting priorities in their daily work.

Results and Conclusions

Both the physicians and nurses expressed a simplified interpretation of the concepts severity of illness and benefit. One example of such simplification was that many nurses said that when ranking the severity of a condition, they based their decision on how imperative it was for the patient to see a physician. A

common response was that the concepts could be assessed from both patient and staff perspectives but that these assessments could differ. When asked to set priorities according to a specific template, respondents said that it was easier to rank patients with an acute condition that had a tangible effect on function and that could be immediately treated, than to rank patients according to factors that were a risk to their future health. This means that priority judgements based on knowledge of a patient category were perceived as uncertain and more difficult to use than direct personal experience of treating an individual patient. This was discussed, above all, by the physicians. Respondents gave several examples of actions taken despite that medical staff did not feel that there was any benefit to the patient.

In a comparison of how these three concepts are described in the model for priority setting on the policy level drawn up by the National Board of Health and Welfare and how medical personnel implemented the concepts, we found both similarities and dissimilarities.

A model based on these concepts can be of use in priority setting in primary care, but it must be supplemented and improved to be applicable to ranking patients in day-to-day medical care. Supplements that may be necessary are; clarification that a combination of medical and patient perspectives is intended, clarification of how to use the concept cost-effectiveness, and the addition of a time factor and factors related to the individual patient. There is also a need for a more structured way of working with evidence-based care. We also need to clarify the differences between setting priorities for patient categories and for individual patients in day-to-day medical care.

In our opinion, the model for priority setting on the patient category level can be improved to be more applicable as a template for decision-making on the individual patient level, however a supplementary model may be necessary to support priority setting on the individual level.

1. BAKGRUND

1.1 Introduktion

Behovet av prioriteringar inom vården är en naturlig följd av att resurserna inte räcker till för att täcka alla behov och önskemål. När sjukvården är offentligt finansierad krävs en öppen diskussion för att klargöra grunderna för de prioriteringar som görs. Information om gjorda prioriteringar måste finnas tillgänglig och prioriteringarna måste uppfattas som rimliga och rättfärdiga av flertalet i befolkningen. En sådan diskussion har påbörjats i Sverige.

Erfarenheter från arbete med prioriteringar pekar på att de principer som utgör kärnan i riksdagens etiska plattform för prioriteringar är realtivt okända bland sjukvårdpersonal eller att de är svåra att tolka och använda i praktisk kliniskt beslutsfattande (1, 2). Socialstyrelsen har i sitt arbete med de Nationella riktlinjerna för vård och behandling tagit fram en modell för hur prioriteringar kan göras med riksdagens etiska plattform för prioriteringar som grund (3). En kort beskrivning av de centrala begreppen i denna arbetsmodell för vertikala prioriteringar finns i figur 2 nedan. Inte heller denna arbetsmodell som är framtagen för att underlätta tolkningen är oproblematisk att använda i praktiken. Det är därför angeläget att få mer kunskap om hur prioriteringsprinciper och begrepp uppfattas av sjukvårdspersonalen, begreppens relevans och om det finns andra aspekter som också spelar roll i en prioriteringssituation. Det finns också ett behov av att utveckla nya arbetsformer för att leva upp till Riksdagens intentioner om prioriteringar i hälso- och sjukvården. För att bidra till utvecklingen av sådana nya arbetsformer valde vi att studera prioriteringar i primärvård i praktiken. Praktiska prioriteringar är föga studerat, och framför allt saknas studier från primärvården.

Denna studie är en av tre delstudier om prioriteringar i primärvården som vi har genomfört. I en första delstudie gjordes intervjuer med personal i primärvården om deras inställning till prioriteringar och om hur prioriteringar görs i praktiken (2).

I delstudie 2 studerades prospektivt prioriteringar av patienter som kontaktade primärvården. Personalens bedömningar jämfördes med patienternas upplevelse. Syftet var att studera hur prioriteringar av patienter som kontaktar primärvården går till i praktiken samt undersöka förutsättningarna för att använda en rangordningslista som beslutsstöd. En viktig del i undersökningen var att studera hur personalen använde sig av de olika prioriteringsprinciperna i sitt arbete. Denna delstudie är ännu inte färdigrapporterad.

I denna tredje delstudie ville vi ta reda på hur personalen resonerade vid de prioriteringsbedömningar de gjorde i delstudie två. Exempel på frågor som skulle belysas är:

- Vilka principer används idag för prioritering och ransonering av primärvården?
- Hur överensstämmer personalens åsikter och principer för prioriteringar med principerna beskrivna i Socialstyrelsens modell?

En viktig fråga var hur man ska kunna förena riktlinjer rörande prioriteringar på gruppnivå med beslut om vård och behandling som rör enskilda patienter.

- Hur sker samspelet mellan officiella riktlinjer, praktiska tumregler och den enskilda patientens behov?

1.2 Beslutsfattande i sjukvården

Beslut om prioriteringar på den kliniska nivån är en del av de beslut som fattas i vården och som berör enskilda patienter. Kännetecknande för medicinska beslut är att de fattas under osäkerhet och att de utmärks av individuella skillnader mellan patienter och mellan olika beslutsfattare som i sin tur resulterar i skillnader i praxis för enskilda patienter men även på organisationsnivån (mellan t.ex. primärvårdområden) och samhällsnivån (t.ex. mellan landsting). Vårdpersonals beslut angående prioriteringar är föga studerat. Däremot finns det mycket forskning angående andra typer av kliniska beslut.

Studier av beslutsfattande kan delas in i två dominerande inriktningar. Den ena handlar om det normativa beslutsfattandet, att utifrån bästa tillgängliga kunskap formulera de bästa besluten. Evidensbaserad medicin är det dominerande uttrycket för denna inriktning idag.

Den andra inriktningen är studier av hur beslutfattande faktiskt går till i hälso- och sjukvården, naturalistiskt beslutsfattande. Många av dessa studier beskriver resultatet av de faktiska beslut som fattas i vården. Jämförelsevis är antalet studier som försöker beskriva själva beslutsprocessen få. När den erfarna sjukvårdspersonalen möter ett vanligt problem har beslutsfattande beskrivits som en intuitiv, snabb, omedveten process där komplicerade informationsbitar sammanfogas. Processen är känslig för sammanhanget och kan inte reduceras till orsak-verkan-logik (4, 5). Några studier har visat att många läkare stödjer sig på tumregler i hög grad baserade på rådande praxis och egen erfarenhet (6, 7). Sjukvårdspersonal tycks dessutom ha en uppsättning olika beslutsstrategier anpassade till de olika problem de möter. När ett mer komplicerat problem ska handläggas används en mer analytisk beslutsprocess (8).

Under senare år har det skett en snabb utveckling av både metoder och system som beskriver och stödjer ett normativt beslutsfattande genom att sammanställa pålitlig medicinsk kunskap. Ett samlingsbegrepp för detta är evidensbaserad medicin eller evidensbaserad hälso- och sjukvård. Den evidensbaserade kunskapen utgör ofta en samlad värdering av flera sammantagna studier (syntesstudier) inom något avgränsbart och specificerat medicinskt område. Kunskapen rör i regel en grupp av patienter, som har en viss sjukdom och som inte har andra sjukdomar samtidigt som skulle kunna påverka resultat av en den behandling eller åtgärd som studeras. Många har pekat på svårigheter att införa eller implementera evidensbaserad kunskap i vardagssjukvården (9, 10). En brist i dessa implementeringsstudier är att man många gånger utgått från att normen är sanningen i någon mening och förväntat sig en fullständig efterlevnad.

Socialstyrelsens modell för prioritering och de beskrivningar av prioriteringsbegrepp som finns i den utgör i vårt projekt en normativ begreppsmodell som personalens tankesätt vid individuella prioriteringar ska jämföras med (3). En övergripande fråga är hur personalen förhåller sig till dessa normer då prioriteringsbeslut rörande enskilda patienter fattas. Detta är särskilt intressant när det gäller prioriteringar eftersom dessa beslut inte bara kan styras av medicinska fakta och yrkeserfarenhet utan också måste ta hänsyn till rättviseaspekter och resurstillgång.

Vår forskningsansats är dock närmast att betrakta som naturalistisk då ett av syftena i vårt projekt är att förstå hur vårdpersonalen fattar besluten om prioriteringar på individnivå. Innan vi beskriver den aktuella studien ytterligare ska vi ge en kort sammanfattning av den etiska plattformen och den arbetsmodell för vertikala prioriteringar som vi flera gånger refererar till.

1.3 Riksdagens principer för prioriteringar

Den parlamentariska utredning som arbetade i början av 1990-talet med namnet Prioriteringsutredningen presenterade sitt slutbetänkande om prioriteringar i vården 1995. Riksdagen fattade år 1997 beslut om vilka principer för prioritering som ska gälla (11). Uppföljningar som har gjorts sedan dess pekar på att dessa principer är relativt okända för vårdpersonal (2).Vidare har det visat sig svårt att realisera riktlinjerna i praktiken. Nedan följer en kort presentation av Riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar. De förändringar som gjordes i hälso- och sjukvårdslagen 1997 är mycket kortfattade så vi är i första hand hänvisade till den regeringsproposition som föregick Riksdagsbeslutet (12). Det centrala budskapet i propositionen gäller ökad öppenhet vid prioriteringar och ett förslag till en etisk plattform som ska ge vägledning vid prioriteringsbeslut.

1.3.1 Ökad öppenhet

Grunden för alla typer av prioriteringsdiskussioner är att det finns någon typ av bristsituation som tvingar fram val. De flesta personer verksamma i hälso- och sjukvården är medvetna om att det förekommer resursbrister men att de prioriteringar som görs oftast sker dolt och inte alltid upplevs som faktiska prioriteringar. Regeringen skrev i propositionen att prioriteringar måste bli mer öppna för att man ska kunna vidmakthålla förtroendet för sjukvården hos medborgarna i det långa loppet: ”De val av olika slag som görs i hälso- och sjukvården grundar sig alltid på värderingar av något slag. När alla vårdbehov inte kan tillgodoses måste en mer öppen diskussion föras som gör prioriterings-grunderna klara. 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” (12).

1.3.2 Den etiska plattformen

Regeringen konstaterar vidare i propositionen att då det inte finns några enkla svar på de svåra frågor som rör prioriteringar har de verksamma inom hälso- och sjukvården den viktiga uppgiften att sprida information om de resonemang som förs för att underlätta förståelsen för nödvändiga prioriteringar. I anslutning till detta konstaterade Socialutskottet att oavsett hur den ekonomiska situationen ser ut kommer prioriteringar att behöva göras. Behovet av prioriteringar inom vården är enligt utskottet en naturlig följd av att resurserna alltid är knappa i betydelsen att de inte räcker till för att täcka alla behov och önskemål. När inte alla behov kan tillgodoses måste en mer öppen diskussion föras som gör prioriteringsgrunderna klara. Det är viktigt att de bakomliggande skälen till och principerna för prioriteringar redovisas öppet då dessa har sin grund i värderingar av olika slag (12). I resonemangen kring den etiska plattformen påpekas att den ger ett allmänt förhållningssätt i prioriteringssituationer samt att plattformen anger en inriktning, ett sätt att med hjälp av etiska överväganden resonera sig fram till ställningstaganden.

Den etiska plattformen innebär att tre principer bör ligga till grund för prioriteringar inom vården (12):

- människovärdesprincipen, alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- behovs- eller solidaritetsprincipen, resurserna bör fördelas efter behov,

- kostnadseffektivitetsprincipen, vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

1.4 Prioriteringar på olika nivåer

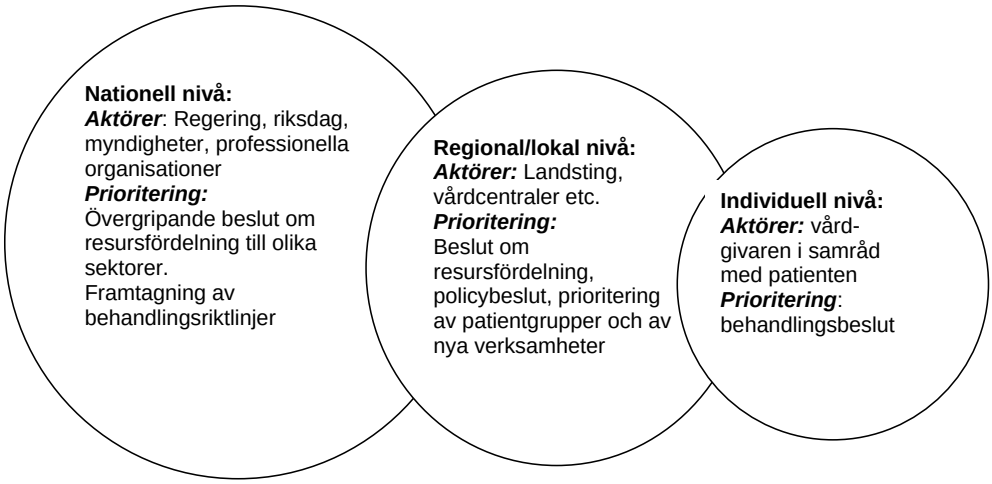
Prioriteringar i hälso- och sjukvård sker på flera olika nivåer. På den nationella nivån fördelas resurser till hälso- och sjukvård i förhållande till andra samhällssektorer och hälso- och sjukvårdens ramar och inriktning anges i lagar. På den regionala och lokala nivån fördelas resurser mellan olika organisatoriska enheter och verksamheter utifrån regionala och lokala förutsättningar. Den här typen av prioriteringar, alltså mellan olika verksamhetsområden eller sjukdomsgrupper som t.ex. mellan psykiatri och kirurgi, brukar kallas horisontell prioritering och är i huvudsak ett politiskt ansvar.

På både nationell och regional/lokal nivå fattas kliniska eller medicinska prioriteringsbeslut. Det gäller då resursfördelning inom en verksamhet eller sjukdomsgrupp, t ex prioritering av prevention, olika typer av diagnostik och behandling samt rehabilitering inom t.ex. olika hjärt- eller cancersjukdomar. Besluten styrs av uppfattningar av vad som är korrekt utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet men också av lokal praxis. Den här typen av prioriteringar kallas ofta vertikal prioritering och prioriteringsbesluten är i huvudsak ett verksamhetsansvar (3).

På den individuella nivån beslutas om vilka enskilda patienter som skall få behandling och vilken behandlingsmetod de skall få. Här blir prioriteringen beroende av hur läkare och annan sjukvårdspersonal i samråd med patienten bedömer dennes vårdbehov och vilka behandlingsmetoder som står till buds.

De olika nivåerna på vilka prioriteringar sker kan schematiskt illustreras enligt figur 1. Samma nivåer gäller för andra företeelser t.ex. skapande och användning av vårdriktlinjer.

Figur 1. Olika nivåer där prioriteringar sker.



Diskussioner om huruvida beslut rörande enskilda patienter ska kunna styras av prioriteringsriktlinjer har lyfts. Utgångspunkten har då ofta varit regeringens skrivning i propositionen om användningen av mallar och kriterier. ”Prioriteringar av enskilda patienter kan aldrig ske efter i förväg fastställda mallar eller kriterier. Varje fall är unikt och måste bedömas utifrån den enskilda patientens behov och de unika förutsättningarna i just den situationen, men med vägledning av genomtänkta etiska grundprinciper.” (12). Vår ståndpunkt är att det faktum att varje fall är unikt kan dock inte innebära att man helt bortser från existerande kunskap om metoders effekter och tidigare erfarenheter av liknande fall. Hälso- och sjukvård måste bedrivas både med stöd från riktlinjer och mallar och med hänsyn till patienternas individuella behov.

1.5 Arbetsmodell för vertikala prioriteringar

Socialstyrelsen har i sitt arbete med Nationella riktlinjer för vård och behandling tagit fram en modell för hur prioriteringar kan göras. I den redovisas hur centrala begrepp och principer förhåller sig till varandra (3). Denna modell, som är utgångspunkten och jämförelsematerialet i den här studien, har utvecklats successivt sedan slutet av 1990-talet och den har även genomgått smärre förändringar senare men den överensstämmer i allt väsentligt med de begrepp som ingick i modellen då denna studie genomfördes (1). Modellen är konstruerad för att prioritera inom sjukdomsgrupper och verksamhetsområden, så kallad vertikal prioritering. Detta sker utifrån ett system för att värdera par av hälsotillstånd och åtgärd med hänsyn till de tre faktorerna svårighetsgrad, nytta

och kostnadseffektivitet på ett systematiskt sätt samtidigt som fakta och deras vetenskapliga styrka beaktas, se figur 2. För varje par av hälsostillstånd och åtgärd (prioriteringsobjekt) görs sedan en sammanvägd prioriteringsbedömning utifrån värderingen av svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet. På detta sätt kan man ta fram en rangordningslista vars syfte är att fungera som beslutsstöd för prioriteringar på lokal nivå.

I korthet beskriver figur 2 att människovärdesprincipen är överordnad de två andra principerna vid alla prioriteringar. Den spelar i praktiken också mest roll vid prioriteringar på individnivån. Det är vid prioriteringar mellan olika patienter som ställningstaganden om lika villkor oberoende av kön, ras, etnicitet och ålder aktualiseras. Vid rangordning av prioriteringsobjekt på gruppnivå görs framförallt en avvägning mellan behov och kostnadseffektivitet. Enligt figuren består behov både av tillståndets svårighetsgrad och av förväntad nytta av en åtgärd. Patientnyttan av en åtgärd ingår också som en del av kostnadseffektiviteten (kostnaden för att uppnå en hälsovinst). I de fall det finns adekvata uppgifter om en åtgärds kostnadseffektivitet väger man ihop svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet annars får man nöja sig med att värdera svårighetsgrad och förväntad patientnytta.

Vid värderingen av sjukdomstillståndets svårighetsgrad liksom patientnytta av en åtgärd finns det en mängd variabler att beakta. Enligt modellen bestäms svårighetsgrad både av aktuellt hälsotillstånd d v s hur patienter faktisk upplever sin hälsa och risk för förtidig död och/eller permanent skada. En sammanvägning av aktuellt tillstånd och framtida risker måste därmed göras.

Figur 2. De centrala komponenterna som bör ingå i prioritering enligt Socialstyrelsens modell (3).

Människovärdesprincipen			
Behovs och solidaritetsprincipen		**Kostnadseffektivitetsprincipen**	
Sjukdomens svårighetsgrad	**Patientnytta (effekt av åtgärd)**	**Kostnadseffektivitet**	**E V I D E N S**
Aktuellt sjukdomstillstånd - symtom - funktionsförmåga - livskvalitet **Risk för** - förtida död - permanent sjukdom/skada - försämrad livskvalitet **Nedsatt autonomi**	**Effekt på aktuellt sjukdomstillstånd** - symtom - funktionsförmåga - livskvalitet **Effekt på risk** - förtida död - permanent sjukdom/skada - försämrad livskvalitet **Risk för biverkningar och allvarliga komplikationer av åtgärden**	**Direkta kostnader** - medicinska åtgärder - ej medicinska åtgärder **Indirekta kostnader** - produktionsbortfall - andra tidskostnader (patient, anhörig m. fl.) **…i förhållande till patientnytta** ⇨ **Patientnytta (effekt av åtgärd)**	
Prevention - Diagnostik - Behandling - Rehabilitering			

2. FRÅGESTÄLLNING OCH METOD

2.1 Syfte

Vårt primära syfte är att beskriva och analysera hur allmänläkare och distriktssköterskor resonerar kring begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet när de prioriterar enskilda patienter. Ett annat syfte är att jämföra personalens uppfattning av begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet med hur de förklaras i Socialstyrelsens modell för prioritering.

2.2 Material och metod

2.2.1 Val av metod och material

Eftersom studien var explorativ och avsikten var att få fram så många aspekter som möjligt på prioriteringsbegreppen valdes fokusgruppsintervjuer som metod eftersom de anses särskilt lämpliga för att samla mycket information inom ett tidigare outforskat ämne. Fokusgruppsintervjuer bedöms särskilt värdefulla för att utröna hur människor tänker och hur idéer används i ett givet kulturellt sammanhang (13).

Vid fyra vårdcentraler som tidigare deltagit i en prioriteringsstudie, i Jönköping, Kalmar, Borgholm och Linköping, inbjöds distriktsläkare, mottagnings-sköterskor och distriktssköterskor att delta i fokusgruppsintervjuerna. Kunskapen bland personal i primärvården om centrala begrepp som gäller prioriteringar i hälso- och sjukvård är relativt begränsad (2) och orsaken till att just dessa personer valdes var att de via den tidigare studien kommit i kontakt med olika prioriteringsbegrepp. Två fokusgruppsintervjuer genomfördes på respektive vårdcentral, den ena med läkare och den andra med mottagningssköterskor och/eller distriktssköterskor. Samtliga åtta intervjuer genomfördes under maj 2005. Deltagandet var frivilligt (bilaga 1) och antalet deltagare varierade mellan grupperna. I sjuksköterskegrupperna var det mellan två och sex deltagare, i läkargrupperna mellan tre och sex. I medeltal var det fyra deltagare per grupp.

Den tidigare delstudien som genomförts på de fyra vårdcentralerna var en prospektiv studie om prioriteringar. Den genomfördes cirka 6 månader innan datainsamlingen påbörjades i denna studie. Vid den tidigare studien registrerade

och prioriteringsbedömde personalen alla patientkontakter under två veckor. Det gällde telefonkontakter, besök och hembesök. Bedömningarna gjordes enligt ett särskilt formulär (bilaga 2) och innefattade registrering av varje patients tillstånd och planerad/genomförd åtgärd enligt en särskild lista, en bedömning av tillståndets svårighetsgrad, förväntad nytta av åtgärden och kostnadseffektiviteten på en tregradig skala. Dessutom gjorde de en sammanfattande prioriteringsbedömning av patienten på en tiogradig skala. På registreringsformuläret fanns korta förklaringar av begreppen. Alla som deltog i studien fick också ett informationsblad med mer utförliga beskrivningar av begreppen (bilaga 3) och på alla vårdcentralerna gjordes dessutom en muntlig genomgång av begreppen.

Deltagarna i fokusgrupperna hade på detta sätt använt grundläggande begrepp om prioriteringar när de själva gjort prioriteringsbedömningarna i den tidigare delstudien. De hade alltså större kunskap om, och erfarenhet av, prioriteringar, än vad man kan förvänta sig att personal i primärvården i allmänhet har. Detta bidrog till en gemensam bas för samtalen i fokusgrupperna.

2.2.2 Fokusgruppsintervjuerna

Fokusgruppsintervjuerna leddes av två personer, Eva Arvidsson (EA) med erfarenhet av det pågående prioriteringsprojektet och Malin André (MA) med tidigare erfarenhet av fokusgruppsintervjuer. De två sista intervjuerna gjordes med en gruppledare, EA. Diskussionen fördes under cirka 1 timme utifrån en frågeguide med nedanstående frågor:

- Hur upplevde du (tyckte du det var) att göra registreringarna?
- Hur tänkte du när du bedömde sjukdomens svårighetsgrad?
- Hur tänkte du när du bedömde nyttan av åtgärden?
- Hur tänkte du när du bedömde kostnadseffektiviteten?
- Hur tänkte du när du skulle göra prioriteringen från 1-10?
    - Hade alla tre faktorerna lika stor betydelse?
    - Var det något mer än sjukdomens svårighetsgrad, nyttan av åtgärden och kostnadseffektiviteten som påverkade prioriteringen?
- Hur ser du på att använda de här tre faktorerna, alltså sjukdomens svårighetsgrad, nyttan av åtgärden och kostnadseffektiviteten, vid prioritering på vårdcentraler?

Gruppledaren såg till att alla deltagarna i fokusgrupperna kom till tals. Vid oklarheter ställdes uppföljande frågor. Diskussionerna spelades in och skrevs ut ordagrant av en oberoende person för att sedan revideras av EA och MA.

2.2.3 Analys av materialet

De utskrivna intervjuerna lästes flera gånger av EA och MA. De olika utsagorna sorterades manuellt i första hand efter frågeguiden, varvid undergrupper identifierades (14,15). Därefter kategoriserades undergrupperna enligt ett schema (bilaga 4). Under arbetets gång identifierades fyra huvudkategorier (13, 14). Vi kombinerade alltså på det sättet ett arbete styrt utifrån våra förkunskaper uttryckt i frågeguiden med ett arbete som möjliggjorde upptäckt av okända fenomen. Undergrupper och huvudkategorier diskuterades i hela projekt-gruppen. Oenigheter diskuterades och löstes i konsensus.

Efter analysen av intervjuerna jämfördes resultatet, alltså tolkningar och beskrivningar av innehållet i prioriteringsbegreppen, med hur samma begrepp beskrivs i socialstyrelsen modell. Likheter och skillnader noterades, resultatet diskuterades i hela projektgruppen och oenigheter löstes i konsensus.

3. RESULTAT

Resultatredovisningen består av tre delar. I avsnitt 3.1 presenterar vi fyra huvudkategorier av faktorer som personalen anser påverkar prioriteringen. Därefter, i avsnitt 3.2, redovisas personalens tolkning och användning av begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet, hur en sammanvägning av dessa gjordes samt hur personalen värderade mallen för prioriteringar. En översikt över resultaten i denna del finns i bilaga 4. Avslutningsvis, i avsnitt 3.3, jämförs personalens tolkning av de centrala begreppen med Socialstyrelsens arbetsmodell.

3.1 Funna huvudkategorier

3.1.1 Grupp- och individ perspektiv

Prioriteringsbeslut i primärvården kan fattas på grupp- eller individnivå, det vill säga gälla riktlinjer för grupper av patienter eller handla om hur enskilda patienter ska prioriteras. I fokusgrupperna diskuterades framförallt prioritering på individnivå. Prioriteringsbesluten om enskilda individer kunde dock enligt deltagarna fattas utifrån olika kunskaper, antingen kunskaper om individen, t.ex. att hon eller han haft upprepade episoder med halsfluss, eller om en grupp patienter, t ex att patienter med lindrig halsfluss tillfrisknar utan antibiotika. Grupp- respektive individperspektiv blev tydliga främst när det gällde skillnaderna vid prioriteringsbedömning av patienter med akut respektive kronisk sjukdom. Vid kronisk sjukdom tänkte deltagarna ofta i ett *grupperspektiv*, vilket innebar att de värderade individens behov utifrån kunskap om hela gruppen patienter med samma sjukdom. Det gällde t.ex. patienter som kom för ett kontrollbesök av en kronisk sjukdom i en stabil fas, alltså en patient som mådde relativt bra och ofta saknade aktuella symptom eller kanske hade någon typ av mer långvarig funktionsnedsättning. Åtgärderna inriktade sig i dessa fall på att undvika framtida komplikationer eller försämring. För dessa patienter, liksom vid andra typer av förebyggande behandling, var svårigheten vid prioriteringsbedömningarna att man inte kunde veta vilka konsekvenserna av sjukdomstillståndet eller åtgärden skulle bli för den enskilda patienten på längre sikt. Vid olika beslut utgick vårdpersonalen från vad de uppfattade som kända evidens för effekt av en åtgärd på gruppnivå och gjorde utifrån dessa en bedömning för individen. Grupperspektivet innebar alltså att i större utsträckning ta hänsyn till vetenskapliga evidens hämtat från studier på grupper av patienter, för att värdera den enskilda patientens behov.

”Man var tvungen att se det så. För där är det ju en viss andel som har nytta av det. Man vet ju aldrig om det är just den här patienten.”

Vid akut sjukdom å andra sidan hade patienten aktuella symptom eller besvär och åtgärdens syfte var på kort sikt att häva eller minska symptomen. Då fanns det inte samma behov att tänka på troliga konsekvenser av sjukdomstillståndet eller förväntad framtida nytta av en åtgärd nytta för en grupp patienter för att kunna gör en bedömning för den enskilda patienten. Flera deltagare ansåg att bedömningen kunde göras direkt för den aktuella patienten, här och nu, i ett individperspektiv.

”Har du en fraktur så är det klart att det är en stor patientnytta. Men är det ingen fraktur så är den ju inte så stor, utan patienten hade blivit bra ändå.”

Även vid akuta sjukdomar kunde ibland huvudsyftet med en åtgärd vara att hindra försämring på längre sikt liksom en plötslig försämring av en kronisk sjukdom kunde ge aktuella iakttagbara symptom. I dessa fall var grupp-perspektivet det dominerande vid akut sjukdom och individperspektivet vid kronisk sjukdom.

3.1.2 Förenklad och komplex prioritering

Många av både läkarna och sjuksköterskorna *förenklade* prioriteringsbesluten till att handla om ett val mellan två alternativ för åtgärd: Besökstid hos en läkare eller inte**.** Vid bedömning av svårighetsgraden av patientens tillstånd handlade det då om huruvida patienten behövde komma till läkare eller inte, för bedömning av nyttan av åtgärden gällde det om patienten skulle ha nytta av ett besök hos läkare eller inte. På liknande sätt värderades kostnadseffektiviteten utifrån åtgärden läkarbesök eller inte.

Bedömningarna av om läkarbesök behövdes eller inte gjordes ofta också utifrån ett ”här och nu perspektiv”. Frågan blev om det behövdes ett mottagningsbesök nu idag eller de närmaste dagarna, inte om det behövdes överhuvudtaget. Vid dessa förenklade bedömningar av patientens tillstånd hade därför graden av hur brådskande en åtgärd var stor betydelse. Detta sätt att tänka innebar också att läkarna vid prioriteringsbedömningen värderade sjuksköterskans åtgärd ”att boka in ett läkarbesök” och inte sina egna åtgärder i form av val av eventuella undersökningar eller behandlingar. Även vid den sammanfattande prioriterings-bedömningen (på en tiogradig skala) användes ibland ett förenklat sätt att tänka. Man använde då inte de värderingar man gjort av svårighetsgrad, nytta av åtgärd och kostnadseffektivitet utan utgick istället ifrån hur akut besöket var eller en allmän känsla.

”Nä, det tyckte jag var svårast. Det var väl akutfaktorn fick väl en stor bit där. Ja, hur bråttom det var.”

Ett annat sätt att förenkla själva prioriteringen var att alltid rangordna vissa åtgärder som t.ex. läkarbesök högt medan andra åtgärder som t.ex. egenvårdsråd alltid rangordnades lågt. Motsvarande förenklingar kunde också gälla för hela patientgrupper så att patienter som t.ex. hade en viss sjukdom eller erhöll en viss typ av vård alltid gavs en hög prioritet.

”Vi har ju våra hemsjukvårdspatienter, de palliativa och de dementa plus deras anhöriga. Det är ju högsta prioritet.”

De *komplexa* bedömningarna innebar att man värderade flera aspekter samtidigt. Vid bedömning av *svårighetsgrad* kunde det gälla grad av funktionsnedsättning och grad av aktuella besvär medan det vid bedömning av *nytta* innebar att man värderade flera olika typer av åtgärder som olika undersökningar eller behandlingar. Man ansåg att vid den sammanfattande prioriteringsbedömningen var det fler faktorer som hade betydelse än de tre faktorerna svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet.

”Det var inte bara att lägga ihop. Så kände jag det inte. Man märkte ju att ibland när man skulle prioritera patienten så blev det en viss avvikelse i förhållande till de tre faktorerna.”

3.1.3 Medicinskt perspektiv och patientupplevt perspektiv

I alla fokusgrupperna diskuterades vilket perspektiv man skulle beakta vid bedömningen av svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet. Var det enbart ett objektivt medicinskt perspektiv eller ett perspektiv där vårdgivaren också försökte väga in patientens upplevelse?

”Men i den här frågan hade man ju också två aspekter att gradera. Den ena var den rent medicinska patientnyttan, och den andra var patientens upplevelse av nyttan, av besöket. Och det blev väl ofta att man... att det blev någon slags kompromiss.”

Det *patientupplevda* perspektivet vid prioriteringen beskrevs som en uppskattning av patientens oro och av i vilken mån en viss åtgärd kunde stilla den oron. Även hur nöjd patienten blev beaktades.

”Patienter med klumpkänsla när de sväljer, de med rädsla för cancer i halsen. Man förklarar olika mekanismer och så vidare fast man gör ju ingenting rent konkret. Men dom går ju ofta väldigt tacksamma därifrån.”

Det *medicinska* perspektivet innebar att man försökte värdera svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet på ett medicinskt, objektivt sätt. Patientens upplevelse av sin ohälsa spelade en liten roll. En lindrig åkomma som muskelvärk bedömdes t.ex. ha en låg svårighetsgrad oavsett hur orolig patienten än var och nyttan av en åtgärd som ett blodprov som egentligen inte innebär någon ny information bedömdes ha en liten nytta och därmed en låg prioritet även om patienten var mycket nöjd med att provet togs.

”Ja, jag funderade nog mer över dom medicinska delarna, så att säga. Kan jag bota en förkylning med symptomlindrande åtgärder? Nej – alltså ingen nytta. Men patienten kan ju ha en viss lindrande nytta. Fast jag bortsåg nog från det. Jag tog nog mer det medicinska, så att säga, att jag inte kan bota ett virus.”

”Vissa gånger när man gav egenvårdsråd vid infektioner, då tror jag att vi tänkte, att det var stor patientnytta, men det kanske inte alltid var alla patienter som tyckte det. För många vill ändå gå till läkare direkt med en infektion. Men just dom gångerna är det liksom patientnytta om man ger information i stället.”

3.1.4 Personrelaterade faktorer

En vanlig fundering var hur och när man borde väga in *personrelaterade faktorer* i prioriteringsbedömningen såsom patientens sociala situation, övriga sjukdomar, eventuella språksvårigheter, om patienten kunde förstå och följa ett råd eller inte, huruvida det rörde sig om en känd patient som krävde vissa speciella hänsyn och andra liknande omständigheter. För varje patient fanns det faktorer som på något sätt påverkade prioriteringen. Dessa faktorer påverkade bedömningen i såväl grupp- som individperspektivet, i den förenklade och den komplexa användningen av begreppen liksom i det medicinska perspektivet och det patientupplevda.

”En del klarar ju av egenvård för värk på ett helt annat sätt än vissa andra. Det är beroende på lite hur de mår för övrigt, alltså på livssituationen runt om personen.”

3.2 De tre begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet

3.2.1 Svårighetsgrad

3.2.1.1 Vilken innebörd lägger personalen i ordet svårighetsgrad?

Innebörden i begreppet svårighetsgrad beskrevs på två olika sätt, *komplext eller förenklat.* En *förenklad* tolkning gjordes av vissa sjuksköterskor som var verksamma i telefonmottagningen under den prospektiva studien. De satte likhetstecken mellan svårighetsgrad och ”hur stort behov patienten hade att få träffa en läkare”. De delade in patienterna i två svårighetskategorier: Patienter som bedömdes klara sig med råd om egenvård respektive de som behövde träffa en läkare.

> *”Ja, alltså patienten säger ju då vad hon eller han söker för... och så gör ju jag en bedömning av om den patienten skall gå till doktorn eller om man kan ge egenvårdsråd. Och där är ju svårighets- alltså, i det ligger ju svårighetsgraden på något vis för mig.”*

Andra uppfattade svårighetsgrad som enbart ett mått på hur bråttom det var för patienten att få vård.

> *”Den patienten som kommer hit med en begynnande septisk chock, den patienten är ju jättesjuk så den dör om den inte får vård inom några timmar. Och det är klart, att den har ju högsta prioritet. Men diabetikern som får gangrän om fem år. Jag menar, det är ganska svårt att se det som en högprioriterad patient idag.”*

Det var dock vanligare att man uppfattade *svårighetsgrad* som något *komplext* där personalen inkluderade flera aspekter samtidigt såsom grad av nedsatt arbetsförmåga eller funktionsnedsättning, karaktären på aktuella symptom och hur allvarlig sjukdomen bedömdes vara.

> *”Hur sätter man delpoäng för dom olika variablerna? Jag menar, arbetsförmåga då, vad betyder det? Eller funktionsförmåga, att inte klara av vissa saker under fritid och så vidare kontra symptom eller en allvarlig diagnos, typ malignt melanom, som vi vet innebär påtagligt, icke försumbart livshot eller medicinska kontroller och så vidare. Även där skiljde det ju en*

del, eller hur? Jag tycker det är svårt. Sen kommer dessutom individers förväntningar. Hur skall man värdera det?"

3.2.1.2 Vilka aspekter vägs in i bedömningen av svårighetsgrad?

Personalens bedömning av svårighetsgraden gjordes antingen utifrån en kombination av *ett medicinskt perspektiv och ett patientupplevt perspektiv* eller enbart med hänsyn tagen till medicinska faktorer.

"Jag alltså, jag har funderat på det där och att det finns liksom två sätt. Dels finns det en medicinsk svårighetsgrad hur allvarlig sjukdomen är. Men sen finns det också en svårighetsgrad hur besvärligt det här tillståndet är för patienten. Även om jag vet att det är ofarligt så kan det ändå vara väldigt besvärande här och nu. Så att man fick försöka tänka på båda."

Det kombinerade synsättet beskrevs som ett exempel på helhetssyn i vårdarbetet. Läkarna menade att detta sätt att se på *svårighetsgrad* illustrerade en viktig aspekt av allmänmedicinen.

"Och då kan man ju fundera, tänker jag, såhär att inom allmänmedicin där vi skall vara helhetstänkande, varför vi har så svårt att faktiskt vara det? Vi fastnar ändå i det här medicinska som på något sätt uppfattas vara det viktigaste."

Förutom att vårdgivaren vägde in både ett *medicinskt perspektiv* och ett *patientupplevt perspektiv* vid bedömning av *svårighetsgrad* diskuterades vilken av dessa aspekter som var viktigast att ta hänsyn till och hur man ska värdera dem. De olika aspekterna kunde ha olika vikt vid en sammanvägning och också finnas i olika kombinationer såsom om patienten hade en lindrig sjukdom men upplevde stor oro eller det motsatta att patientens hade en allvarlig sjukdom men upplevde liten eller ingen oro.

"Några dåligt inställda diabetiker hade jag och dom tyckte själva inte det var så farligt."

Det fanns några läkare som ansåg att prioriteringen framför allt borde göras ur ett *medicinskt perspektiv*. Det kunde gälla en patient med ett uppenbart trivialt tillstånd men som var mycket orolig. Trots det ansåg de inte att patientens oro skulle vägas in vid bedömningen av *svårighetsgrad.* När det gällde patientens upplevelse så tog man upp att det även här egentligen handlar om personalens perspektiv eftersom det är läkaren/sköterskan som tolkar hur patienten upplever sin situation.

3.2.1.3 Sker värderingen för grupp eller individ?

Både sjuksköterskor och läkare menade att *både grupp- och individperspektiv* måste finnas med vid bedömning av svårighetsgrad.

> *”Det är väl lite det svåra, att tänka gruppvis. När man har en patient framför sig, att då säga, att för den patienten så nedsätter det funktionsförmågan fast den sjukdomen kanske inte gör det egentligen.”*

3.2.1.4 Vad är viktigast för att avgöra vad som är stor respektive liten svårighetsgrad?

Huruvida sjukdomen var *akut eller kronisk* hade stor betydelse för bedömningen av svårighetsgraden. I läkargrupperna tog man upp att vid akut sjukdom kunde den enskilda patientens medicinska tillstånd och upplevelse i regel värderas med lätthet medan det upplevdes besvärligare vid kronisk sjukdom eftersom de då måste ta ställning till risken för framtida komplikationer. Den risken måste bedömas på gruppnivå samtidigt som hänsyn skulle tas till personrelaterade faktorer som sjukdomsstadium och livsstil.

> *”Men samtidigt kunde man ju tänka sig att för den diabetikern som kom, hade sjukdomen tidigare varit under sämre kontroll, men att man nu hade rätat upp det mesta så att sjukdomen var under bra kontroll. Då skulle jag kanske ha tyckt på ett sätt att det var en måttlig svårighetsgrad och att jag kanske inte gjorde någon insats vid den kontrollen. Det var ju gjort tidigare, så detta var bara en rutinkontroll. Medan däremot om det var en patient som var i utförsbacken och man försökte ta tag i just den neråtgående spiralen på något sätt, då var svårighetsgraden hög förstås. Samma komplikation, men i vilket skede befann sig patienten?.”*

För både akut och kronisk sjukdom framkom det ytterligare *personrelaterade faktorer* som påverkade bedömningen av svårighetsgraden. Det var t.ex. annan bakomliggande eller samtidig sjukdom, ålder och patientens livssituation.

> *”Det är klart att om det är en diabetiker som har en infektion så beter man sig lite annorlunda än om det är en frisk person med infektion.”*

Exempel på tillstånd där deltagarna bedömde *svårighetsgraden* som *liten* var t.ex. förkylning, skrapsår, ta bort suturer, småortopedi och ”ont här och där”. Hälsoundersökning av friska togs som exempel på ett tillstånd där svårighetsgraden var ”noll” eftersom patienten ansågs vara frisk. Motsvarande exempel på tillstånd med *stor* svårighetsgrad var kraftig smärta, andningsbesvär, njursten, hjärtinfarkt, blodpropp och depression.

3.2.1.5 Vilka problem finns när man ska bedöma svårighetsgrad?

Ett särskilt problem som framfördes gällde bedömningen av patienter med kroniska sjukdomar utan aktuella besvär. För dessa patienter upplevde man att det var besvärligt att bestämma om man skulle tänka utifrån ett *individ- eller grupperspektiv*. Ett annat problem gällde hur man skulle bedöma patienter som önskade vård av andra skäl än sjukdom eller skada, t.ex. för intyg. För dem tyckte man inte bedömning av svårighetsgrad var relevant eftersom åtgärden var nödvändig att utföra av andra skäl än medicinska.

Problemet med att den egna referenspunkten kan ändras vid rangordningen togs också upp av läkarna. Det gällde t.ex. relationen till övriga patienter. Om en läkare nyligen haft en patient som han eller hon bedömt som mycket svårt sjuk kunde de efterföljande patienternas svårighetsgrad bedömas lägre än vad man annars gjort.

3.2.2 Nytta

3.2.2.1 Vilken innebörd lägger personalen i ordet nytta?

Begreppet *nytta* användes på ett *förenklat* eller ett *komplext* sätt liksom begreppet svårighetsgrad. Den förenklade användningen innebar att man endast relaterade nyttan till den åtgärd som själva ”mottagningsbesöket” innebar d.v.s. man reflekterade bara över om patienten hade nytta av läkarbesöket eller inte och tänkte inte på att olika åtgärder kunde varit aktuella i samband med besöket. Detta innebar för läkarna också att det inte var de egna åtgärderna man värderade utan sjuksköterskans åtgärd/beslut att boka in patienten för ett besök.

Vid den *komplexa* användningen försökte deltagarna värdera *nyttan* av olika typer av undersökningar, behandlingar och andra åtgärder och också lägga in flera olika aspekter i begreppet nytta: Om patienten blev nöjd, blev lugnad, blev fysiskt bättre eller om han eller hon blev frisk från sin sjukdom.

3.2.2.2 Vilka aspekter vägs in i bedömningen av nytta?

Vid bedömning av nytta, liksom vid bedömning av svårighetsgrad, hade det *medicinska perspektivet* respektive det *patientupplevda perspektivet* olika betydelse för deltagarna.

> *”Sen har det lite att göra med vad man lägger in i ordet nytta och med det här lite utilitaristiska begreppet. Vem definierar patientnyttan? Är det en medicinsk fråga eller är det att man tror att patienten har nytta av det i någon slags psykologisk mening.”*

För många av fokusgruppdeltagarna vägde de två aspekterna lika men några ansåg att nyttan huvudsakligen bestämdes av storleken på eller typen av den medicinska svårighetsgraden. Nyttan bedömdes då följaktligen som liten när patienten var frisk i medicinsk mening men trots det var orolig. Andra menade att patientens egen upplevelse av en åtgärd hade störst betydelse för hur man skulle värdera nyttan. Det gällde då framförallt när man kunde lugna oroliga patienter.

> *”Man kan ta typexemplet, någon som kommer och har mått dåligt en tid och är övertygad om att han har diabetes, för det har hela släkten. Och så – direkt frisk! Ett prov och så vet patienten att han är frisk. Det skulle jag satt stor nytta på.”*

Även om uppgiften att lyssna och lugna kunde vara den faktor som vägde tyngst vid bedömningen av nytta för en del så innebar det faktum att man kunde lugna en patient inte att nyttan upplevdes stor av alla. Flera beskrev uppgiften av lugna oroliga patienter med lätta medicinska problem som ”prästrollen”.

> *”Ja, frågan är ju hur vi värderar, liksom, prästrollen. Om vi tycker att det är en stor patientnytta eller om vi tycker det är en liten. Jag tycker det är en liten, men det är inte ingen.”*

3.2.2.3 Sker värderingen för grupp eller individ?

Bedömning av nyttan på individnivå kunde med lätthet göras när man skulle värdera nyttan av *lätt iakttagbara effekter* av åtgärder, det vill säga sådant som kunde ses eller mätas direkt i samband med kontakten. Men liksom för svårighetsgrad menade både sjuksköterskor och läkare att *både grupp- och individperspektiv* måste finnas med vid bedömning av nytta.

3.2.2.4 Vad är viktigast för att avgöra vad som är stor respektive liten nytta?

De två aspekterna, medicinskt perspektiv och patientupplevt perspektiv hade stor betydelse för hur man skulle bedöma nyttan.

> *”Jag tycket det är litet svårt att tänka på frågan, eftersom man skulle kunna tolka det på två vis. Dels, patientnytta i form av nöjsamhet från patienternas sida, hur nöjd patienten blir efter det här. Dels, patientnytta ur kroppslig funktion, hur mycket bättre, så att säga, kroppen blir efter det här.”*

En nöjd patient kunde alltså betyda att personalen bedömde nyttan som stor och en missnöjd som att nyttan var liten oberoende av den medicinska åtgärdens förväntade effekt. Flera sjuksköterskor diskuterade på detta sätt.

> *”Det är ju också viktigt med det, jag menar, känner man att dom är väldigt nöjda med det så var det ju en god... stor nytta.”*

Många läkare såg det mer ur det medicinska perspektivet och menade att även för en patient som var missnöjd kunde nyttan av en åtgärd vara stor och tvärt om så kunde en patient vara nöjd men ändå bedömas ha liten eller ingen nytta av åtgärden.

> *”Vägrar man sjukskriva så är patienten väldigt missnöjd. Sen kan det ha varit till stor nytta för patienten. Eller om man inte skriver ut det där penicillinet så kan det ju också göra patienten missnöjd, med det kan ändå ha varit till stor nytta för patienten.”*

Det fanns också andra faktorer som påverkade hur personalen värderade storleken på nyttan av åtgärden. En typ av *personrelaterade faktorer* var om personalen kände patienten och därmed var väl insatt i hans eller hennes sjukdom. Detta kunde bidra till större nytta eftersom de insatser man som läkare då valde uppfattades vara mer adekvata. *Slumpen* kunde också påverka nyttan i de fall då patienten sökte för en viss åkomma men man upptäckte någon helt annan sjukdom som patienten kunde få nödvändig behandling för.

Nyttan uppfattades också kunna skilja sig åt mellan olika patienter *beroende på om patienten tog till sig budskapet* eller inte och detta påverkades av om vårdgivaren själv var övertygad om riktigheten i sina egna råd till patienten.

> *”Jag tänker, om man ger egenvårdsråd och patienterna ser att även om dom inte är helt med på det, utan dom tyckte inte att det var jättebra, men*

sen ser dom att det här, det stämde ju. Dom blev ju bättre om några dagar om dom gjorde si och så. Och nästa gång, när dom råkar ut för samma sak kan dom pröva själva."

Flera exempel på stor nytta, på liten eller tveksam nytta, på ingen nytta och på skada gavs av deltagarna. Som exempel på åtgärder med *stor* nytta nämnde sjuksköterskorna tidiga, ofta enkla, insatser för t.ex. kroniskt sjuka patienter i hemsjukvården liksom vaccinationer för kroniskt sjuka och vissa egenvårdsråd eller att förmedla en kontakt till rätt instans för en patient.

"Snälla du, kan du komma för att... Då är det något som betyder så mycket för henne och jag måste hålla hustrun under armarna för att hon ska orka med att vårda sin make hemma. Det är så viktigt för henne. För brakar hon samman då har jag två som jag får skicka iväg."

Också vid många tillstånd med liten svårighetsgrad kunde åtgärden vara enkel att utföra men ändå vara till stor nytta för patienten. Det gällde t.ex.vid besvär med en tånagel, vissa infektioner, sårskador eller urinvägsinfektioner. Stor oro som kunde avhjälpas med en liten åtgärd kan också vara till stor nytta, liksom vissa åtgärder vid kroniska sjukdomar som diabetes.

"Kontroll av diabetes. Jag tycker att det finns en så pass mycket belägg på sambandet mellan hur sockerläget är och framtida komplikationer."

Tveksam eller liten nytta angavs vid prioriteringen för åtgärder där många patienter måste behandlas för att några få ska få en hälsovinst. Detta gällde för flera kroniska sjukdomar. Framför allt tog deltagarna här upp behandling av hypertoni som ett sådant exempel.

"Vi lever väl i ganska hög utsträckning i någon slags illusion att vi gör nytta med t.ex blodtryckskontroller. Jag menar, det går ju nästan inte och arbeta varje dag i sitt yrkesliv om man börjar tänka på hur lite nytta det är med blodtryckskontroller. Jag vet inte om ni läste dom här rapporten från NEPI. Dom hade gått igenom hur många en distriktsläkare behöver behandla med höga blodfetter, primär profylax, eller hypertoni för att en enda skall ha nytta av det? Det var ju flera tusen... fem tusen, så man kunde hålla på i tio, femton år innan- och behandla den gruppen patienter för att någon skulle ha nytta av det i form av minskad sjuklighet eller minskad död. Kan tänka mig att... Herregud, jag håller på och pumpar blodtryck år efter år och det kanske är bara en av alla dom här jag har haft under flera år som egentligen har nytta av vad jag gör."

Vissa åtgärder som utfördes ansågs vara *utan nytta*. Det gällde t.ex. onödiga läkarbesök vid luftvägsinfektioner som deltagarna menade att de ändå kunde komma till stånd pga krav på hög tillgänglighet från politiker och ledning och personalens önskan om att ha nöjda patienter vid sin vårdcentral. Ett annat exempel var onödiga läkarbesök när patienter sökte för vissa kroniska smärttillstånd eller sköterskebesök för onödiga blodtryckskontroller.

> *”Jag tyckte jag hade ganska många liten nytta. Och då tänker jag inte minst på många kroniska smärtpatienter som kommer och man har egentligen inte så hemskt mycket att erbjuda dom ytterligare, så att säga. Och då kan jag tycka att nyttan med att dom kommer är ganska liten egentligen, för jag påverkar ju inte tillståndet speciellt mycket.”*

Också när ett råd om egenvård gavs vid tillfällen när patienten istället skulle varit betjänt av ett läkarbesök togs upp av deltagarna som meningslösa åtgärder utan eller med liten nytta.

> *”Ja, egentligen skulle han ha behov av ett läkarbesök men det finns inga läkartider så därför får jag liksom försöka ge honom egenvård till nästa dag för att han skall…”*

Primärvårdens ansvar för vissa pålagda arbetsuppgifter utan något mervärde för patienten togs också upp. Det gällde t.ex. så kallade beställningsremisser.

Risken för skada av åtgärder i vården togs också upp. Läkarna diskuterade bland annat risker vid behandling med vissa typer av läkemedel och man nämnde t.ex. Atromidin och Cox2-hämmare. Exempel som togs upp av sjuksköterskorna var risken att hälsoundersökningar kunde leda till en falsk trygghet hos en del patienter. Onödiga besök och undersökningar kunde också medföra negativa konsekvenser för patienter genom att patienterna, i stället för att få stärkt självkänsla genom att klara av att hantera vissa åkommor själva, ”lurades att tro” att provtagning och läkemedelsbehandling behövdes. Upprepade onödiga EKG-undersökningar kunde t ex skapa oro för hjärtsjukdom hos friska.

3.2.2.5 Vilka problem finns när man ska bedöma nytta?

Flera av de problem som fanns när det gällde hur man skulle bedöma patientnytta var de samma som kom till uttryck då det gällde bedömning av svårighetsgrad. Det gällde bl a valet mellan *individ- och gruppnivå* när man skulle bedöma nyttan för enskilda patienter av t.ex. en preventiv åtgärd.

Även svårigheten att veta vad man skulle jämföra med vid värderingen togs upp av läkarna. De menade att det fanns en risk att bedömningen av nytta påverkades av hur svårt sjuka *övriga patienter* varit under arbetsdagen.

> *”Sen får du in någon liksom verkligt akut sjuk, så tror jag att du värderar alla lite lägre sen resten av dagen.”*

Personrelaterade faktorer såsom exempelvis språksvårigheter och skillnader i patientens kulturella bakgrund kunde bidra till att nyttan var svår att bedöma vid prioriteringen.

> *”Det är intressant också att tala till folk från andra kulturer. Man kanske inte ens kan hitta någon vettig kommunikation alltså. Då tappar man ju också förmågan att avgöra deras behov.”*

Ett annat problem var att olika personer i personalen *bedömde nyttan olika* för samma typ av åtgärd. Det gällde nyttan av t.ex. det man kallade prästrollen, det vill säga att lyssna och stödja patienter med oro och psykosociala problem. Både läkare och sjuksköterskor beskrev också svårigheterna att göra en *”sann” eller korrekt bedömning* av nyttan utifrån medicinska kunskaper. Det fanns risk för både över- och undervärdering av flera åtgärder, t.ex. risk för att man undervärderade nyttan av egenvårdsråd eller övervärderade nyttan av blodtrycksbehandling.

> *”Vi kanske ser ner på våra egna åtgärder.”*

> *”Det är det jag menar, att kanske tenderar man att se lite för positivt på sin egen roll och sin egen förmåga att göra någonting.”*

3.2.3 Kostnadseffektivitet

3.2.3.1 Vilken innebörd lägger personalen i ordet kostnadseffektivitet?

Framför allt läkarna diskuterade innebörden av begreppet kostnadseffektivitet. De uppfattade kostnadseffektivitet som ett svårt begrepp och flera av deltagarna beskrev innebörden med frågor under intervjuerna: För vem är det kostnadseffektivt? Vem tjänar på åtgärden? Finns det något tröskelvärde, alltså en viss kostnad per hälsovinst, då man kan anse att en åtgärd har god kostnadseffektivitet? Vilka hälsovinster ska räknas in? Man exemplifierade också kostnader som borde räknas in: Sjukvårdskostnader, sjukskrivning,

inkomstbortfall, produktionsbortfall och berörde relationen mellan nytta och kostnader.

> *”Jag tror faktiskt att det var någon som var sjukskriven och jobbade på dagis och hon var sjukskriven för diffusa besvär. Och jag lyckades övertala henne att det är nästan lika bra att jobba, till och med bättre för att hon skulle må bättre. Och då skrev jag stor kostnadseffektivitet, för jag trodde att det skulle hjälpa henne att få bättre självförtroende och må bättre. Och sen var det bättre för samhället också. Så där satte jag hög.”*

> *”Ja, alltså, i det ingår ju alla kostnader som är relaterade till den här sjukdomen: Besöken, framtida besök, sjukskrivningar, eventuella funktionsbortfall och annat. Och sen då i förhållande till behandlingskostnaden.”*

Sjuksköterskorna diskuterade mindre teoretiskt kring kostnadseffektivitet.

> *”Nä, men det är ändå ekonomiskt och det är därför det är tänkt att när dom ringer så säger vi: - Men du klarar det här själv, hemma. Ditt immunförsvar klarar av det. Jamen, skall du hit så kostar det pengar både för dig och för oss.”*

3.2.3.2 Vilka aspekter vägs in i bedömningen av kostnadseffektivitet?

Två huvudaspekter togs upp: Faktiska kostnader och alternativkostnader. För båda dessa gällde frågan om vems kostnader man ska bedöma. Som exempel på *faktiska kostnader* nämnde läkarna sjukskrivning, inkomstbortfall, produktionsbortfall och sjukvårdskostnader.

Med *alternativkostnader* menade man här de kostnader som skulle kunna uppstå senare om en viss åtgärd inte hade utförts, eller om den utförts på en annan vårdnivå än normalt. Detta diskuterades mest av sjuksköterskorna. (Begreppet alternativkostnader användes alltså här i betydelsen ”kostnader för alternativa åtgärder”, alltså för insatser som krävts om den vidtagna åtgärden inte hade utförts).

> *”För patienter med medicinhämtning t ex Antabus och för dem som kommer för bara samtal och stöd satte jag stor nytta. För där får dom den tryggheten att jag finns här och att jag gör det här. Det gör att man undanhåller övrig vård, att man förhindrar läkarbesök, man förhindrar kanske sjukhusbesök, man förhindrar mycket annat och dom ändå mår väl.”*

Frågan om *vems kostnader* man skulle ta med vid en prioritering gällde både de faktiska kostnaderna och de alternativkostnader som skulle kunna uppstå och diskuterades av både läkare och sjuksköterskor. Ska beräkningen av kostnadseffektivitet även inkludera patientens kostnader eller enbart sjukvårdens kostnader? Ska man begränsa sig till kostnader som uppstår i primärvården eller också ta med kostnader för sjukhusvård? Ingår enbart landstingets kostnader eller ska kommunens kostnader också tas med? Personalen menade att det som ger en besparing hos en aktör kan innebära ökad kostnad hos någon annan.

3.2.3.3 Sker värderingen för grupp eller individ?

Liksom för svårighetsgrad och nytta menade både sjuksköterskor och läkare att *både grupp och individperspektiv* måste finnas med vid bedömning av kostnadseffektivitet. Att det är nödvändigt ibland att bedöma kostnadseffektivitet för en grupp snarare än för enskilda patienter framkom när man diskuterade svårigheten att värdera kostnadseffektivitet för preventiva åtgärder och för behandling av kroniska sjukdomar som t.ex. hypertoni. Deltagarna funderade kring behandling vid olika åldrar och kring begrepp som ”numbers needed to treat”.

> *”Men om du måste behandla hundra kvinnor och du räddar en, då får man ju räkna behandlingskostnaden för 100 personer plus alla läkarkontroller och den förlorade livskvalitet som dom 99 har.”*

Deltagarna resonerade på ett liknande sätt när det gällde svårigheten att bedöma kostnadseffektiviteten för diagnostiska åtgärder där ett stort antal undersökta inte är sjuka medan det är några få som har nytta av åtgärden. Det kunde t.ex. gälla gamla människor som ramlat och där undersökning eller röntgen måste göras för att utesluta en fraktur eller en patient med halsont som visade sig ha negativa prover. Svårigheten att tänka i termer av kostnadseffektivitet på individnivån belystes med flera exempel. Man kunde inte veta vad resultatet av en åtgärd skulle bli för den enskilda individen. Det gällde t.ex. livsstilsråd och behandling av oro**.** Kostnadseffektiviteten ansågs hög om patienten ”följer behandlingsråden”, men låg om rådgivningen/samtalet inte medförde någon förbättring för patienten. Det var också svårt att överhuvudtaget uppskatta kostnadseffektiviteten av insatsen vid oklara symptom.

> *”Det är ju som muskelvärk hos lite äldre där vi inte visste vad det var. Vi bokade in en tid till doktorn, men vi visste inte vad det skulle leda till för undersökning och åtgärd. Blir det mycket så blir det kostsamt, men kanske inte… Dom är nog svårast. Alltså, att inte kunna föreställa sig vad som skulle hända.”*

Deltagarna tyckte att det var lättare att ta ställning till kostnadseffektivitet för en individ om effekten av en åtgärd var tydlig eller lätt observerbar i det enskilda fallet.

> *”Ja, dom blev ju på något sätt botade. Man har ju del sådana patienter där man liksom gör det färdigt innan dom går ut igenom dörren. Och det går rätt så kvickt dessutom då. Det är ju inte många i och för sig, men en vaxpropp eller något sånt där.”*

I vissa fall var det tvärtom svårt att tänka i ett grupperspektiv. Det gällde t.ex. att bedöma nedsatt arbetsförmåga där det får betydelse för kostnaderna om patienten är pensionär eller förvärvsarbetar.

3.2.3.4 Vad är det som avgör vad som är hög eller låg kostnadseffektivitet?

En faktor som påverkade bedömningen av kostnadseffektiviteten var det man kallade *alternativkostnaden* som mycket handlade om på vilken vårdnivå en åtgärd utfördes. Sjuksköterskorna diskuterade också hur en mindre vårdinsats i ett tidigt skede av en sjukdom kunde ”betala sig” genom att man förebygger behov av vård senare. Läkarna tog sällan upp någon jämförelse mellan olika vårdnivåer spontant men när de tillfrågades gav de exempel på att vård som utförs på rätt vårdnivå påverkar kostnadseffektiviteten på ett positivt sätt.

> *”För det är ju riktigt, att kostnadseffektiviteten beror på vilken vårdnivå det är, om det är egenvård eller vårdcentralnivå eller... I så fall så är ju nästan alla besök här ganska kostnadseffektiva... om patienten slipper gå till jourcentralen eller akuten.”*

> *” …Och denna patient kanske behöver komma för att få en sjukskrivning på fjorton dagar, för man vet att det skulle göra nytta. Sen skulle dom orka igen då. Annars kan man ju tänka att sjukskrivning är ju inte kostnadseffektivt, men i det här fallet kan det ju vara det.”*

Också sjukvårdens *organisation* ansågs påverka kostnadseffektiviteten. Ett exempel var hur arbetet var organiserat på den egna arbetsplatsen. En dålig systematik eller struktur i patientarbetet kunde försämra kostnadseffektiviteten i motsats till ett välstrukturerat arbete som kunde förbättra den. Också en alltför lättillgänglig sjukvård kunde riskera att inte bli kostnadseffektiv genom att den utnyttjas när den inte behövs.

”Återbesök. Det skall ju finnas någon mening och ett innehåll med att patienten kommer, annars blir det väldigt låg kostnadseffektivitet. Och då tänker jag ibland: Hur pass genomtänkta behandlingsfilosofier och strategier har vi egentligen? Där tror jag också finns mycket som vi skulle kunna göra. Det är ju mer hur processen ser ut, när man får en… nyupptäckt diabetiker. Hur ser processen ut fram till att dom har köpt idéerna att det handlar om mig.”

Deltagarna gav flera exempel på kombinationer av hälsotillstånd och åtgärder där man bedömde kostnadseffektiviteten som *hög.* Det gällde t.ex. livsstilsråd och prevention som t.ex. influensavaccination liksom vissa akuta problem där resultatet av åtgärden kunde konstateras direkt i anslutning till besöket. Även för vissa andra tillstånd och åtgärder som kirurgisk bedömning av akuta besvär i buken och läkemedelsbehandling av depression, astma och urinvägsinfektion, egenvårdsråd vid förkylning och intyg som behövs för försörjning bedömdes vara åtgärder med hög kostnadseffektivitet.

”Det kan väl vara förkylningspatienten som ringer och säger att han har varit förkyld i tre-fyra dagar och man ger rådet att du väl lugna dig tills det har gått en vecka i alla fall, du har väl panodil hemma och du kan väl kolla tempen. Och de som känner någonting där eller där eller har en ond hals eller, det gör ont någonstans… Där man kan ge lugnande besked att dom kan vänta ett tag till.”

”Influensavaccination av gamla, det har jag räknat som hög kostnadseffektivitet, utifrån... ja, Socialstyrelsens rekommendationer.”

Deltagarna gav också flera exempel på åtgärder med *låg* kostnadseffektivitet . Det gällde t.ex. onödig provtagning, vissa blodtryckskontroller, olika typer av onödig behandling och hälsoundersökning av friska patienter.

”Salvstrumporna som man kör vecka efter vecka. Patienten vill absolut ha dom, även om det knappt.. ja, det finns väl små hudförändringar. Det är väl också någonting som måste vara låg kostnadseffektivitet, att åka dit och sätta på dom. Visserligen köper ju patienten in dom själv och det är ju bara pengar och de vill absolut ha dom. Men frågan är ju om dom verkligen hjälper.”

Även vissa arbetsuppgifter som inte medför något mervärde för patienten togs upp som åtgärder med låg kostnadseffektivitet. Det gällde t.ex. förlängning av sjukskrivning när intyg om sjukbidrag redan är utfärdat eller s.k. beställnings-remisser.

*”Något som var låg kostnadseffektivt var ett besök som var en ren beställning. Att ”*Jag skall gå till Öron med det här.” *Patienten kommer bara hit för att jag skall skriva remissen och gå dit igen. Det är ju låg kostnadseffektivitet.”*

3.2.3.5 Vilka problem finns när man ska bedöma kostnadseffektivitet?

Ett stort problem var att kostnadseffektivitet uppfattades som ett *svårt begrepp* och att man därför inte hann tänka igenom det.

”Nä, det här med väga in sjukskrivning och inkomstbortfall och produktionsbortfall och... ja, nationalekonomin... landets ekonomi... Allt sånt där var ju jättesvårt.”

Några menade också att man *inte ville tänka på pengar* när det gäller omvårdnad.

” För det är ju hemskt att säga, men det här med att tänka på ekonomi, även om man egentligen vet… För jag menar, det man fick lära sig, det var ju omvårdnad, att ta hand om patienten och sjukdomarna och patientnyttan. Och sen skall jag börja titta här också, på kostnadseffektivitet och hälsovinst och... Nä, men det kändes lite svårt.”

3.2.4 Sammanfattande prioriteringsbedömning

3.2.4.1 Sammanvägning av svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet vid prioritering

Generellt uppfattade de som medverkande vid fokusgruppsintervjuerna det som positivt att använda de tre faktorerna som stöd vid prioriteringsbeslut. Att använda alla tre faktorerna samtidigt trodde man bidrog till en bättre prioritering. Några förklarade det med att faktorerna gav en *god balans* vid bedömningarna genom att de belyste olika aspekter av vården.

”Vad är kostnadseffektiv behandling för diabetiker, för hypertoniker och sviktpatienter och vad gör störst nytta? Det kan ju vara så att det som gör störst nytta är dyrast men ändå kanske kan bli mest kostnadseffektivt ur den synpunkten. För jag tror att man har mycket nytta utav dom här diskussionerna, att försöka att prioritera in patienterna.”

”Jag menar, den första [svårighetsgraden] belyser ju läkaraspekten och den andra [nyttan] patientaspekten och det tredje [kostnadseffektiviteten] är någon slags samhällsaspekt.”

Några hade uppfattat att man enligt nationella riktlinjer för prioriteringar borde utgå från enbart svårighetsgraden eller ”en lista med diagnoser” då prioriteringar ska göras och tyckte då att de tre faktorerna var betydligt bättre att använda.

3.2.4.2 Hur vägs de tre faktorerna mot varandra?

Betydelsen av en enskild faktor jämfört med de två andra diskuterades. Många läkare och sjuksköterskor ansåg att svårighetsgraden var den faktor som betydde mest för helhetsbedömningen, andra menade att nyttan vägde tyngst.

”Jag har en känsla av att sjukdomens svårighetsgrad dominerade över dom andra i mitt tankesätt.”

”Ja, det verkar ju som om vi prioriterar mer på nyttan av åtgärden än på svårighetsgraden.”

Under intervjuerna kom både läkare och sjuksköterskor in på andra faktorer än den faktor som för tillfället diskuterades. De kombinerade svårighetsgrad med nytta och nytta med kostnadseffektivitet tidigt i diskussionerna och menade att faktorerna påverkar varandra, att den ena beror på den andra. När det gällde vilka komponenter som hade störst betydelse ville flera kombinera svårighetsgrad med nytta.

”Svårighetsgrad tycker jag ju väger stort då. Ja, och sen det är ju förväntad nytta med vad jag gör. För annars är det ju ingen idé. Det känns ju helt meningslöst att göra något som inte har någon nytta.”

Kostnadseffektivitet hade enligt många haft minst betydelse vid den sammanvägda prioriteringen men det fanns också de som ansåg att den hade störst betydelse.

”Men det som är viktigt, det handlar ju om pengar. Vad skall vi använda våra pengar till i framtiden i landstinget? Vilka sjukdomar skall vi behandla? Vilka skall komma till doktorn? Det är det som det här handlar om egentligen.”

Några läkare diskuterade hur en hög nytta och kostnadseffektivitet kunde ”väga upp” låg svårighetsgrad och ge en hög sammanvägd prioritering.

”Ja, jag tycker inte att jag nedvärderar någonting bara för att jag sätter lågt på svårighetsgrad, det kan uppvärderas senare.”

3.2.4.3 Hur kom man fram till den sammanfattande prioriteringsbedömningen?

Deltagarna beskrev i huvudsak två olika sätt att komma fram till siffran (på den tiogradiga skalan) vid den sammanfattande prioriteringen. Antingen fick siffran illustrera *den prioritering man verkligen hade gjort* av patienten eller så satte man den siffra som motsvarade den prioritering som man tyckte att det *borde ha varit*. Man kunde t.ex. sätta en låg prioriteringssiffra på en patient som fått en åtgärd som man tyckte var fel eller onödig. Det gällde t.ex. läkares prioritering av patienter som man tyckte kom på onödiga läkarbesök.

Den process de medverkande beskriver för att komma fram till prioriteringssiffran kan karaktäriseras som *förenklad eller komplex*. Vid det *förenklade* tillvägagångssättet kunde prioriteringen bygga på en allmän känsla eller enbart på hur brådskande vården bedömdes vara i det aktuella fallet.

”Jo, nä men, så tror jag också att jag gjorde - någon slags global känsla i magen ….”

Även här förenklade man så att en åtgärd eller patientgrupp som man tyckte var högt eller lågt prioriterad fick styra helhetsbedömningen.

”Ja, det var en patient, utvecklingsstörd eller dement t.ex. Dom skall man ju prioritera högt oberoende av tillståndets svårighetsgrad... väl? Enligt dom etiska reglerna.”

Några deltagare beskrev tillvägagångssättet som mer komplext, vilket innebär att de försökte ta hänsyn till många aspekter samtidigt. De vägde samman de tre faktorerna och ibland vägde man dessutom in ytterligare faktorer såsom en allmän känsla eller patientens upplevelse av besvären.

”Siffran var ju liksom resultatet av summan utav de här tre faktorerna.”

”Här uppe [de tre faktorerna] så ägnade jag mig åt lite mera objektiva försök då. Men här nere [den sammanfattande prioriteringen] blev det liksom, att den här patienten får vi ta nu därför att det funkar inte annars.”

3.2.4.4 Vilka andra aspekter påverkar prioriterings-bedömningen?

Det fanns flera ytterligare faktorer utöver svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet som påverkade helhetsbedömningen av prioriteringen. *Personrelaterade faktorer,* som ifall patienten var känd av personalen eller inte, hade betydelse på flera sätt. Kännedom om patienten kunde innebära att bedömningen blev lättare. Även tillgång till information via journalen eller att man kände den som lämnade information om patienten kunde underlätta.

> *”Det är ju när det ringt patienter som man känner, för det är ju för dom man kan fläta in sociala faktorer som inte patienten säger men som man vet har betydelse.”*

Några menade att det också fanns en risk med att känna patienterna. De som ringt väldigt många gånger kanske man inte lyssnade på till slut.

> *”Det kan ju också vara en fara i att känna till människor därför att då kan man ju liksom tänka att dom har ringt hundra gånger och har varit här femtio och det har inte varit någonting... Och den etthundra första gången så kan det ju faktiskt vara någonting, men eftersom det inte har varit något på dom andra hundra gångerna så lyssnar man kanske inte så intensivt som man borde göra, och det tror jag alltid är en fara då. Det är både bra och dåligt med personer som man känner.”*

Att känna patienten kunde också försvåra prioritering genom att patienten kunde utnyttja att han var känd för att få företräde. Ett särskilt sådant fall var när patienten var en vän, kollega eller anhörig till kollega.

> *”Ja, det kan ju vara åt andra hållet också, att man känner dom för väl, att dom liksom utnyttjar en för att ta sig in. Då gäller det ju att vara stark.”*

Det fanns också faktorer som deltagarna tyckte att de borde ta hänsyn till även om det inte alltid gjordes liksom faktorer som de kände sig tvingade att beakta även om de inte alltid tyckte det var rätt. Sådant som man *borde ta hänsyn till* var kommunikationssvårigheter t.ex. p.g.a. språksvårigheter och också hela patientens livssituation.

> *”Språksvårigheter, där man inte riktigt kunde få grepp i telefon vad det rörde sig om. Dom kanske fick en högre prioritet eftersom man hade svårt att bedöma.”*

Faktorer som de tvingades beakta vid prioriteringen eller som påverkade av andra skäl var t.ex. krav eller hot från patienten eller från en påstridig anhörig. Att säga nej kunde i dessa fall upplevas svårare än att säga ja och det kunde vara särskilt svårt att säga nej till något ansikte mot ansikte med patienten.

> *”Jag har också besvärliga patienter som är liksom stökiga och man vet att det blir ett förskräckligt bök om inte den patienten får komma. Då gör man ju liksom bedömningen att det är mycket mindre arbete om patienten får komma än att det skall liksom gå flera varv och sen kommer dom ändå.”*

> *”När patienten väl sen kommer till doktorn då, så har dom inte lika lätt… Dom har svårare. Det är ju så att dom har ju patienten inne i rummet.”*

Det kunde också handla om krav från andra. Deltagarna upplevde förväntningar i det medicinska samhället som kunde medföra en högre prioritering av vissa åtgärder så att man utförde undersökningar som kanske både patient och läkare tyckte var onödiga.

> *”Man uppfattar att etablissemanget kräver på något sätt.”*

Också *vårdgivarens inställning och arbetssituation* påverkade prioriteringen. Personalen tog upp egen personlig erfarenhet, egen dagsform och vilken inställning man hade till patienten som person – medvetet eller omedvetet – och hur väl de kunde identifiera sig med patienten och dennes hälsoproblem.

> *”Det är ju ens egen erfarenhet och vad man har med i bagaget, om man har stött på någon patient med liknande symptom som det har varit något jätteallvarligt med. Alltså, det kan ju vara något väldigt ovanligt men det påverkar ju hur man prioriterar, om man stöter på en liknande symptombeskrivning.”*

> *”Nä, alltså, det finns ju en gräns för hur okunnig man får vara. Det är en annan sak om har en onaturlig oro som gör att man inte kan selektera på något sätt, men om man söker för banala sjukdomar…”*

Sjuksköterskorna menade också att läkarnas personlighet påverkade hur de prioriterade patienterna.

> *”Det är doktorn också, vilken doktor som... För det beror på vilken husläkare det är. Den ene husläkaren är... Ja, men här är det jätteviktigt! Kan den här läkaren få den här patienten att förstå? Sånt påverkar också.”*

Organisationen påverkade också prioriteringen i en inte alltid önskvärd riktning. Ett sådant exempel var att sjuksköterskorna på några ställen bara kunde boka patienter för läkarbesök och inte till andra yrkesgrupper. Ekonomiska incitament kunde också påverka prioritering av vilka åtgärder man valde. I de fall vårdcentralerna fick särskild ersättning för vissa åtgärder så kunde dessa komma att väljas i större omfattning än annars. Tidsbrist under jourtid kunde också påverka valet av åtgärd. Många läkare och sjuksköterskor diskuterade hur tillgången på tider påverkade vilka patienter som fick en besökstid. När det var dålig tillgång på lediga besökstider kunde patienterna få en lägre prioritering och omvänt om det fanns tider kvar sent på dagen kunde patienter prioriteras högre än annars.

> *”Det påverkas också, tycker jag, av hur mycket läkartider man har För har man gott om tider så kan man bestämma sig mycket snabbare för att ge en tid. Då slösar man inte tid på att fråga.”*

3.2.4.5 Vilka problem finns vid den sammanvägda bedömningen?

Under intervjuerna beskrev personalen att det fanns en risk att missa *patientperspektivet* när man använde den strukturen som stod till buds i studien med de tre faktorerna svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet.

> *”Och då tror jag att det är viktigt att man verkligen är tydlig i det här, vad undersökningen faktiskt har koncentrerat sig på och att ni egentligen inte alls har försökt fånga dom här psykologiska faktorerna.”*

Ett annat problem var att inte känna till *vilken skala* som skulle användas. Flera personer menade att de prioriterade primärvårdens patienter ”till mitten” eftersom de jämförde den aktuella patientens tillstånd med svåra akuta tillstånd som de sällan mötte i primärvården. Ett tredje problem som läkarna tog upp var att de upplevde att prioriteringen – tolkat som vilka som ska få besökstid – styrdes av sjuksköterskorna och låg utanför deras kontroll. De uttryckte det som att *prioriteringen redan var gjord.*

> *”Prioritering för mig, det gäller mest sjuksköterskor som först har kontakt med patienten via telefon eller på vårdcentralen. Dom måste veta precis hur de ska prioritera.”*

3.2.5 Personalens värdering av mallen för prioriteringar

3.2.5.1 Nyttan av att använda mallen

I fokusgruppsintervjuerna diskuterades också om deltagarna upplevt att det varit någon nytta att göra prioriteringar på ett strukturerat sätt, det vill säga att göra prioriteringsbedömningar på individnivå utifrån de begrepp som hämtats ur Socialstyrelsens modell. På denna fråga gavs både ja- och nejsvar. Både läkare och sjuksköterskor uttryckte att de på något sätt ändrat sitt sätt att tänka under de två veckor de gjorde registreringarna. De tyckte att de hade fått ett verktyg att tänka mer systematiskt och inte bara intuitivt eller så hade de börjat tänka mer på nytta och kostnadseffektivitet än tidigare. Andra menade att försöket inte påverkat dem alls.

> *”Jag tror att det blir mer rätt. För jag tror att när jag gör den här bedömningen så spelar nog mitt intryck av själva samtalet eller konsultationen stor roll: Vilken kontakt fick vi? Vilken åtgärd gjorde jag? Det spelade större roll där än det här mer systematiska: Vad är det för sjukdom? Ja, det är en diabetes och det är en allvarlig sjukdom och det är viktigt att den sköts på ett bra sätt. Men sen när jag träffade patienten så kanske jag egentligen inte gjorde så mycket mer än att jag förnyade recepten och konstaterade att det såg rätt så hyfsat ut. För då justeras mitt subjektiva intryck att att jag inte gjorde så mycket, så stor insats, det justeras utav ett mer systematiskt sätt.”*

> *”Det som är nytt, det är ju dom här två senare [nytta och kostnadseffektivitet]. Vi har ju bara ettan [svårighetsgraden], tror jag, som är våran konventionella. Den har vi väl alltid funderat på. Och sen har vi inte funderat på så mycket om dom har någon nytta av att komma hit egentligen.”*

3.2.5.2 Fortsatt utveckling av en prioriteringsmodell

Även synpunkter på hur en prioriteringsmodell för prioriteringar i vardagen på individnivå kan utvecklas kom fram i fokusgruppsdiskussionerna. En synpunkt var att man i någon typ av prioriteringsmodell borde skilja på de *medicinska respektive patientupplevda aspekterna* liksom på *grupp- och individnivå.*

> *”Fast dom med kronisk sjukdom måste till doktorn och ta prover och få nytt recept en gång om året. Medan dom som ringer för att få en tid eftersom att dom har ont i benet eller ont i huvudet, dom upplever sig ju som sjuka. Men det kommer ju liksom bort lite om man blandar.”*

Deltagarna föreslog också att man skulle ta hänsyn till på vilken *vårdnivå* patienten tas om hand. Ett annat förslag var att man skulle lägga till en *tidsaspekt*, ett sätt att inkludera hur brådskande en åtgärd är liksom att man på något sätt borde ta hänsyn till tidsåtgången vid olika åtgärder när man prioriterar:

> *”Sen funderade jag på tidsaspekten. Om man stenhårt bestämmer sig för att en halsfluss får ta si och så många sekunder, medan ett besök som omfattar hela diabetessjukdomen, så att säga årets besök för en diabetiker, får ta två timmar. Om och hur det skall komma in.”*

Sjuksköterskor i fokusgrupperna tog också upp en annan aspekt på vardags-prioriteringar. De menade att det saknas samsyn och diskussioner på vårdcentralen kring hur prioriteringarna till läkarbesök ska göras. De önskade sig därför *gemensamma riktlinjer* som borde diskuteras fram tillsammans i personalgruppen.

> *”Men det är ju jättebra med det här. Det kan ju mynna ut i att man får lite enkla mallar eller riktlinjer så att vi, alla, på det här stället bedömer ungefär på liknande sätt. För det sparar man ju framför allt en massa tid på.”*

Sköterskorna påpekade också vikten av att när det finns riktlinjer så måste dessa göras *kända för alla*, politikerna, befolkningen och personalen.

> *”Det är bra att tänka till på det, men det här är något som jag tycker skulle genomsyra ifrån politisk nivå. Politikerna måste använda dom här gentemot befolkningen också. För om vi går ut och säger en sak… Alltså, det måste vara tydligt för alla. Det måste vara information till allmänheten om att vi kommer att prioritera såhär.”*

Några uttryckte att det inte är möjligt att arbeta systematiskt med prioriteringar alls. Både läkare och sjuksköterskor menade att det är svårt att ransonera vård i praktiken, att *helt säga nej* till någon patientgrupp. Någon menade att det skulle få negativa konsekvenser för den psykosociala arbetsmiljön.

”Jag har väl personligen svårt, ur arbetsmiljösynpunkt, att tänka tanken, att den population jag har ansvar för absolut skall nobbas för vissa saker. Att säga: Det där får du bara inte träffa mig för.”

Ett annat exempel på svårigheter att prioritera systematiskt är *patienter som ständigt ringer eller kommer direkt till mottagningen* trots att de fått besked att det inte är motiverat med hänsyn till deras problem.

”Får dom inte komma via en bokning så kommer dom med ambulansen.”

Någon sjuksköterska ansåg också att prioriteringar *inte alls behöver göras* utan att alla behöver komma till mottagningen.

”Alla behöver ju komma. Alla behöver ju dessutom lite omtanke.”

3.3 Jämförelse av personalens tolkning av de centrala begreppen med Socialstyrelsens arbetsmodell

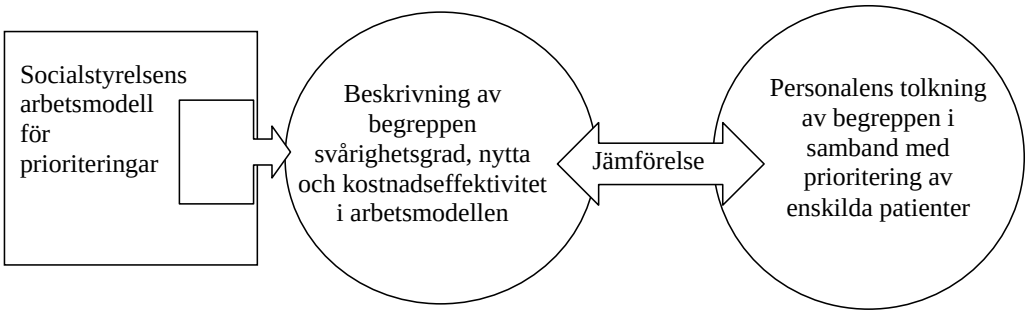
3.3.1 Jämförelsematerial

Socialstyrelsens arbetsmodell för prioritering har beskrivits under punkt 1.5. Den innebär att par av sjukdoms- eller hälsotillstånd och åtgärd värderas utifrån de av riksdagen överenskomna etiska principerna för prioriteringar. Dessa principer har praktiskt omsatts till en värdering av svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet, se figur 2. Dessutom beaktas evidens för både nytta och kostnadseffektivitet vid bedömningarna. De olika värderingarna vägs sedan samman till en helhetsbedömning för varje par av hälsotillstånd och åtgärd. Utifrån helhetsbedömningarna kan sedan paren rangordnas så att en vertikal prioriteringslista skapas.

Denna arbetsmodell för prioritering är utvecklad som stöd för att prioritera grupper av patienter då man ska ta fram nationella riktlinjer för vanliga sjukdomar. Syftet är just att man ska kunna arbeta fram en rangordningslista som kan fungera som riktlinje eller policybeslut för prioriteringar. Personalen i den här studien använde delar av modellen för prioriteringsbedömningar på individnivå, nämligen värderingen av svårighetsgrad, nytta och kostnads-effektivitet och helhetsbedömningen av par av sjukdomstillstånd och åtgärder.

Jämförelsen mellan personalens prioriteringar och Socialstyrelsens modell innebär därför en jämförelse mellan hur personalen tolkat och använt de begrepp som hämtats från modellen med hur samma begrepp används och förklaras i Socialstyrelsens beskrivning av modellen (figur 2). Värderingen av sättet att prioritera handlar därför om begreppens användbarhet snarare än om hela modellen, se figur 3.

Figur 3. Prioriteringsbegreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet och förklaringarna av dem har hämtats från Socialstyrelsens arbetsmodell för prioriteringar. Dessa förklaringar jämfört med personalens tolkning av begreppen. Socialstyrelsens arbetsmodell för prioriteringar innehåller fler delar än beskrivningen av begreppen men dessa delar ingår inte i jämförelsen.



I viktiga delar överensstämde läkarnas och sjuksköterskornas beskrivning av hur de tänkte vid prioriteringen med hur olika begrepp definierades i Socialstyrelsens arbetsmodell vid tiden för studien. Det fanns också vissa aspekter som finns med i modellen men som inte berördes över huvud taget av personalen och andra saker som personalen upplevde som viktiga för prioriteringsbedömningen som inte finns med i modellen.

3.3.2 Prioriteringsobjektet

Generellt förutsätter användning av modellen att prioriteringsobjektet (det man prioriteringsbedömer med avseende på svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet) är en kombination av ett sjukdomstillstånd och en åtgärd. Detta gällde också i det prioriteringsförsök som personalen tidigare medverkat i. Ändå refererade personalen vid intervjuerna ganska ofta enbart till patientgrupper i form av personer med ett visst tillstånd eller en viss diagnos när de diskuterade prioriteringar utan att beröra vilka åtgärder som var aktuella.

3.3.3 Svårighetsgrad

Enligt modellen ska en bedömning av *aktuellt sjukdomstillstånd* göras genom att ta reda på fakta och värdera symptom, funktionsförmåga och livskvalitet. Dessutom ska en bedömning av *risken för* förtida död, permanent sjukdom/skada eller försämrad livskvalitet till följd av det aktuella tillståndet göras för att kunna värdera svårighetsgraden av tillståndet. I studien fann vi att personalen tänkte på liknande sätt. De värderade aktuella symptom liksom

risken för försämring/komplikationer. Bedömning av livskvalitet gjordes framförallt genom att deltagarna värderade patientens oro. Funktionsförmåga togs inte upp explicit men tycktes finnas med som en del av den medicinska bedömningen när det gällde att fastställa svårighetsgrad. Några av de medverkande förenklade dock sina bedömningar på så sätt att svårighetsgraden kom att värderas endimensionellt utifrån om patienten bedömdes så sjuk att han/hon behövde träffa en läkare (hög prioritet) eller inte (låg prioritet).

Vi fann att personalen i allmänhet ansåg att det var lättare ur prioriterings-synpunkt att värdera aktuella symptom än att värdera risker för framtida ohälsa. Flera medverkande uppfattade att värderingen av aktuella symptom kunde göras för en enskild patient medan riskbedömning måste göras utifrån kända kunskaper om ett sjukdomstillstånd på gruppnivå. De aktuella symptomen kom därigenom att ”väga tyngre”, det vill säga de med aktuella symptom bedömdes ha större svårighetsgrad än de med risk för senare komplikationer. Det uppfattades också svårt att individualisera riskbedömningarna, t.ex. var det oklart för många hur de skulle väga in personberoende faktorer som patientens ålder, flera samtidiga sjukdomar eller samtidig resurssvaghet av andra orsaker. Likaså upplevdes det besvärligt att bedöma vilken betydelse graden av brådska hade för prioriteringen.

Personalen uppfattade också att det var svårt att veta hur de skulle kunna inkludera både ett medicinskt perspektiv och ett patientupplevt perspektiv av sjukdomstillståndet vid prioriteringen. Även om en värdering av livskvalitet finns med i beskrivningen av modellen upplevde deltagarna att patient-perspektivet saknas i modellen.

Enligt Socialstyrelsens arbetsmodell ska man också ta särskild hänsyn till om patienten har nedsatt autonomi i meningen att de ska få sina behov tillgodosedda, inte att de ska ha en generellt högre prioritet. Detta togs upp i fokusgrupperna då de medverkande särskilt refererade till patientgrupper i termer av ”gamla” eller ”dementa”. Dock beskrivs hänsynen till dessa grupper som att patienter med nedsatt autonomi alltid ska prioriteras högt oberoende av svårighetsgraden. Med andra ord tycks nedsatt autonomi i sig av många uppfattas berättiga till hög prioritet.

Ytterligare ett problem med att använda modellen var hur man skulle tänka när det inte uppfattades vara relevant att bedöma svårighetsgrad över huvud taget eftersom patienten var frisk. Detta gäller t.ex. vid olika typer av intyg. Se sammanfattning i tabell 1.

Tabell 1. Jämförelse mellan beskrivningen i Socialstyrelsens modell och personalens användning av begreppet svårighetsgrad.

Sjukdomens svårighetsgrad			
Etablerad modell	***Studien***		
	Bekräftelse av modellen	**Behov av komplettering**	**Problem med modellen**
Aktuellt sjukdoms-tillstånd Symptom Funktionsförmåga Livskvalitet	Aktuella symptom och livskvalitet, framför allt som oro. Funktionsförmåga anges underförstått som del av det medicinska perspektivet	Tydligare patient/individ-perspektiv behövs i modellen	Svårt att beakta risker vid både akut och kronisk sjukdom Hur bedöma svårighetsgrad för friska patienter?
Risk för Förtida död Permanent sjukdom/ skada Försämrad livskvalitet	Risker bedöms i form av risk för död och försämrad livskvalitet. Permanent sjukdom/skada mer underförstått som del av det medicinska perspektivet	Både medicinskt- och patientupplevelse-perspektiv behövs.	Svårt att se individ-perspektiv på risk-bedömning
Nedsatt autonomi	Nämner t.ex. gamla/dementa	Individfaktorer som språksvårigheter och kulturskillnader	
		Individuella patient-egenskaper som: Flera samtidiga sjd Ålder Samtidig resurssvaghet Hur brådskande en åtgärd är	

3.3.4 Nytta

I Socialstyrelsens arbetsmodell ska nyttan av åtgärden värderas, på motsvarande sätt som svårighetsgraden, utifrån vilken effekt den har på det aktuella sjukdomstillståndet när det gäller symptom, funktionsförmåga och/eller livskvalitet liksom effekten på risken för förtida död, permanent sjukdom/skada och/eller på livskvaliteten. Personalens beskrivning av innehållet i begreppet nytta liknade beskrivning man gjorde för svårighetsgrad. Man inkluderade åtgärdens effekt på symptom och på livskvalitet, framförallt som minskad oro. Funktionsförmågan berördes också här mer underförstått som en del av det medicinska perspektivet. De tog också upp effekten på hälsorisker och resonerade om i vilken utsträckning man har visat effekter av olika typer av förebyggande behandlingar.

När det gällde bedömning av livskvalitet/oro framkom att personalen hade olika syn på hur mycket man skulle värdera en effekt som minskad oro hos patienten. Några tyckte att en minskad oro kunde betraktas som en stor effekt medan andra menade att det hade mindre betydelse.

Också den förenkling av åtgärder som gjordes för svårighetsgrad fanns med när det gällde nytta. Vissa värderade bara nyttan till åtgärden ”läkarbesök” eller till de effekter de kunde konstatera direkt i samband med att åtgärden utfördes.

Liksom för svårighetsgrad tolkades effekten på aktuella symptom annorlunda än på ”eventuella framtida” symptom. För de aktuella besvären tyckte flera av deltagarna att bedömningen gick att göra på individnivå men inte för de ”framtida” symptomen, alltså effekten på risken. Att man inte kunde värdera nyttan av en förebyggande åtgärd för den enskilda individen utan istället för en tänkt grupp med samma besvär gjorde att bedömningarna gjordes med olika utgångspunkter eller förutsättningar för patienter med symptom vid en aktuella kontakten och för dem som inte hade det.

I modellen beskrivs också en värdering av risk för allvarliga biverkningar och komplikationer av åtgärden vilket också togs upp av personalen. De nämnde risker för läkemedelsbiverkningar, risker med onödiga undersökningar och sjukvårdskontakter.

Det som personalen inkluderade i begreppet nytta och som inte finns tydligt i modellen är patientens subjektiva upplevelse av åtgärdens effekt. Även personbundna faktorer som språksvårigheter och kulturskillnader fanns med i personalens resonemang men inte i modellen liksom hur man ska värdera åtgärder som inte tillför någon nytta alls, onödiga åtgärder eller åtgärder som medför stor men helt oväntad nytta. Se sammanfattning i tabell 2.

Tabell 2. Jämförelse mellan beskrivningen i Socialstyrelsens modell och personalens användning av begreppet nytta.

Patientnytta			
Etablerad modell	***Studien***		
Effekt av åtgärd	**Bekräftelse av modellen**	**Behov av komplettering**	**Problem med att använda modellen**
Effekt på aktuellt sjukdoms-tillstånd Symptom Funktions-förmåga Livskvalitet	Symptom, och livskvalitet, framför allt som oro finns med i olika utsagor Funktionsförmåga anges underförstått som del av det medicinska perspektivet	Tydligare patient-perspektiv behövs i modellen Patientnöjdhet bör beaktas	Svårt att beakta grupp-perspektiv på nytta för aktuellt sjukdomstillstånd Nyttan värderas olika, tex för samtal vid oro
Effekt på risk för Förtida död Permanent sjukdom/ skada Försämrad livskvalitet	Risker bedöms i form av risk för död, och försämrad livskvalitet. Permanent sjukdom/skada förekommer mer underförstått som del av det medicinska perspektivet Diskussioner kring evidens för åtgärder är vanliga	Tydligt patient-perspektiv behövs i modellen	Svårt att se individ-perspektiv på riskbedömning, och prevention
Risk för allvarliga biverkningar och komplika-tioner av åtgärden	Nämner läkemedelsbiverkningar, risker med onödiga undersökningar och sjukvårdskontakter		
		Individfaktorer Kulturskillnader	Hur bedöma nytta när ingen nytta alls finns utan åtgärden utförs av andra skäl?

3.3.5 Kostnadseffektivitet

När det gäller kostnadseffektivitet beskrivs i modellen direkta kostnader för medicinska och icke-medicinska åtgärder, indirekta kostnader för produktions-bortfall och andra tidskostnader för patient, anhöriga m.fl. Här finns en relativt god överensstämmelse mellan personalens användning av begreppet och modellen. Personalen talar om sjukvårdskostnader i stort och nämner också kostnader för sjukskrivning, inkomstbortfall och produktionsbortfall. Ingen nämner dock något om patienternas tidskostnader.

Personalen reste dock frågor om vems kostnader som skulle inkluderas i kostnadseffektiviteten. Ett samhällsekonomiskt perspektiv var inte självklart

men personalen diskuterade att insatser eller uteblivna insatser som medförde ökade kostnader eller besparingar i ett led i vårdprocessen samtidigt kunde spara pengar eller leda till ökade kostnader någon annanstans i samhället.

Även när det gällde bedömningen av kostnadseffektivitet tyckte flera av deltagarna att de hade svårt att ta hänsyn både till ett grupp- och ett individperspektiv. De menade att det kunde finnas skäl att jämföra kostnadseffektiviteten för en viss åtgärd tillämpad på t.ex. en pensionär respektive en person med arbete men tyckte inte att de med hjälp av modellen kunde ta hänsyn till den typen av personbundna faktorer.

I Socialstyrelsens arbetsmodell innebär kostnadseffektivitet att de totala nettokostnaderna för en insats ställs i relation till patientnyttan. Här tänkte många i personalen på ett liknande sätt när de på olika sätt kopplade ihop begreppen patientnytta och kostnadseffektivitet. De funderade också över att mycket annat än själva valet av vårdinsats påverkar kostnadseffektiviteten. Det kunde gälla arbetsorganisationen där en dålig sådan kunde medföra mycket högre vårdkostnader än nödvändigt. Se sammanfattning i tabell 3.

Tabell 3. Jämförelse mellan beskrivningen i Socialstyrelsens modell och personalens användning av begreppet kostnadseffektivitet.

Kostnadseffektivitet			
Etablerad modell	***Studien***		
	Bekräftelse av modellen	**Behov av komplettering**	**Problem med att använda modellen**
Direkta kostnader Medicinska åtgärder Ej medicinska åtgärder	Modellen bekräftas delvis eftersom sjukvårdskostnader nämns	Tydliggörande av att samhällsperspektiv avses	Oklart ur vems perspektiv kostnaderna ska beräknas Oklart hur man ska hantera kostnader som skulle uppkommit om en åtgärd inte utförts
Indirekta kostnader Produktionsbortfall Andra tids-kostnader (patient, anhöriga m.fl.)	Sjukskrivning, inkomstbortfall och produktionsbortfall nämns Ingen nämner tids-kostnader	Tydliggörande att för individen kan inte personrelaterade faktorer bedömas ur ett kostnads-perspektiv	
Totala kostnader i förhållande till patientnytta	Ja, man kopplar ihop begreppen t.ex. vid resonemang om vårdnivå, LEON-principen		Mycket annat än sjukdom och behandling påverkar kostnadseffektiviteten t.ex. organisatoriska förutsättningar Svårt begrepp

3.3.6 Sammanfattande prioriteringsbedömning

Enligt Socialstyrelsens modell ska den sammanfattande prioriterings-bedömningen (som resulterar i siffran 1-10 på en rangordningslista) baseras på en samlad bedömning av sjukdomstillståndets svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet. Man ska också beakta vilka evidens som finns för nyttan av en åtgärd liksom för kostnadseffektiviteten. Här finns en överensstämmelse med hur personalen beskriver att de gjorde. De flesta beskriver att de utgick ifrån de tre begreppen och vägde samman dem, även om de delvis gjorde olika bedömningar av vad som vägde tyngst. Några inkluderade också andra faktorer som de tyckte att var viktiga för prioriteringen i helhetsbedömningen. Resonemang om vetenskapliga bevis för nyttan av olika åtgärder förekom också i stor utsträckning bland personalen.

En svårighet som togs upp var att det finns andra faktorer, än det som är direkt kopplat till ett visst sjukdomstillstånd och en viss åtgärd, som påverkar kostnadseffektiviteten i hälso- och sjukvården. Hur ska man t.ex. räkna med högre sjukvårdskostnader p.g.a politiska beslut om att driva relativt dyr verksamhet i glesbygd?

4. DISKUSSION OCH SLUTSATSER

4.1 Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva hur personalen tolkade och använde olika prioriteringsbegrepp samt att jämföra deras tolkning och användning med hur samma begrepp används och förklaras i Socialstyrelsens arbetsmodell för prioriteringar. Det var därför värdefullt att välja de läkare och sjuksköterskor som deltagit i en tidigare prospektiv studie om prioriteringar till vår aktuella studie eftersom dessa ”tvingats” tänka igenom centrala begrepp inom prioriteringar (2).

Fokusgruppsintervjuerna genomfördes cirka sex månader efter den prospektiva prioriteringsstudien. Cirka 35 procent av dem som deltog i den första studien deltog också i fokusgrupperna, 16 läkare och 15 sjuksköterskor. Alla läkare och sköterskor inbjöds att delta och vilka som faktiskt deltog berodde till största delen på vem som var i tjänst när intervjuerna genomfördes. Vi kan inte utesluta att medverkan respektive att man avstod också kan ha berott på olika intresse för ämnet. Antalet deltagare i grupperna varierade något men i alla grupperna var antalet lagom stort för att en diskussion där alla deltog aktivt kunde genomföras.

Flera av de medverkande uppgav att det gått så lång tid att de hunnit glömma detaljerna kring registreringen och hur blanketterna såg ut. Under intervjuerna påminde de sig de allra flesta dock hur registreringen gick till och kunde ge exempel på hur de hade gått tillväga. Detta innebär att samtalen i fokusgrupperna handlade både om hur de medverkande resonerade när de gjorde prioriteringsbedömningar i studien och om hur de tänker kring prioriteringar i allmänhet.

Även om analysen i första hand följde den ursprungliga frågeguiden är tolkningen alltid beroende av forskarnas värderingar och förkunskaper. Både EA och MA är erfarna allmänläkare med mångårigt intresse för prioriteringsfrågor. En person med en annan yrkeserfarenhet hade kunnat tillföra andra perspektiv.

I vilken grad utsagorna i fokusgrupperna överensstämmer med hur personalen verkligen gjorde sina prioriteringar kan inte besvaras i denna studie. Vidare bearbetning av materialet från den prospektiva studien av prioriteringar kan delvis besvara sådana frågor. I det materialet kan vi jämföra de prioriteringar personalen angivit att de gjort av patienterna med deras värdering av svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet och också korrelera angivna prioriteringar med olika hälsotillstånd och åtgärder.

4.2 Resultatdiskussion

Socialstyrelsens prioriteringsmodell är konstruerad för att prioritera grupper av patienter. Syftet är att man ska kunna ta fram en rangordningslista som kan fungera som riktlinje eller grund för policybeslut för prioriteringar. Det beslutsfattande som då är aktuellt är ett normativt beslutsfattande, det vill säga det är en rekommendation om hur man i allmänhet bör fatta beslut. Personalen i vår studie beskriver ett naturalistiskt beslutsfattande, hur beslut fattas i stunden för enskilda patienter. Man använder då kunskap som är omedelbart tillgänglig och som består både av evidensbaserad medicinsk kunskap, egna erfarenheter och tolkningen av situationen. Man utgår både från kunskap om sjukdomstillståndet, om individen och om de praktiska förutsättningar som råder där beslutet ska verkställas.

Frågan är om denna typ av prioriteringar på individnivån kan stödjas med hjälp av en modell som utvecklats för att ta fram rekommendationer på en övergripande nivå. Det faktum att vi har en etisk plattform som ska gälla för alla typer av prioriteringar innebär att det finns en gemensam utgångspunkt för olika slags prioriteringar. Det medför att de grundläggande begreppen i modellen, svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet, rimligtvis borde vara desamma oavsett om prioriteringarna gäller grupper av patienter eller enskilda individer. Resultaten i vår studie visar också att grundbegreppen upplevs värdefulla och användbara, men också att kompletteringar och förtydligande av modellen kan göras för att den ska bli mer användbar i primärvården och i vardagssjukvården. Resultaten visar också på några andra möjligheter att underlätta prioriteringsarbete i primärvården.

4.2.1 Grupp- och individperspektiv

4.2.1.1 Evidensbaserad medicin

Enligt de anvisningar som finns i Socialstyrelsens modell för prioriteringar ska man vid värdering av nyttan av en åtgärd utgå ifrån ”den genomsnittliga förväntade nyttan för en grupp”. Man beskriver att ”Ofta har några patienter stor nytta av en behandling medan andra har mindre nytta, och ytterligare några kan få hälsoförluster på grund av biverkningar och komplikationer” (3). I den vardagliga sjukvården på en vårdcentral dominerar prioritering av enskilda patienter och det var också sådana prioriteringar personalen hade gjort i vår studie. I intervjuerna diskuterades framför allt de situationerna samtidigt som grupperspektivet också användes vid bedömningarna. I växelspelet mellan de två perspektiven speglades motsättningar mellan perspektiven och svårigheter att förena dem i kliniska beslut.

Den vetenskapliga basen i hälso- och sjukvården utgörs i huvudsak av kunskap om grupper av människor. Det gäller människor med vissa symtom eller med vissa sjukdomar och det gäller effekt av behandling som är resultatet från studier av grupper av människor med en viss sjukdom eller i en särskild situation. Praktiken däremot utgörs av möten mellan enskilda personer. Kunskapen om effekter för gruppen uttrycks som medelvärden, sannolikheter, men den kunskapen talar inte exakt om det förväntade resultatet för den enskilda patienten i förhållande till den undersökta gruppen. Även om det klassiska arbetssättet med evidensbaserad medicin syftar till att finna bästa möjliga kunskapsunderlag för beslut rörande en enskild patient kommer det ändå att finnas en inbyggd osäkerhet i beslut rörande enskilda individer grundade på kunskap om grupper (16, 17). Den medicinska praktiken, som måste balansera vetenskapliga fakta gentemot patientens individuella förutsättningar och behov, har därför ofta karakteriserats som både en vetenskap och en konstart.

4.2.1.2 Akut och kronisk sjukdom

I denna studie illustreras motsättningen mellan individ- och grupperspektivet bland annat genom att begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet bedömdes annorlunda hos patienter med nytillkomna, akuta och tydliga symtom jämfört med patienter med en välkontrollerad kronisk sjukdom utan tydliga symtom. När sjukvårdspersonalen med sina sinnen kunde iaktta att patienten var sjuk gjordes bedömningen av svårighetsgrad utifrån den specifika patientens situation i ett individperspektiv. För bedömning av nytta gällde det speciellt de fall där åtgärden gav snabba resultat som kunde iakttas redan i samband med besöket. I dessa fall bedömdes också kostnadseffektivitet just för den aktuella patienten, alltså i ett individperspektiv. Vid kronisk sjukdom och framför allt vid kontroll och behandling av riskfaktorer för sjukdom såsom högt blodtryck, mår patienten ofta bra. Effekterna av behandlingen är omöjliga att uppfatta och mäta på kort sikt och det är också omöjligt att förutse effekten för den enskilde patienten. Man uttryckte då att prioriteringsbeslutet måste göras utifrån evidensbaserad kunskap i ett grupperspektiv. För akuta uppenbara tillstånd såsom t.ex. astma eller skärsår hänvisade man däremot inte till vetenskapliga fakta om behandlingarnas effekt. *Det finns en risk för att prioriteringar inte blir korrekta och rättvisa om man inte inkluderar både individfaktorer och vetenskapliga fakta på gruppnivå både när det gäller vård av akuta och kroniska sjukdomar.*

4.2.1.3 Individer och diagnosgrupper

Då företrädare för allmänläkarna försökt omsätta principer från prioriterings-utredningen till mer praktiska riktlinjer har man ofta fört fram att prioriteringar

och medicinska beslut i primärvården handlar om individer och därmed och styrs av individuella faktorer och ”inte diagnoser” (18). Detta har ibland tolkats som att användning av policybeslut eller allmänna riktlinjer som stöd för prioriteringar skulle vara svårare inom primärvården än inom andra verksamhetsområden. Vår studie ger emellertid flera exempel på att personal i primärvård använder kunskap om individen tillsammans med kunskap om gruppen i sina prioriteringar och alltså kan ha nytta av övergripande riktlinjer. *Vi menar att det är viktigt att kunna använda både individuell och generell kunskap. Transparens i prioriteringar är en förutsättning för en öppen redovisning och möjlighet för en demokratisk diskussion (19). Hänvisar man enbart till att prioritering görs utifrån individuella faktorer är risken stor att vårdpersonalens och läkarnas prioriteringar blir dolda och godtyckliga.*

Diskussionen i fokusgrupperna handlade till största delen om hur prioriteringar på individnivå gjordes, det vill säga av enskilda patienter. I alla fokusgrupperna hade deltagarna svårigheter med att tydiggöra skillnaden mellan prioriteringar på grupp- respektive individnivå. Om detta gäller generellt kan det innebära att det är svårt för både vårdpersonal, politiker och administratörer m.fl. att använda de nationella riktlinjerna för prioriteringar. Om man uppfattar riktlinjer på gruppnivå som att de ska kunna användas direkt för prioritering av enskilda individer finns det en risk att man upplever riktlinjerna oanvändbara. *Troligen behövs det både en modell för prioritering på policy- /gruppnivå som stöd för prioritering på individnivån och dessutom en någon typ av kompletterande beslutsstöd för att underlätta och systematisera prioriteringar av enskilda patienter.*

4.2.1.4 Kunskapsunderlaget

Den medicinska forskningen är relativt sett ung i primärvården och forskningsresurserna i primärvård är bara en bråkdel av det som satsas på övrig medicinsk forskning. Förvånande många symtom och besvär och deras handläggning är inte studerade i önskvärd omfattning och det saknas pålitlig kunskap om många av de stora patientgrupper som nu sköts i primärvården. Lokalt blir det ofta sjukhusläkarna som får uppdraget att omsätta nya kunskapsrön i riktlinjer och rutiner utan att tillräcklig hänsyn tas till att det är olika patientpopulationer som finns på sjukhus och i primärvård. Dessa skillnader i populationernas sjuklighet gör att effekten inte alltid är densamma av en viss intervention när den utförs på sjukhus som i primärvården.

En särskild svårighet i primärvården är bedömning av patienter med nytillkomna oklara symptom, s.k. första bedömningar. Eftersom primärvården är första linjens sjukvård söker personer med besvär tidigt i sjukdomsförloppet. Ibland försvinner besvären utan att någon sjukdom infinner sig. Många sådana

konsultationer avslutas utan att någon speciell sjukdom konstaterats. Nästan ingen kunskap finns om prognos för den här typen av patienter. Mycket kunskap saknas också om våra stora folksjukdomar. Det är bara ett tiotal år sedan som den första kontrollerade studien publicerades om effekten av behandling av patienter med åldersdiabetes (20).

Inte sällan måste personalen i primärvården ge svar på frågor eller bemöta krav från enskilda patienter eller patientorganisationer som tagit del av marknadsföringen av nya läkemedel och andra medicinska innovationer. Bristande vetenskaplig faktabas om nyttan av olika åtgärder i primärvården innebär ett dilemma med etiska implikationer för läkare och sjuksköterskor när de ska fatta beslut om behandlingar med osäker nytta. Vilka roller och vilket ansvar har sjukvårdspersonalen gentemot den enskilda patienten och dennes önskemål respektive ansvar för att hushålla med de begränsade resurser som finns i primärvården? *För att utveckla ett systematiskt arbete med prioriteringar i primärvården måste den vetenskapliga kunskapen på gruppnivå förstärkas. Prioriteringarna måste så långt det är möjligt bygga på vetenskapliga evidens om nytta och kostnadseffektivitet.*

4.2.1.5 Vetenskapligt förhållningssätt

Det fanns ett ifrågasättande bland personalen i vår studie om flera av de åtgärder som vidtogs var till någon nytta. Ett skäl till detta kan vara att de kunskaper som finns om nyttan av behandling av de stora patientgrupperna med kroniska sjukdomar inte är noterbar för läkare och sjuksköterskor i vardagsarbetet och att man inte följer upp resultatet på längre sikt.

Den vetenskapliga diskussionen är på många vårdcentraler föga utvecklad. Både läkare och sjuksköterskor arbetar relativt ensamma utan de naturliga diskussionsmöten som finns i sjukhusvärldens rondsystem. Arbetet med mottagningsbesök, där beslut måste fattas snabbt när patienten är närvarande förstärker ett pragmatiskt förhållningssätt. Ett vetenskapligt förhållningssätt innebär ett kritiskt omprövande av rådande kunskap. Med få undantag gavs inga exempel på att man sökte eller använde sådan kunskap. Detta kan vara ett problem när prioriteringar ska göras eftersom bristande kunskapsunderlag och svårigheter att värdera och använda vetenskaplig evidens gör det svårare att prioritera i ett grupperspektiv. *Det finns ett behov både av ökad kunskap om effekt av olika åtgärder för patientgrupper som finns i primärvården och också av att göra kunskapen mer lättförståelig och tillgänglig för all personal.*

Ett sätt att hantera konflikten mellan det individuella och generell kunskap har utvecklats i ”Shared decision making”, där patienter har tillgång till pedagogiskt utformade, evidensbaserade kunskapsunderlag, för att på ett bättre sätt själv

kunna ta ställning till sin egen behandling. Att arbeta praktiskt med beslutsstöd av den här typen kan vara ett sätt att bli både mer evidensbaserad och att ta hänsyn till patienternas preferenser och på så sätt individualisera behandlingsbesluten (21).

4.2.2 Personrelaterade faktorer

Att ta hänsyn till personrelaterade faktorer vid prioriteringar av enskilda individer är nödvändigt och det påpekades också av personalen i studien även om man var osäker på hur det skulle göras. I andra studier om prioriteringar och beslutsfattande i primärvården har man fått liknande resultat (22, 23, 24). I den vidareutveckling som gjorts av socialstyrelsens modell efter den här studiens genomförande har man tagit upp några individfaktorer som t.ex. boendeform (1). *I en modell för prioriteringar på gruppnivå i primärvården bör en metod för att mer systematiskt kunna ta hänsyn till dessa faktorer underlätta användningen av modellen i praktiken.*

4.2.3 Komplex och förenklad användning av begreppen

Att hantera en komplex verklighet blir enklare med ökad erfarenhet. Situationer känns igen vilket möjliggör snabbare beslut liksom förenklade beslutsstrategier och tankespår. I fokusgruppsdiskussionerna gavs exempel på förenklade tolkningar där några kan bedömas som ändamålsenliga medan andra inte var det.

När man förenklade tolkningen av svårighetsgrad till de två alternativen att ett läkarbesök behövdes eller inte, innebar detta att graden av brådska fick stor betydelse för bedömningen. I system där man bara bokar tider en eller ett par dagar framåt och inte alla kan få en tid blir frågan inte om patienten behöver ett besök över huvud taget utan om det behövs just nu eller inte. För sjuksköterskan i telefonrådgivningen hjälper en sådan värdering av svårighetsgrad henne i arbetet, där just bokning av läkarbesök är den insats hon förfogar över utöver möjligheten till telefonrådgivning. Men med detta förenklade sätt att resonera finns det en risk att de patienter som inte behöver ett läkarbesök *just nu* får en låg prioritering oberoende av behovet i övrigt. *Att inkludera ett sätt att bedöma graden av brådska eller ”akuthet” i en modell för prioriteringar på individnivån skulle kunna minska risken för den här typen av förenklingar liksom att i modellen tydligt visa att värderingarna rör sig om flera alternativa åtgärder.*

Begreppet nytta förenklades i sjuksköterskornas diskussioner till om patienten skulle ha nytta av ett läkarbesök eller inte utan att innehållet i besöket diskuterades. För läkarnas del innebar den förenklade värderingen av nyttan att de inte tyckte att de gjorde några prioriteringar alls. Bedömningen att patienten

skulle komma på läkarbesöket var ju redan gjord av sjuksköterskan. I enkäter till patienter eller befolkningen värderas ofta tillgänglighet och service högt medan läkarens professionella kompetens sällan tas med bland frågorna (25). Man utgår ifrån att den är garanterat hög. *Det är en risk om vårdpersonal ansluter till ett sådant mytiskt tänkande istället för kritiska, kunskapssökande diskussioner. Kanske är denna risk är större i primärvården där personalen arbetar mer individuellt jämfört med sjukhusvården.*

Det är också ett problem om läkarna inte känner ett ansvar för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Både patienter/medborgare och politiker, liksom övrig sjukvårdspersonal, anser att läkarna måste ta ett stort ansvar för prioriteringsarbetet (26).

En annan typ av förenkling var att alltid ge vissa patientgrupper hög prioritet, som palliativa patienter eller patienter med demens, oberoende av aktuellt tillstånd och av åtgärd. Kunskaperna om de nationella riktlinjer som finns för prioriteringar är fortfarande begränsade och denna typ av felaktiga förenklingar kan hänga samman med att man missuppfattat de sk prioriteringsgrupperna som fanns beskrivna i Vårdens svåra val (2, 11). *I en omfattande intervjustudie och etisk analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar som genomförts av PrioriteringsCentrum föreslås att de sk prioriteringsgrupperna ska tas bort från de nationella riktlinjerna om prioriteringar* (27).

4.2.4 Medicinskt perspektiv och patientupplevt perspektiv

Att det finns både ett medicinskt och ett patientupplevt perspektiv uttrycktes i diskussionen om alla tre begreppen i fokusgrupperna. Det medicinska perspektivet handlade om sjukdomens ”allvarlighetsgrad” och kunde värderas både utifrån kunskap som byggde på evidens på gruppnivå och på patientens individuella förutsättningar. Det patientupplevda handlade till största delen om oro för den aktuella sjukdomen eller symptomen både när det gällde nytta och svårighetsgrad. I bedömningen av nytta vägdes också en värdering av patientens upplevelse av besöket in t.ex. bemötande. Detta perspektiv var kopplat till den individuella patienten. Både personal och patienter kunde ha en uppfattning om båda perspektiven och i den mån det patientupplevda perspektivet vägdes in i prioriteringsbedömningarna så var det personalens tolkning av det.

Ofta överensstämmer inte de två perspektiven (17). Det är ingen tillfällighet att forskning som inbegriper såväl vårdpersonalens som patientens uppfattningar om olika företeelser i vården, och kommunikationen mellan vårdpersonal och patienter, har utvecklats just inom allmänmedicin. I primärvården har patienten i

regel sin första sjukvårdskontakt, det vill säga där får patienten den första sjukvårdsbedömningen av sitt problem. Ofta är det just patientens oro för sin hälsa som ligger bakom besöket. Även här finns det många obesvarade frågor som berör omhändertagande och prioritering. Vilken prognostisk betydelse har patientens oro? Vilket är det bästa sättet att bemöta oroliga patienter? Även om problemet medicinskt sett är banalt vill patienten få svar på sina frågor om besvären. Kvarstående oro kan också vara en drivfaktor för onödiga besök inom andra delar av sjukvården. Trots att evidensbaserad kunskap saknas för många av dessa situationer med oroliga patienter måste en risk- och nyttovärdering göras av tillstånd och möjliga åtgärder.

I fokusgrupperna hade deltagarna olika syn på vilken vikt man skulle lägga på de två olika perspektiven. Skulle man väga in patientens oro som en stor del i svårighetsgraden och effekten av åtgärder som kunde lindra oron som en stor del av nytta och kostnadseffektivitet? Och hur skulle man värdera om patientens upplevde nytta av en viss åtgärd som läkaren eller sjuksköterskan själv ansåg att saknade nytta? En svårighet vid dessa bedömningar är i vilken utsträckning man ska utgå från vetenskapligt visad nytta avseende den medicinska åtgärden kopplad till det aktuella hälsotillståndet respektive i vilken utsträckning man ska värdera patientupplevd nytta trots att vetenskaplig dokumentation ofta saknas eller visar motsatsen (16).

Hur man värderar de två perspektiven får rimligen betydelse för hur patienterna prioriteras. Utan ett gemensamt synsätt på hur oro och patientnöjdhet ska värderas finns det risk för att olika vårdgivare gör olika prioriterings-bedömningar av patienter med liknande besvär liksom att allmänheten och vårdpersonalen har olika syn på hur prioriteringar bör göras. *Att tydliggöra de olika perspektiven och diskutera öppet kring vilken vikt man ska lägga vid dem bör vara en viktig grund för att prioriteringsbeslut på både grupp- och individnivå ska uppfattas som riktiga och rättvisa för både patienter och personal och kanske också på politisk nivå. Det innebär också att prioriteringsarbetet kan bli ett verktyg för att balansera efterfrågan på sjukvård mot behov av sjukvård.*

De olika perspektiven illustreras med exempel på tillstånd och åtgärder för svårighetsgrad och nytta i figur 4.

Figur 4. I det medicinska perspektivet har banala sjukdomar som förkylning eller muskelvärk låg svårighetsgrad medan allvarligare sjukdomar som t.ex. diabetes eller hjärtinfarkt har hög. I det patientupplevda perspektivet kan sjukdomar eller tillstånd som patienten upplever som mycket besvärliga eller oroande få en hög svårighetsgrad medan andra sjukdomar, som patienten kanske inte känner besvär av alls, upplevs mindre svåra.
De hälsotillstånd och åtgärder som finns i figuren ska ses som exempel. Hur de ska placeras kan variera. Muskelvärk kan t.ex. vara förknippat med stor oro hos vissa patienter eller vid vissa tillfällen men behöver inte alls alltid vara det. Intyg kan ibland vara viktiga för patienten, medan de andra gånger kan upplevas som ”onödig pappers exercis”.

SVÅRIGHETSGRAD	***Medicinskt perspektiv***	
Patientupplevt perspektiv	**Liten allvarlighetsgrad**	**Stor allvarlighetsgrad**
Stor oro	Muskelvärk	Hjärtinfarkt
Liten oro	Förkylning	Diabetes

NYTTA	***Medicinskt perspektiv***	
Patientupplevt Perspektiv	**Liten effekt på sjukdom/risk**	**Stor effekt på sjukdom/risk**
Stor patientupplevd nytta	”Lugnande besked” vid oro för allvarlig sjukdom Provtagning som inte behövs	Astmabehandling vid akuta besvär
Liten patientupplevd nytta	Olika typer av intyg och remisser	Rådgivning angående rökstopp

4.2.5 Att använda begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet vid prioriteringar

Personalen i studien uppfattade det generellt som positivt att använda de tre begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet. Genom att värdera de tre aspekterna ansåg de att de fick bättre balans i sina prioriteringsbedömningar. Personalen menade att utan detta sätt att tänka var det lätt att man bara värderade svårighetsgrad utan att reflektera över vad nyttan av en åtgärd kunde vara, vilket också diskussionerna gav flera exempel på.

Den sammanfattande prioriteringsbedömningen, som enligt Socialstyrelsens modell görs utifrån en sammanvägning av de tre faktorerna, gjordes dock ibland som en allmän bedömning där man bortsåg från bedömningarna av svårighets-

grad, nytta och kostnadseffektivitet. En förklaring till detta skulle kunna vara att man uppfattade prioriteringsbedömningen i studien som en mer teoretisk uppgift medan den övergripande prioriteringen var ett sätt att beskriva den faktiska prioritering som gjordes. Det är också möjligt att man egentligen tyckte att grunden för prioriteringen handlade om andra faktorer än just dessa tre.

4.2.5.1 Nytta och Svårighetsgrad

Begreppet svårighetsgrad var för de flesta självklart att använda vid prioriteringar. De funderingar man hade kring begreppet rörde, som nämnts ovan, hur man skulle väga nuvarande symptom eller upplevda besvär hos en patient nu mot risken för framtida komplikationer. Man diskuterade också hur man skulle värdera patientupplevda besvär som oro för en kanske banal sjukdom mot en mer obekymrad patient med en medicinsk allvarlig sjukdom.

Begreppet nytta var inte lika självklart för alla att använda vid prioriteringar även om det också fanns många bland personalen som menade att det egentligen borde väga tyngre än svårighetsgrad. Diskussionerna om innehållet i ”nytta” handlade, liksom för svårighetsgrad, om hur man kan väga grupp- och individperspektiven, det nuvarande och framtiden, liksom det patientupplevda och det mer medicinska perspektiven, mot varandra. Många menade att det patientupplevda perspektivet saknas i modellen och syftade då framför allt på patientens oro men också den mer subjektiva upplevelsen av nytta eller ”patientnöjdhet”. I Socialstyrelsens modell ingår livskvalitet som en komponent i både svårighetsgrad och nytta. Detta väcker frågan om vad personalen lägger i begreppet livskvalitet, vilket dock inte penetrerades i fokusgrupps-diskussionerna.

4.2.5.2 Kostnadseffektivitet

Begreppet kostnadseffektivitet uppfattades av många som svårt att använda i praktiken. Det kan finnas flera förklaringar till detta förutom okunskap och ovana att arbeta med hälsoekonomiska begrepp. Bara att definiera behov som en utgångspunkt för kostnadseffektivitet är komplext och uppfattas ofta som besvärligt (28, 29). Att personalen tyckte att det var oklart vilka kostnader man ska räkna in kan bero på att man sällan ser på kostnader i ett samhällsperspektiv på lokal nivå i sjukvården. I stället handlar det mest om kostnader på kort sikt och för en ”delbudget” i taget. En annan förklaring kan vara att personal i hälso- och sjukvården över huvud taget sällan tänker på kostnader och prioriteringar i vardagsarbetet och gärna vill undvika det (30, 31).

Ytterligare en problemställning som gäller kostnadseffektivitet är hur mycket hänsyn som ska tas till personrelaterade faktorer. Personalen upplevde här en

krock mellan att ta ett samhällsperspektiv och människovärdesprincipen, en av grundpelarna i den etiska plattformen för prioriteringar. Enligt den har alla människor lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Men faktorer som t.ex. om en patient förvärvsarbetar eller inte kan påverka kostnadseffektiviteten i det enskilda fallet. Det är sällan möjligt, eller ens önskvärt, att tillämpa hälsoekonomiska beräkningsmodeller på enskilda patienter just av dessa skäl.

Några deltagare berörde också hur sjukvårdens organisation påverkade kostnadseffektiviteten. Att koppla ihop begreppet kostnadseffektivitet med prioriteringar i vardagen kan försvåras av att personalen uppfattar att det är mycket annat än deras egna beslut rörande vården av sina patienter som påverkar sjukvårdskostnaderna. Ett exempel på detta som togs upp vid intervjuerna var önskemålen/kraven på att sträva mot en allt högre tillgänglighet i vården. Deltagarna menade att en alltför lättillgänglig sjukvård kunde riskera att bli kostnadsineffektiv genom att den utnyttjas när den inte behövs.

Många ansåg att man också borde ta hänsyn till vad det skulle kunna medföra för kostnader om en viss åtgärd inte hade utförts. Den här typen av överväganden, alltså skillnaden i kostnader om åtgärden utförts på en annan vårdnivå eller om en mer avancerad åtgärd fått utföras i ett senare skede, om inte en tidig insats hade gjorts nu, tyckte man saknades i modellen. Motsvarande jämförelse av kostnadseffektivitet får man naturligtvis om man i stället jämför kostnader för olika alternativa åtgärder. Men då en enstaka åtgärd, på individnivå, ska värderas kan personalens sätt att resonera vara värdefullt.

Svårigheterna att förstå och använda begreppet kostnadseffektivitet är något som särskilt bör uppmärksammas i en modell för prioriteringar i primärvården. Förklaringar och förenklingar, där så är möjligt, behövs, liksom kanske ett tydliggörande på både regional och lokal nivå av i vilken mån sjukvården förväntas ta hänsyn till samhällskostnader respektive till att ”hålla sin egen budget”.

4.3 Konklusioner

Studien visade att personalen upplevde att ett mer systematiskt sätt att resonera bidrog till att man kunde göra sina prioriteringsbedömningar på en bättre grund. Vi fann en positiv inställning till att använda begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet vid prioriteringar i primärvården. Vårdpersonalen i studien tyckte också att begreppen passade bra för att kunna jämföra prioriteringar inom olika delar hälso- och sjukvården. En hög nytta och kostnadseffektivitet kan ”väga upp” låg svårighetsgrad och ge en hög

sammanvägd prioritering vilket kan vara väsentligt för patienter i primärvården som ofta söker vård för tillstånd med låg svårighetsgrad.

Vi fann också en ganska god överensstämmelse mellan hur personalen tolkade begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet med hur de beskrivs i Socialstyrelsens riktlinjer. Vår bedömning är att modellen för prioritering kan utvecklas för att bli mer användbar och upplevas som mer relevant för primärvården. Ett återkommande tema i fokusgruppsdiskussionerna var att Socialstyrelsens modell saknade hur man skulle värdera patientens oro och patientnöjdhet. Vissa svårigheter fanns när det gällde begreppet kostnads-effektivitet. Vid en vidareutveckling av modellen bör man försöka hitta förenklingar och förtydliganden kring detta begrepp. Bland annat behövs ett förtydligande av i vilken mån sjukvården förväntas ta hänsyn till samhällskostnader respektive till att ”hålla sin budget” på lokal nivå.

Vid en vidareutveckling av en modell för prioriteringar i primärvården bör man också tydliggöra att det som prioriteras är ett sjukdomstillstånd tillsammans med en möjlig åtgärd. Det kräver att läkarna i primärvården i mycket större utsträckning än idag engageras i prioriteringsarbetet, i ett vetenskapligt samtal och en kritisk värdering av den vardagliga verksamheten.

Den största svårigheten med Socialstyrelsens modell handlade dock om att skilja mellan prioriteringar på grupp- och individnivå. Socialstyrelsens modell är framtagen för prioriteringar på gruppnivå och vi fann svårigheter med att använda delar ur modellen direkt vid prioriteringar av enskilda patienter. Det är viktigt att tydliggöra skillnaderna mellan prioritering på grupp- respektive individnivå så att man inte förkastar riktlinjer på gruppnivå för att de inte är direkt användbara vid prioritering av enskilda patienter.

Eventuellt bör man utveckla en kompletterande modell som stöd för prioritering av individer i primärvården, där det skulle vara möjligt att inkludera aspekter som de intervjuade saknade. Skillnaden mot modellen för prioritering på gruppnivå bör ligga i hur man ska väga in personrelaterade faktorer och vetenskapliga fakta. Ett sätt att väga in hur bråttom en åtgärd är bör också inkluderas i en modell för prioritering av individer.

För att få en god vetenskaplig bas för riktlinjer om prioritering i primärvården behövs bättre kunskap om vanliga patientgrupper, t.ex. patienter med flera olika sjukdomar och patienter med olika typer av symptom som snarare kan relateras till oro och psykosociala faktorer än sjukdom. Det finns också ett behov av att göra den existerande vetenskapliga kunskapen om effekter av olika åtgärder mer lättillgänglig och praktiskt användbar vid prioriteringsbedömningar.

REFERENSER

1. Carlsson P, Kärvinge C, Broqvist M et al. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård: Linköping, PrioriteringsCentrum, Rapport 2007:1.

2. Mårtensson J, Carlsson P, Arvidsson E, Frank L, Lindström K, Borgquist L. Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar - En intervjustudie med personal i primärvården. Linköpings universitet: CMT Rapport; 2006:3.

3. Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004. Stockholm: Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling, 2004.

4. Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen HP. A cognitive perspective on medical expertise: theory and implication. [erratum appears in Acad Med 1992 Apr;67(4):287]. Acad Med. 1990;65(10):611-21.

5. Brenner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, California: Addison-Wesley; 1984.

6. André M, Brogquist L, Foldevi M, Molstad S. Asking for "rules of thumb": a way to discover tacit knowledge in general practice. Family Practice. 2002.

7. André M, Borgquist L, Molstad S. Use of rules of thumb in the consultation in general practice--an act of balance between the individual and the general perspective. Family Practice. 2003;20(5):514-9.

8. Norman G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. Medical Education. 2005;39(4):418-27.

9. Upton D, Upton P. Knowledge and use of evidence-based practice by allied health and health science professionals in the United Kingdom. Journal of Allied Health. 2006;35(3):127-33.

10. C. Hannes K, Leys M, Vermeire E, Aertgeerts B, Buntinx F, Depoorter AM. Implementing evidence-based medicine in general practice: a focus group based study. BMC Family Practice. 2005;6:37.

11. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen, Vårdens svåra val. Stockholm: Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar (SOU) SOU 1995:5 mars 1995.

12. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Regeringens proposition 1996/97:60. Stockholm: Socialdepartementet ,1996.

13. Kvale, S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur: 1997.

14. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur; 1998:89-90.

15. Crabtree B, Miller W. Doing qualitative research. Newbury Park: Sage publications;1992: 13-21

16. Saarni S and Gylling H. Evidence based medicine guidelines: a solution to rationing or politics disguised as science?. J. Med. Ethics 2004;30;171-175.

17. Gerz L, Nilsson P, Hetlevik L. A matter of heart: the general practitioner consultation in an evidence-based world. Scand J Prim Health Care 2003 Mar;21(1):3-9.

18. Öppna prioroyeringar i hälso- och sjukvård. Slutrapport från Svenska Läkaresällskapets prioriteringskommitté. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet 2004.

19. Daniels N, Sabin J. Limits to Health Care: Fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. Philosophy & Public Affairs. 1997; 26(4):303-350.

20. UK Prospective Diabetes (UKPDS) Group. Riskfactors for coronary artery disease in non-insulin dependent diabetes mellitus. BMJ 1998; 316: 823-8.

21. Edwards A, Elwyn G, Hood K, Atwell C, Robling M, Houston H, et al. Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. Family Practice. 2004;21(4):347-54.

22. Berney L,Kelly M Doyal L et al. Ethical principles and the rationing of health care: a qualitative study in general practice. British Journal of General Practice. 55(517):620-5, 2005.

23. Jones IR, Berney L, Kelly M, et al. Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision making in primary care. Soc Sci Med 2004; 59: 93–102.

24. MacCormick A , Macmillan A, Parry B. Identification of criteria for the prioritisation of patients for elective general surgery. Journal of Health Services Research & Policy Vol 9, No 1, 2004: 28–33.

25. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. Soc Sci Med. 1998;47(10):1573-88.

26. Rosén P, Karlberg I. Opinions of Swedish citizens, health-care politicians, administrators and doctors on rationing and health-care financing. *Health Expectations*. 2002; 5(2):148-155.

27. Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Linköping: PrioriteringsCentrum, Rapport 2007:2.

28. Murie J, Hanlon P, McEwan J et al.. Needs assessment in primary care: general practitioners' perceptions and implications for the future. British Journal of General Practice, 2000, 50, 17-20.

29. Metod för behovsbedömning. Rapport från InfoVU-projektets kunskapsnätverk för behov. Stockholm: Socialstyrelsen: 2006.

30. Carlsen B, Norheim O. "Saying no is no easy matter" A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. BMC Health Services Research 2005, 5:70.

31. Daniels N: Why saying no to patients in the United States is so hard. Cost containment, justice, and provider autonomy. N Engl J Med 1986, 314(21):1380-3.

Bilaga 1

Fokusgrupp – Samtal om prioriteringar

I höstas deltog Du i en studie om prioriteringar i primärvården. Det övergripande syftet med den studien är att ge kunskaper om kan bidra till att skapa ett underlag för riktlinjer för praktiska prioriteringar i primärvården.

För att fördjupa kunskaperna vill vi nu komplettera med samtal i fokusgrupper. Samtalen skulle bland annat handla om vilka beslutsprinciper som du och dina kollegor använde vid prioriteringen och hur ni resonerade kring tillståndets svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet då bedömningarna gjordes.

På varje vårdcentral planerar vi genomföra två sådana samtal, ett med en grupp läkare och ett med en grupp sjuksköterskor/ distriktssköterskor/ undersköterskor. Varje samtal beräknas ta 1 -1½ timme. Samtalen leds av distriktsläkarna Malin André från Falun och Eva Arvidsson från Kalmar. Samtalen spelas in på band och lagras temporärt. Efter sammanställning raderas banden. Resultaten kommer att presenteras på ett sådant sätt att det inte går att identifiera enskilda individer.

Deltagande är frivilligt och du behöver inte heller ange något skäl om du avstår från deltagande. Men vi hoppas att du har möjlighet att vara med!

Med bästa hälsningar

Eva Arvidsson, Distriktsläkare, Kalmar läns landsting
Malin André, Distriktsläkare, med dr, Landstinget Dalarna
Per Carlsson, Professor, Linköpings universitet
Lars Borgquist, Professor, Linköpings universitet
Kjell Lindström, Distriktsläkare, med dr, FoU-enheten i Jönköping.

Bilaga 2

Patientdata/identifikation……..

Kön: Man
Kvinna Födelseår……..……..

Diagnos/åtgärd

Välj det sjukdomstillstånd som var huvudskälet till kontakten och den åtgärd som passar bäst från listan under A.
Om inget i listan passar fyll i diagnos/symptom/sjukdom och åtgärd under B.
Om patienten söker för flera saker eller flera åtgärder blir aktuella väljer du det som tycker var viktigast.

A

Symptom/diagnos + åtgärd nr …….. i listan

B

Diagnos/symptom/sjukdom……

Åtgärd…….

Bedömning/prioritering

Tillståndets/sjukdomens svårighetsgrad (*sympto*m, *funktionsförmåga, livskvalitet och* risken *för förtida död, permanent sjukdom/skada och försämrad livskvalitet med tanke på sjukdomstillståndet*):	Stor Måttlig Liten
Förväntad patientnytta av planerad/genomförd åtgärd för den här patientgruppen:	Stor Måttlig Liten
Kostnadseffektivitet (*hälsovinst i relation till alla kostnader för den här patientgruppen*):	Stor Måttlig Liten

Utifrån de tre frågorna ovan – Hur skulle du prioritera patienten på en skala 1-10 där 1 är högst? Ringa in rätt siffra.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Högsta prioritet									Lägsta prioritet

Var det andra patientrelaterade faktorer som påverkade prioriteringen av patienten? I så fall, vilka?
.....

Datainsamlaren

XXX vårdcentral

Datum …… Yrke…… Namn…….

Bilaga 3 **2004-09-23**

Prioriteringsstudien, hösten 2004

Praktisk information till personalen

Alla vårdgivare registrerar, prioriteringsbedömer och delar ut en enkät till alla aktuella patienter de har kontakt med under de två studieveckorna (se nedan).

Vilken personal ska delta?

Alla personalgrupper (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster*, arbetsterapeuter*) som arbetar med patienter på hela vårdcentralen/primärvården i området. Här ingår läkarmottagning, distriktsköterskeverksamhet, telefonrådgivning och rehabilitering. Personal som inte deltar är de som arbetar med enbart laboratorieverksamhet, med barn- och mödrahälsovård, psykolog/kurator/psykiatrisjuksköterskor och dietister. Forskningsetiska regler föreskriver att deltagande i studien är frivilligt och att man inte behöver ange skäl för sitt beslut. Det är dock värdefullt att den som avstår från deltagande meddelar sin chef detta beslut.

*Gäller inte alla vårdcentraler

Vilka patientkontakter ska vara med?

Samtliga patientkontakter, både vid direkt kontakt (besök, hembesök etc) och indirekt kontakt (telefon, information via närstående eller annan vårdgivare etc) ingår i studien.

Undantag:

1. Vid upprepade ”likadana” kontakter hos samma vårdgivare som t ex regelbunden läkemedelsbehandling/dosettdelning eller såromläggning, sjukgymnastbehandling för samma åkomma mm ska kontakten registreras varje gång (registreringsformulär 1) men prioriteringsbedömning och enkätutdelning görs bara en gång.

2. Administrativa kontakter m.m. som gäller sådant där prioriteringsbedömning inte är aktuell t ex av- eller ombokning av besökstid ingår inte alls i studien.

3. Telefonförfrågningar till sjuksköterska om normala provsvar ingår inte.

Specialfall:

1. Receptförnyelser ingår men bara för den (läkare eller sjuksköterska) som skriver receptet. En ev första förmedlande kontakt (t ex vid telefonförfrågan hos sjuksköterska) ingår inte.

För varje patientkontakt gäller följande:

1. Fyll i en ny rad i registreringsformuläret. (Se vidare under 1.Registreringsformuläret nedan.)
2. Skriv ID-numret på en patientenkät och ge/skicka den till patienten. (Se vidare under 2. Patientenkäten nedan.)
3. Skriv ID-numret på en prioriteringsblankett och gör en prioriteringsbedömning av tillståndet och åtgärden. (Se vidare under 3. Prioriteringsblanketten nedan.)

1. Registreringsformuläret

Skriv först ditt eget (vårdgivarens) namn överst på formuläret. (Inga analyser av hur enskilda vårdgivare har svarat kommer att göras!) Fyll sedan i en rad för varje patient:

- Dagens datum
- ID-numret är en bokstavskombination som markerar vilken mottagning och person det gäller och sen löpande siffror. T ex BA1, BA2, BA3… , där B=Borgholm och A är en viss vårdgivare. L=Lindsdal, R=Ryd, S=Sveaplan, Ö=Öxnehaga. Bokstavskoden för varje vårdgivare bestäms intern på varje vårdcentral.
- Patientens kön: M eller K
- Patientens födelseår
- Kryssa i rutan när enkäten är ID-märkt och utdelad/lagd i adresserat kuvert
- Vid upprepade kontakter enligt ovan eller om patienten av annat skäl inte ska deltaga anges orsaken i rutan. Om någon patient inte kan/vill medverka anges orsaken.

Exempel:

Datum	**ID-nr**	**Kön**	**Födelse-år**	**Enkät utdelad**	**Orsak att enkät ej delas ut** (t ex upprepad kontakt, kan/vill ej medverka)
041020	BA1	K	1943	X	

OBS!
Samma ID-nummer ska finnas på prioriteringsblanketten som på patientenkäten. Men, varje gång en patient registreras får han/hon ett nytt ID-nummer. Så samma patient kan komma att registreras t ex först vid en telefonkontakt och sedan vid besök och då få olika ID-nummer och kanske olika prioriteringsbedömningar.

2. Patientenkäten

Innan patientenkäten lämnas ut eller skickas hem ska patienten informeras om studien. Vidare ska enkäten märkas med patientens ID-nummer (samma som på registreringsformuläret).

Två versioner av patientenkäten finns: En *gul för direkt* patientkontakt och en *grön för indirekt* kontakt. På baksidan finns några allmänna frågor som är lika på de båda enkäterna och som patienten bara behöver fylla i en gång även om han/hon har fler vårdkontakter och kan få flera enkäter under studieveckorna. Till enkäterna hör ett skriftligt informationsbrev.

Vid **besök** får patienten en *gul* ID-märkt enkät i handen. Be patienten fylla i den direkt efter besöket och lägga den i en låda vid utgången.

Vid **hembesök** får patienten en *gul* ID-märkt enkät tillsammans med ett svarskuvert i handen.

Vid **telefonkontakt** antecknas patientens namn och adress på ett kuvert där en *grön* enkät med patientens ID-nummer läggs tillsammans med ett svarskuvert.

För barn och andra som inte klarar av att fylla i enkäten helt själva går det bra att en närstående hjälper till att fylla i den.

3. Prioriteringsblanketten

- **Patientdata**

Fyll i samma ID-nummer som på registreringsformuläret.
Kön: Sätt kryss i en av rutorna
Födelseår: Skriv patientens födelseår
Besökstyp: Sätt kryss i en av rutorna

- **Sjukdomstillstånd/åtgärd**

Leta upp den kombination av sjukdomstillstånd/problem och åtgärd som var huvudskälet till kontakten som passar bäst från kortlistan och skriv numret under A.
Om ingen kombination av tillstånd-åtgärd i listan passar fyll i sjukdomstillstånd/symptom/ diagnos och åtgärd under B. Du ska alltså välja A i första hand och bara fylla i B om A inte går att använda för att det aktuella sjukdomstillståndet och åtgärden inte fanns med i kortlistan.
Om patienten söker för flera saker eller flera åtgärder blir aktuella väljer du det som tycker var viktigast.

- **Bedömning/prioritering**

Tillståndets/sjukdomens svårighetsgrad?
Gör en uppskattning av svårighetsgraden för det aktuella sjukdomstillståndet. I den bedömningen ingår både *hur patienten mår* med hänsyn till symptom, funktionsförmåga och livskvalitet och *risken* för förtida död, permanent sjukdom/skada och försämrad livskvalitet med tanke på sjukdomstillståndet om ingen åtgärd vidtas. Graderas som Hög, Måttlig eller Låg – sätt kryss i en av rutorna.
För den enskilda patienten vet vi inte mycket om riskerna. ”Här får man tänka: Hur stor är risken för en grupp liknande patienter?”
OBS! Tillståndets/sjukdomens svårighetsgrad är inte samma sak som hur akut tillståndet är.

Förväntad patientnytta av planerad/genomförd åtgärd för den här patienten?
Även här gäller bedömningen en kombination av den enskilda patienten och patientgruppen. Vi vet ju oftast inte vad nyttan blir för individen förrän senare. Man får tänka ”Vilken nytta brukar patienter med ett sådant här sjukdomstillstånd ha av den här åtgärden, vilken patientnytta förväntar jag mig i detta specifika fall?”
Förväntas några ha stor nytta, andra nästan ingen kan ”summan” bli måttlig nytta.
Bedöms utifrån den planerade åtgärdens förväntade:
● Effekt på *aktuellt* sjukdomstillstånd dvs symptom, funktionsförmåga och livskvalitet.
● Effekt på risk för förtida död, permanent sjukdom/skada och försämrad livskvalitet.
● Hälsoeffekten vägs mot risk för allvarliga biverkningar och komplikationer av åtgärden.
Graderas som Stor, Måttlig eller Liten – sätt kryss i en av rutorna.

Kostnadseffektivitet?
Med kostnadseffektivitet menas patientnytta/hälsovinst i relation till alla kostnader för det förväntade vårdförloppet för patienten. Gör en en grov uppskattning av:

- Kostnader för medicinska och icke medicinska åtgärder och för andra kostnader för patient, anhöriga m. fl..
- Eventuella besparingar genom ett förkortat vårdförlopp (t ex tidigare återgång i arbete)

… i förhållande till patientnyttan
Kostnadseffektiviteten graderas som:
Hög (liten kostnad för en viss hälsoförbättring),
Måttlig (måttlig kostnad för en viss hälsoförbättring),
Låg (hög kostnad för en viss hälsoförbättring),
– sätt kryss i en av rutorna.
(**Dessa beräkningar är givetvis komplicerade. Du förväntas svara utifrån vad du tror!**.)

Prioritering/rangordning
Utifrån de tre frågorna ovan (Sjukdomens svårighetsgrad, förväntad patientnytta av åtgärden och kostnadseffektiviteten) – Hur skulle du prioritera patienten på en skala 1-10 där 1 är högst? Ringa in en siffra.

Var det andra patientrelaterade faktorer som påverkade prioriteringen av patienten?
Detta gäller patientrelaterade faktorer. Ett exempel skulle kunna vara om en person på grund av språksvårigheter inte kan tala om riktigt hur sjuk han/hon är och därför får ett besök ”för säkerhets skull”.

Frågor

Frågor rörande datainsamlingen besvaras i Öxnehaga respektive Ryd i första hand av Kjell Lindström respektive Christina Sandell och i andra hand av Eva Arvidsson minicall 0746-211948. I Lindsdal och Borgholm besvaras frågor av Eva Arvidsson.

Bilaga 4

Innehåll - Resultat

3.2.1. Svårighetsgrad

3.2.1.1. Vilken innebörd lägger personalen i ordet svårighetsgrad?	Förenklad innebörd eller komplex innebörd	Förenklad: - Så sjuk att besök behövs eller inte - Grad av brådska Komplex: Olika aspekter samtidigt (nedsatt arbetsförmåga, funktionsförmåga, patienten, grad av aktuella symptom, hur allvarlig sjukdomen är)
3.2.1.2. Vilka aspekter vägs in i bedömningen av svårighetsgrad?	Medicinskt perspektiv och patientupplevt perspektiv	Medicinskt: ”Objektiv” värdering av symptom, risk mm Patientupplevt: Värdering av patientens upplevda oro och individuella upplevelse av sina besvär Perspektiven kombineras Värderas olika vikt vid en sammanvägning Olika kombinationer som lindrig sjukdom men stor oro eller motsatt förekommer.
3.2.1.3. Sker värderingen för grupp eller individ?	Både grupp- och individperspektiv	Grupp: Värdering utifrån kunskap om hur det brukar vara vid den aktuella sjukdomen. Individ: Värdering utifrån den enskilda individens situation
3.2.1.4. Vad är viktigast för att avgöra vad som är stor respektive liten svårighetsgrad?	Akut eller kronisk sjukdom	Kronisk sjukdom: Värdering av risken för framtida komplikationer. både på gruppnivå och på individnivå
		Akut sjukdom: värdering av den enskilde patientens medicinska tillstånd och upplevelse värderas.
	Personrelaterade faktorer	Annan bakomliggande eller samtidig sjukdom, ålder och patientens livssituationen
3.2.1.5. Vilka problem finns när man ska bedöma svårighetsgrad?	Individ- respektive grupperspektivet	Kroniska sjukdomar utan aktuella besvär
	Andra skäl än sjukdom eller skada	T.ex. för intyg, svårighetsgrad inte relevant
	Vad ska man jämföra med?	Relationen till övriga patienter, jämför med en mycket svårt sjuk

3.2.2. Nytta

3.2.2.1. Vilken innebörd lägger personalen i ordet nytta?	Förenklad innebörd eller komplex innebörd	Förenklad: Nyttan relateras till en åtgärd, ”mottagningsbesök” Komplex: Nyttan bedöms i relation till flera olika flera olika aspekter: Om patienten blev nöjd, blev lugnad, blev fysiskt bättre eller om han eller hon blev frisk.
3.2.2.2. Vilka aspekter vägs in i bedömningen av nytta?	Det medicinska perspektivet och det patientupplevda perspektivet	Medicinskt: ”Objektiv” värdering av symptom, risk mm Patientupplevt: Värdering av patientens upplevda oro och individuella upplevelse av sina besvär Kombinerades men i olika grad: - Båda lika viktiga - Medicinska svårighetsgraden viktigast - Patientupplevelsen störst betydelse
3.2.2.3. Sker värderingen för grupp eller individ?	Både grupp- och individperspektiv	Grupp: Värdering utifrån kunskap om förväntad nytta för patienter med den aktuella sjukdomen. Individ: Värdering utifrån den enskilda individen, lätt iakttagbara effekter av åtgärder
3.2.2.4. Vad är viktigast för att avgöra vad som är stor respektive liten nytta?	Det medicinska och det patientupplevda perspektivet	I det patientupplevda perspektivet fick patientnöjdhet stor betydelse
	Personrelaterade faktorer	Huruvida personalen kände patienten påverkade nyttan Om patienten förstår och tar till sig budskapet
	Slumpen	Ibland oväntad nytta, som man inte kunnat förutse
2.5. Vilka problem finns när man ska bedöma nytta?	Grupp- och individperspektivet	Nyttan för individen av en preventiv åtgärd
	Vet inte säkert vad man jämför med.	Relationen till övriga patienter spelar roll. Jämför man livshotande tillstånd eller ”vardagspatienter”?
	Språksvårigheter och kulturskillnader	
	Olika bedömning av nyttan olika för samma typ av åtgärd av olika vårdgivare	”Prästrollen”, dvs att lyssna och stödja patienter med oro och psykosociala problem värderades olika
	Svårt att värdera nyttan *korrekt*	Över- och undervärdering Undervärdering av egenvårdsråd eller Övervärdering av blodtrycksbehandling

3.2.3. Kostnadseffektivitet

3.2.3.1. Vilken innebörd lägger personalen i ordet kostnadseffektivitet?	Beskrivning av innebörden med frågor	För vem? Tröskel? Vad ska räknas in?
	Kostnader som bör räknas in	Sjukvårdskostnaderna, sjukskrivning, inkomstbortfall, produktionsbortfall
3.2.3.2. Vilka aspekter vägs in i bedömningen av kostnadseffektivitet?	Faktiska kostnader och ”alternativkostnader”	Faktiska kostnader: sjukskrivning, inkomst- och produktionsbortfall Alternativkostnader: vad det skulle kunna kosta om en viss åtgärd inte hade utförts, eller om den utförts på en annan vårdnivå
	Vilka kostnader ska räknas in?	Patientens och/eller sjukvårdens? Primärvårdens och/eller sjukhusen? Landstingets och/eller kommunen? Besparing hos en kan ge ökad kostnad hos någon annan
3.2.3.3. Sker värderingen för grupp eller individ?	Både grupp- och individperspektiv	Preventiva åtgärder Kroniska sjukdomar, numbers needed to treat Diagnostiska åtgärder Beror på vad råd leder till Tydlig eller lätt observerbar effekt Arbetsförmåga - pensionärer
3.2.3.4. Vad är det som avgör vad som är hög eller låg kostnadseffektivitet?	Vårdnivå och ”alternativkostnader”	Kostnadseffektiviteten för samma åtgärd kan skilja beroende på vårdnivå En kostnad just nu kan ”betala sig” senare
	Organisation	Struktur/systematik i arbetet Tillgänglighet
3.2.3.5. Vilka problem finns när man ska bedöma kostnadseffektivitet?	Svårt begrepp	Hann inte tänka igenom
	Värdeladdat	Vill inte tänka på pengar

3.2.4. Sammanfattande prioriteringsbedömning

3.2 4.1. Sammanvägning av svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet vid prioritering	Balans	Belyser olika aspekter av vården
3.2 4.2. Hur vägs de tre faktorerna mot varandra?	Olika uppfattning om vad som var viktigast	- Svårighetsgraden - Nyttan - Svårighetsgraden och nyttan - Kostnadseffektivitet - Nytta och kostnadseffektivitet
	Minst betydelse	Kostnadseffektivitet
3.2 4.3. Hur kom man fram till den sammanfattande prioriteringsbedömningen?	Antingen den prioritering man verkligen gjort eller den prioritering det borde varit	
	Förenklat eller komplext tillvägagångssätt	Förenklat: - Allmän känsla - Grad av brådska - Vissa åtgärder alltid hög prioritering (läkarbesök) eller låg (egenvårdsråd) - Vissa patientgrupper alltid högt prioriterade (dementa, hemsjukvårdspatienter och palliativa patienter)
		Komplext: Väga samman de tre faktorerna Lägga till något ytterliggare
3.2 4.4. Vilka andra aspekter påverkar prioriteringsbedömningen?	Personrelaterade faktorer	Om patienten var känd Lättare Risk att missa Risk att ”tvingas”
	Faktorer som man bör ta hänsyn till	Kommunikationssvårigheter, språksvårigheter Hela patientens sammanhang
	Faktorer som man tvingas beakta	Krav och hot från patent Krav från samhället och ledningen Vårdgivarens situation Organisationen
3.2 4.5. Vilka problem finns vid den sammanvägda prioriteringsbedömningen?	Patientperspektivet	Kan tappas bort
	Vilken skala?	Primärvårdspatienter jämfört med sjukhuspatienter
	Förstår inte vad som ska prioriteras	Vid förenkling, läkarna tror att prioritering är sköterskornas uppgift

3.2.5. Personalens värdering av mallen för prioriteringar

3.2.5.1. Nyttan av att använda mallen	Både ja- och nejsvar	Ändrat sitt sätt att tänka, tänker mer systematiskt Börjat tänka mer på nytta och kostnadseffektivitet
3.2.5.2. Fortsatt utveckling av en prioriteringsmodell	Skilj på	Det medicinska och det patientupplevda perspektivet Grupp- och individperspektiven
	Lägg till	Tidsaspekt Vårdnivå
	Behov finns av	Gemensamma riktlinjer Att riktlinjer blir kända för alla
	Praktiska svårigheter	Svårt för personalen att helt säga nej till någon patientgrupp
		Patienter kommer ändå
	Behövs inte	Alla behöver komma

CMT RAPPORTSERIE/CMT DISCUSSION PAPERS

(Reports with titles in English in brackets are only available in Swedish)

1986:1 P Carlsson, B Jönsson: Makroekonomisk utvärdering av medicinsk teknologi - En studie av introduktionen av cimetidin för behandling av magsår (Medical technology assessment in a macroeconomic perspective - A study of the introduction of cimetidine for treatment of ulcers)

1986:2 L-Å Levin: Betablockerare som profylaktisk behandling efter akut hjärtinfarkt - en samhällsekonomisk analys (Beta-blockers as prophylaxis after acute myocardial infarction - a cost-effectiveness study)

1986:3 B Jönsson: Prevention som medicinsk teknologi - hälsoekonomiska aspekter (Prevention as a medical technology - economic aspects)

1986:4 B Jönsson: Economic aspects of health care provision - is there a current crisis?

1986:5 B Jönsson: The economics of drug regulation

1986:6 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av alternativa teknologier för behandling av urinvägskonkrement - uppläggning av studien (Evaluation of alternative technologies for treatment of upper urinary tract calculi - study design)

1986:7 S Björk, A Bonair: Att mäta livskvalitet (Quality of life measurements)

1986:8 G Karlsson: Samhällsekonomisk utvärdering av käkbensförankrade broar - en förstudie (Economic evaluation of jaw-bone anchored bridges - a pilot study)

1986:9 Verksamhetsberättelse 1985/86 och plan för 1986/87

1986:10 P Carlsson, H-G Tiselius: Utvärdering av stötvågsbehandling av njursten - Redovisning av ett års verksamhet (Evaluation of extracorporeal shockwave lithotripsy treatment for upper urinary tract calculi - The first year experiences)

1986:11 B Jönsson: Health Economics in the Nordic Countries: Prospects for the Future

1986:12 B Jönsson: Cost Benefit Analysis of Hepatitis-B Vaccination

1987:1 P Carlsson, B Jönsson: Assessment of Extracorporeal Lithotripsy in Sweden

1987:2 P Carlsson, H Hjertberg, B Jönsson, E Varenhorst: The cost of prostatic cancer in a defined population

1987:3 B Jönsson, S Björk, S Hofvendahl, J-E Levin: Quality of Life in Angina Pectoris. A Swedish Randomized Cross-Over Comparison between Transiderm-Nitro and Long-acting Oral Nitrates

1987:4 Verksamhetsredovisning 1986/87 och plan för 1987/88

1987:5 B Jönsson: Ekonomiska konsekvenser av de nya behandlingsriktlinjerna för hypertoni (Economic consequences of new guidelines of hypertension

1987:6 B Jönsson, G Karlsson: Cost-Benefit of Anesthesia and Intensive Care

1987:7 J Persson, L Borgquist & C Debourg: Medicinsk teknik i primärvården. En enkätstudie riktad till vårdcentraler och medicintekniska avdelningar (Medical devices in primary health care)

1988:1 J Persson (ed.): Innovation assessment in rehabilitation. Workshop proceedings

1988:2 C Debourg, L Borgquist & J Persson: Fördelning av hjälpmedel och kostnad på sjukdomsgrupp (Aids for disabled and costs related to groups of diagnoses)

1988:3 BJönsson, G Karlsson & R Maller: Ekonomisk utvärdering av antibiotika (Economic evaluation of antibiotics)

1988:4 Carlsson, P: Stötvågsbehandling av gallsten (ESVL-G) En konsekvensanalys av att införa ESVL-G i den sydöstra sjukvårdsregionen (Extracorporeal shock Wave lithotripsy treatment of biliary stones - A consequence analysis of an introduction of the technology in the south-east health care region)

1988:5 Carlsson, P: Extrakorporal stötvågslitotripsi vid behandling av njursten och gallsten (Extracorporeal shock wave lithotripsy in treatment of renal and biliary stones)

1988:6 Andersson, F & Gerdtham, U: En studie av sjukvårds- utgifternas bestämningsfaktorer i ett internationellt och nationellt perspektiv (A Study of the Determinants of Health Expenditures in a National and International Perspective)

1988:7 Bonair, A: Spridning av medicinsk teknologi - en internationell jämförelse (Diffusion of medical technology - an international comparison)

1988:8 Andersson, F, Brodin, H & Stalfelt A-M: Kostnader för behandling av akut myeloisk leukemi - En analys av kostnadsvariationer över tiden (The Cost of Treating Acute Myeloid Leukemia - An Intertemporal Cost Analysis)

1988:9 Gerdtham, U, Andersson, F, Sögaard, J & Jönsson, B: Econometric analysis of health care expenditures A cross-section study of the OECD-countries

1989:1 Persson J: Ethical codes in biomedical and clinical engineering - an international comparison

1989:2 Gerdtham U: Läkemedelsförsörjningen i Sverige (The Provision of Pharmaceuticals in Sweden)

1989:3 Andersson, F: Effektiv patenttid för nya läkemedelssubstanser registrerade i Sverige 1965-1987 (Effective Patent Life of New Chemical Entities Approved in Sweden between 1965 and 1987

1989:4 Rehnberg, C, Westerberg, I & Carlsson, P: Hälso- och sjukvård i Kanada. En analys av organisation, styrning och finansiering (Health care in Canada - Organisation, Management and Financing)

1989:5 Carlsson, P, Pedersen, K, Varenhorst, E: Ekonomisk utvärdering av prostatacancerscreening med dubbelpalpation - En pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping (Economic evaluation of screening for prostate cancer with digital palpation)

1989:6 Falk, J, Haglund, J, Hultberg, T & Persson, J: Blodtrycksmätning i primärvården (Indirect measurement of blood pressure in primary health care)

1989:7 Jönsson, B & Karlsson, G: Neonatal intensivvård av barn med mycket låg födelsevikt (Economic aspects of neonatal intensive care of very-low-birth-weight infants)

1989:8 Jönsson, B, Horisberger B, Bruguera, M & Matter:L: Cost-benefit analysis of hepatit-B vaccination. A Computerised decision model for Spain

1989:9 Jönsson, B: Medicinsk teknologi - utveckling, utnyttjande och utvärdering (Medical technology - development, utilization and assessment)

1990:1 Johannesson, M, Borgquist, L, Elenstål, A, Jönsson, B, Tilling, B: Läkemedels- och konsultationskostnad för hypertoni vid en vårdcentral (Hypertension treatment in an out-patient setting: the costs of drugs and physician visits)

1990:2 Johannesson, M, Jönsson, B, & Gerdtham, U-G: Kostnads-effektanalys av behandling mot högt blodtryck - en metodstudie (Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues)

1990:3 Gerdtham, U-G: Den förändrade åldersstrukturens effekt på sjukvårdskostnaderna (Implications of the changing age structure on the health care costs)

1990:4 Jönsson, B: The cost of diabetes and the cost-effectiveness of interventions

1990:5 Johannesson, M & Jönsson, B: Cost-effectiveness analysis of hypertension treatment - methodological issues

1990:6 Persson, J, Fagnani, F, Hutton, J, Jorgensen, T & Saranummi, N: Survey of Health Care Systems and Potential of Information Technology

1990:7 Johannesson, M, Borgquist, L, Jönsson, B & Råstam, L: Kostnaderna för behandling av hypertoni i Sverige - en analys av olika interventionsgränser och behandlingsmix (The costs of hypertension treatment in Sweden - an analysis of various intervention strategies and mix of treatment)

1990:8 Jönsson, B, Brorsson, B, Carlsson, P & Karlsson, G: Assisterad befruktning vid ofrivillig barnlöshet. Hälsoekonomiska aspekter. (Artificial fertilization in case of unwanted childlessness - economic aspects)

1991:1 Ekberg, K, Lindén, M & Persson, J: Medicinsk teknik och arbetsmiljö. Del I: Effekter på hälsa, vårdkvalitet och säkerhet. Del II: Klinikvis redovisning. (Medical technique and working environment Part I: Effect on health, quality of care and security. Part II: A record of performance on clinic level)

1991:2 Garpenby, P: Ny organisation för psykiatrin i Östergötland - en studie av implementering inom ett landsting. (A new organization of psyciatric care in Östergötland - a study of implementation in a County Council)

1991:3 Johannesson, M, Hedbrant, J & Jönsson, B: A computer simulation model for cost-effectiveness analysis of cardiovascular disease prevention

1991:4 Nordenfelt, L: Quality of Life and Health Promotion. Two Essays in the Theory of Health Care

1991:5 Carlsson, P, Garpenby, P, Bonair, A: Kan sjukvården styras? En rapport om spridning och kontroll av medicinsk teknologi. (Is control of health care possible? A report on the diffusion and control of medical technology.)

1991:6 Brodin, H: Köer till vård - Myt och verklighet.
(Queues in health care - myth and reality)

1991:7 Carlsson, P, Tiselius, H-G, Borch, K: Some aspects of extracorporeal shock wave lithotripsy for renal and biliary stone treatment

1991:8 Rehnberg, C: Primärvård i privat entreprenad - En sammanfattning av ett års verksamhet i Norrköping. (Primary Care on contract - a summary of the first year in Norrköping)

1992:1 Carlsson, P, Jönsson, B, Ahlstrand, C: Prevalence and costs of benign prostatic hyperplasia in Sweden

1992:2 Persson, J (ed.): Advancing the role of biomedical engineering in health care technology assessment. Proceedings of a joint session organized by IFMBE (International Federation for Medical and Biological Engineering) and ISTAHC (International Society of Technology Assessment in Health Care), at the ISTAHC Eighth Annual Meeting, Vancouver, June 14-20, 1992

1992:3 Jonsson, D, Zethraeus, N, Mansfield, M, Wålinder, J: Hälsoekonomisk analys av klozapinbehandling vid farmakoterapifraktär scizofreni - en pilotstudie

1992:4 Bonair, A, Persson J: Innovation and technology transfer in health care. COMETT-ASSESS General Overview

1992:5 Carlsson, P, Varenhorst, E, Pedersen, K: Assessment of screening for carcinoma of the prostate - An introduction

1992:6 Carlsson, P, Ahlstrand, C, Jönsson, B. Surgical treatment of benign prostatic hyperplasia - Manifestations, complications and costs

1992:7 Chowdhury, S, Persson, J. Videophones for Surgeon - Pathologist Consultations: A Pre-implementation Study

1993:1 Johannesson M, Jönsson B. Ekonomisk utvärdering av osteoporos prevention

1993:2 Carlsson P, Hedbrant J, Pedersen K, Varenhorst E, Gray D. An evaluation of prostate cancer screening using a decision analytic model

1993:3 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier - effekter och kostnader. En utvärdering initierad av REDAH-projektet

1993:4 Karlsson G. Att mäta behandlingsresultat inom sjukvården. En teoretisk jämförelse mellan QALYs och HYEs. Arbetsrapport

1994:1 Garpenby P. Introduktion av metoder inom psykiatrin i Blekinge, Västmanland och Östergötland - en jämförande studie

1994:2 Garpenby P, Carlsson P. Utvärdering och förslag till organisation av nationella register för kvalitetskontroll inom hälso- och sjukvården

1994:3 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. En jämförelse av två behandlingsstrategier - kiropraktik och sjukgymnastik - vid rygg/nackbesvär

1994:4 Lindvall P, Karlsson G. Primärvård under kommunalt huvudmannaskap. En första bild av försöksverksamheten i Katrineholms kommun

1994:5 Rahmqvist M, Carlsson P. Ålder och andra faktorers betydelse för ohälsa och vårdutnyttjande

1994:6 Karlsson G, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande 1990-1992

1995:1 Lundh U. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård

1995:2 Hass U, Karlsson G. Sambandet mellan kostnader för hjälpmedel och andra insatser för personer med funktionsnedsättningar

1995:3 Lindvall P, Karlsson G, Rosén I. Primärvårdsförsöket i Katrineholm. En lägesbild av verksamheten utifrån ett personalperspektiv

1995:4 Andersson A, Brodin H. Rehabilitering/habilitering av döva och dövblinda med ytterligare funktionsnedsättningar - en ekonomisk pilotstudie

1995:5 Karlsson G, Andersson A. Hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning - en hälsoekonomisk analys

1995:6 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Brukarinflytande och hjälpmedelsval - betydelse för hjälpmedelsförskrivning, livskvalitet och kostnader

1995:7 Karlsson G, Lindvall P, Rosen I. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa utifrån ett befolkningsperspektiv

1995:8 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering för personer sjukskrivna mer än 30 dagar. En jämförande studie i Östergötland

1995:9 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på reumatisk sjukdom

1995:10 Holmberg H, Carlsson P. Primärvård i privat och offentlig regi - En uppföljning av primärvårdsverksamheten i Norrköping

1995:11 Bäckman K, Jonsson D. Utvärdering av den särskilda ersättningen för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården (Dagmar 485) i Östergötland åren 1991-1994

1995:12 Skargren E, Carlsson P, Gade M, Rosenbaum A, Tropp H, Öberg B, Ödman UM. Kostnads- och effektanalys av behandling med kiropraktik eller sjukgymnastik vid rygg-/nackbesvär - Uppföljning efter 6 månader

1996:1 Varenhorst E, Carlsson P, Hagström I, Holmberg H, Lindahl T, Löfman O, Noorlind Brage H, Pedersen K, Wågermark J. Sex års erfarenhet med screening för prostatacancer - en pilotstudie på vårdcentraler i Norrköping

1996:2 Ardeby O, Persson J, Borgquist L. Medicinsk teknik i primärvården - utveckling 1986-1995

1996:3 Rahmqvist M, Bäckman K. Landstingsenkät -95. Östgötarnas erfarenheter av primärvård, sjukhusvård och tandvård

1996:4 Garpenby P. Att omsätta psykiatrireformen i handling - en första redovisning från Östergötland

1996:5 Konsensusuttalande. God strokevård i Östergötland. Landstinget i Östergötland i samarbete med Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi

1996:6 Hass U, Jonsson D. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1994 (LSS 1992/93)

1996:7 Garpenby P, Carlsson P. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården - en uppföljande studie

1996:8 Lindvall P. Introduktion av nya teknologier vid behandling av schizofreni under perioden 1935 - 1990

1996:9 Bäckman K, Brodin H. Äldres färdtjänstutnyttjande - bakgrundsfaktorer med exempel från Norrköping

1996:10 Rahmqvist M, Bäckman K. Östgötarnas hälsa, levnadsvanor och läkemedelsförbrukning

1996:11 Ardeby O, Ausmeel H, Persson J. Internet som verktyg för hälso- och sjukvården - handledning och exempel

1996:12 Persson J, Brodin H. Prototype tool for assistive technology cost and utility evaluation

1996:13 Holmberg H, Carlsson P, Varenhorst E, Kalman D. Ekonomiska konsekvenser av nya medicinska metoder i vården av prostatacancer. - En beräkning av sjukvårdskostnader under hela vårdperioden

1997:1 Jonsson D, Husberg M. Utvärdering av olika vårdalternativ inom mödrahälsovården i Östergötland - Kostnader, vårdkonsumtion och vårdkvalitet

1997:2 Jonsson D, Husberg M. Uppföljning av kostnaderna för lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade under 1995 (LSS 1992/93)

1997:3 Rahmqvist M, Garpenby P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Vårdutnyttjande, vårdkvalitet och hälsa - en jämförelse mellan 1993 och 1996

1997:4 Larsson SA, Garpenby P, Lindvall P. Kommunal primärvård i Katrineholm. Perspektiv på utveckling och samverkan

1997:5 Garpenby P, Lindvall P. Primärvård under kommunalt huvudmannaskap. CMTs analys av försöket i Katrineholm

1997:6 Jonsson D, Rahmqvist M, Husberg M. Psykiska besvär bland långtidssjukskrivna i Östergötland

1997:7 Lindvall P. Interna budgetöverenskommelser vid Lasarettet i Motala - Rationell styrning eller mode?

1997:8 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska aspekter på användning av neuroleptika

1997:9 Rahmqvist M, Jonsson D. Psykisk ohälsa och vårdutnyttjande i Östergötland 1991 - 1995

1998:1 Lundh U, Sandberg J. De äldre östgötarnas levnadsförhållanden, hälsa och erfarenheter av hälso- och sjukvård

1998:2 Hass U, Persson J, Brodin H, Andersson A. Utvärdering av datorbaserade hjälpmedelsteknologier. En utvärdering initierad av REDAH-projektet. Slutrapport mars 1998

1998:3 Byrsjö J, Persson J. Information för hälso- och sjukvården vid Internet och CD-ROM - en annoterad förteckning

1998:4 Andersson A, Levin L-Å. Sjukvård i hemmet - en litteraturgenomgång

1998:5 Sennfält K. Kostnadsnyttoanalys av behandlingar vid kronisk njursvikt. En pilotstudie

1998:6 Vimarlund V, Timpka T, Ferraz Nunez J, Jonsson, D. Utvärdering av yrkesrehabilitering

1998:7 Jonsson D, Husberg M, Foldemo A. Hälsoekonomisk utvärdering av psykiatrireformen i Östergötland

1998:8 Garpenby P, Larsson SA. Att genomföra psykiatrireformen i vardagen - en uppföljande studie från Östergötland

1998:9 Garpenby P, Byrsjö J. Den medicinska faktadatabasen MARS inom Socialstyrelsen - en utvärdering

1998:10 Ceder M, Garpenby P. Patientinformation avseende bröstcancer och diabetes - en utvärdering

1998:11 Öberg B, Funkesson K. En beskrivning av rehabiliteringskedjan mellan kommun och landsting i Östergötland. Patienters, anhörigas och personalens perspektiv

1998:12 Löfström L. Riskfaktorer och Resultat inom Hjärtkirurgin - från data till information och åtgärder. En introduktion till litteratur och metoder

1999:1 Rahmqvist M, Johansson G. Patienttillfredsställelse i öppen och sluten sjukhusvård i Östergötland 1997

1999:2 Hass U, Persson J. Utvärdering av ortoser och ortopedteknisk verksamhet

1999:3 Garpenby P, Larsson SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatrin – en lägesrapport från Östergötland

1999:4 Jonsson D, Husberg M. Hälsoekonomisk utvärdering av Rehabhuset von Platen – EU-projekt: Socialfond mål 3

1999:5 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar

1999:6 Garpenby P, Larsson SA. Hälsoinformation via Internet, bibliotek och patientinformationscentraler – en systematisk litteraturgranskning

1999:7 Sennfält K, Carlsson P, Magnusson M. Kostnadsnyttoanalys vid behandling av kronisk njursvikt, med fokus på hämodialys och peritonealdialys

1999:8 Rahmqvist M, Lindgren I, Larsson S. Hörselstudien 1998: Nytta av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland

2000:1 Larsson SA, Schmidt A, Persson J. Dövblindas upplevelser och erfarenheter av projektet ”Nya möjligheter i arbetslivet”. Delprojekt för dövblinda inom EU-projektet Horizon

2000:2 Bäckman K, Schmidt A, Carlsson P, Karlsson E. Hjärtsjukdomars samhällskostnader

2000:3 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation idag och i morgon. Östgötarnas användning av och förtroende för olika informationskällor

2000:4 Jonsson D, Husberg M. Samhällsekonomiska kostnader för reumatoid artrit och fibromyalgi

2000:5 Larsson SA, Jonsson D. Utvärdering av Dagmarmedel i Östergötland 1995-1999

2001:1 Lundh U. Äldres hälsa. En studie av befolkningen i Östergötland och Kalmar län

2001:2 Hellbom G, Samuelsson K, Jonsson D, Persson J. Instrument för resultatmätning vid hjälpmedelsbaserad rehabilitering

2001:3 Bäckman K, Carlsson P, Karlsson E, Schmidt A. Cost of heart disease in Sweden

2002:1 Henriksson M, Carlsson P. Att mäta hälsorelaterad livskvalitet – en beskrivning av instrumentet EQ-5D

2002:2 Götherström U-C, Persson J, Jonsson Dick. Samhällsekonomisk utvärdering av post- och teletjänster för funktionshindrade – modellutveckling och tillämpning

2002:3 Rahmqvist M. Nytta av hörapparat och erfarenheter av hörselvården i Östergötland

2002:4 Husberg M, Larsson SA, Jonsson D, Persson J. Hälsoekonomisk utvärdering av rehabilitering vid Smärt- och Rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset i Linköping

2003:1 Roback K, Persson J, Hass U. Spridning och implementering av medicintekniska produkter. Bakgrundsrapport

2003:2 Liss P-E. Metoder för bedömning och rangordning av vårdbehov – En översikt

2003:3 Götherström U-C, Persson J. Instrumentet IPPA för resultatmätning vid arbetslivsinriktad rehabilitering

2003:4 Bernfort L, Nordfeldt S. AD/HD och relaterade tillstånd hos barn och ungdomar. Epidemiologi, behandling och hälsoeffekter i Sverige, Norge och Danmark samt situationen i Östergötland

2003:5 Schmidt A, Husberg M, Bernfort L. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar

2003:6 Henriksson M, Carlsson P. Att läsa och kvalitetsgranska hälsoekonomiska modellstudier

2003:7 Garpenby P, Götherström U-C, Larsson, SA. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatrin i Östergötland

2004:1 Andersson A, Carlsson P, Lundborg M, Gunnarson A. Ohälsans kostnader. Kartläggning av vårdutnyttjande för olika sjukdomsgrupper i Östergötland

2004:2 Bernfort L, Persson J. Bredbandstjänster för funktionshindrade - utvärdering av brukarnyttan

2004:3 Rahmqvist M. Kvalitet i vården ur patientens perspektiv: Variationer i betyg mellan olika patientgrupper och vårdenheter

2004:4 Henriksson M, Lundgren F. Screening för pulsåderbråck i buken - en hälsoekonomisk utvärdering

2005:1 Bernfort L, Persson J. Mobil videokommunikation för döva. Utvärdering av brukarnyttan

2005:2 Garpenby P, Husberg M. Hälsoinformation i vår tid. Östgötarnas användning av nya och gamla informationskällor

2005:3 Bernfort L, Nordfeldt S. AD / HD i ett samhällsekonomiskt perspektiv

2005:4 Bernfort L, Fernell E. Hur påverkas vardagslivet av ADHD och närliggande funktionsnedsättningar? Analys och sammanfattning av en enkätstudie riktad till riksförbundet Attentions medlemmar

2006:1 Bartha E, Kalman S, Carlsson P. Postoperativ smärtlindring - till vilket pris? En hälsoekonomisk modellanalys av två smärtlindringsmetoder

2006:2 Nordfeldt S, Arvidsson E, Bernfort L. Sjukvårdens och skolans insatser för barn med AD/HD - föräldrars erfarenheter. En intervjustudie

2006:3 Mårtensson J, Carlsson P, Arvidsson E, Frank L, Lindström K, Borgquist L. Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar - En intervjustudie med personal i primärvården

2006:4 Garpenby P. Procedurrättvisa och praktisk prioritering - tre fall från svensk hälso- och sjukvård

2006:5 Davidson T, Levin L-Å. Kostnaden för förmaksflimmer i Östergötland

2006:6 Bistoletti P, Sennfält K. En hälsoekonomisk modellstudie av primärscreening mot livmoderhalscancer med cellprov- och HPV DNA test

2007:1 Garpenby P. Inställningen till vårdprogram bland personal inom barn- och ungdomspsykiatrin i Östergötland - en kompletterande intervjustudie

2007:2 Jacobsson F. Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård

2007:3 Persson J, Husberg M, Hellbom G, Fries A. Kostnader och effekter vid förskrivning av rollatorer

2007:4 Rahmqvist M. Befolkningens hälsa och samhällets kostnader för vård och produktionsbortfall - Resultat från ULF-studien 1996 och 2005

2007:5 Tinghög G, Carlsson P, Synnerstad I, Rosdahl I. Samhällskostnader för hudcancer samt en jämförelse med kostnaderna för vägtrafikolyckor

2007:6 Arvidsson E, André M, Borgquist L, Carlsson P, Lindström K. Så resonerar läkare och sjuksköterskor vid prioriteringar av patienter i primärvård

Rapporterna kan beställas från CMT till en kostnad av 150 kronor exklusive moms. Kontakta vår administratör på tel: 013–22 49 90. Vid beställningar av mer än 10 ex ges rabatt.