

Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård

***Per Carlsson, Christina Kärvinge, Mari Broqvist, Kristina Eklund,
Bo Hallin, Catrine Jacobsson, Gunilla Jacobsson Ekman, Christina
Källgren Peterson, Marion Lindh, Britt Nordlander, Per Rosén,
Urban Sjöblom, Anna Sohlberg***

Prioriteringscentrum 2007:1

ISSN 1650-8475

FÖRORD

Större öppenhet vid prioriteringar var en ledstjärna för riksdagen när den fattade beslut om de prioriteringsprinciper, en etisk plattform, som gäller för hälso- och sjukvården sedan 1997. Hur dessa intentioner ska realiseras i praktiken har debatterats sedan dess. Begränsade försök att bli mer öppen med prioriteringarna har genomförts men i praktiken görs prioriteringar i sjukvården fortfarande nästan alltid dolt. Det har visat sig att kunskapen om den etiska plattformen är begränsad och att den kan upplevas svår att tolka och att omsätta i praktiska beslut. Erfarenheter visar att det finns behov av metoder/modeller som stöd vid prioriteringar. Enbart riksdagens riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården har visat sig inte ge ett tillräckligt stöd i det avseendet.

Sedan några år pågår det flera aktiviteter i landet som just syftar till att ta fram beslutsstöd för prioriteringar genom att rangordna vård. Rangordningen sker oftast genom att man upprättar en lista över alternativen. Den typ av prioritering som huvudsakligen görs *inom* en sjukdomsgrupp, en klinik eller yrkesgrupp brukar kallas *vertikal prioritering*. Syftet med att utarbeta sådana vertikala prioriteringar inom hälso- och sjukvården i form av rangordningar kan variera. Ett syfte är att ge stöd och vägledning för kliniskt vårdarbete och för att bättre förstå resonemanget bakom de prioriteringar som görs.

Eftersom arbetet med öppna prioriteringar på det hela taget är något nytt har det inte heller funnits någon etablerad metod för detta, istället har olika aktörer valt olika arbetssätt. Det skapar svårigheter att göra jämförelser och utnyttja material som andra tagit fram. Initiativet till att utarbeta en nationell arbetsmodell har tagits gemensamt av Socialstyrelsen och PrioriteringsCentrum. I samarbete med andra organisationer som arbetat med vertikala prioriteringar har ett förslag utarbetats som förankrats hos representanter från regioner/landsting och flera yrkesorganisationer. Arbetet med framtagning av detta förslag har präglats av ett mycket gott samarbete med alla medverkande. Vi vill tacka alla medverkande för era insatser och ser med stort intresse fram mot få ta del av hur arbetsmodellen fungerar i praktiskt prioriteringsarbete.

Vi vill också tacka Katrin Lindroth för hennes redaktionella arbete med rapporten.

Per Carlsson
PrioriteringsCentrum

Christina Kärvinge
Socialstyrelsen

SAMMANFATTNING

En arbetsgrupp med personer från Socialstyrelsen och PrioriteringsCentrum, andra organisationer som arbetat med vertikala prioriteringar såsom Landstinget i Östergötland, Stockholms läns landsting, Västra Götaland, Södra sjukvårdsregionen, Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet har tagit fram detta förslag. Förslaget har fortlöpande förankrats hos Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund som kunnat lämna synpunkter på utformningen av modellen. Dessutom har rapporten varit föremål för granskning och diskussion vid ett möte med inbjudna representanter från övriga landsting, Läkemedelsförmånsnämnden och flera yrkesorganisationer. Synpunkter har också inkommit från ett seminarium som arrangerades av PrioNet, ett nätverk av personer med intresse för prioriteringar.

Den arbetsmodell som beskrivs i kapitel 4 ska kunna användas i alla sammanhang där vertikala prioriteringar sker såsom aktiviteter som arrangeras av staten, landsting, kommuner, kliniker, professionella grupper eller motsvarande.

Rapporten är skriven på ett sådant sätt att den ska kunna användas i första hand som ett stöd till dem som bedriver utvecklingsarbete rörande prioriteringar. Vi tror att innehållet måste anpassas till olika verksamheter eller personalgruppers specifika behov med hjälp av kompletterande exempel och vissa förenklingar. Texten måste givetvis också anpassas till de kunskaper och tidigare erfarenheter som den aktuella målgruppen har när det gäller arbete med öppna prioriteringar. Sådana situations- och verksamhetsanpassade versioner måste det åligga varje sjukvårdshuvudman och andra berörda organisationer att utarbeta. PrioriteringsCentrum, Socialstyrelsen och andra parter som deltagit aktivt i detta arbete kan givetvis vara behjälpliga i arbetet med att bearbeta denna rapport för olika målgrupper.

Frågan om när och hur arbetet med vertikala prioriteringar ska bedrivas i praktiken kan också endast besvaras lokalt. Det är i första hand ett ansvar för huvudmännen att ta ansvar för implementeringen. Professionella organisationer har också en viktig roll. Myndigheter, universitet och kunskapscentra ska vara ett stöd till huvudmännen.

Utgångspunkten i modellutvecklingen är Riksdagens beslut om prioriteringar. När det finns oklarheter om hur dessa riktlinjer ska omsättas i praktiken eller att praktiken kan förefalla i konflikt med principerna har vi påpekat detta.

Våra slutsatser och förslag är följande:

- När man står inför ett val - oavsett om det handlar om att fördela nya resurser till olika ändamål eller att genomföra besparingar - kan det vara en fördel att kunna rangordna tänkbara valmöjligheter i en prioriteringsordning. I vår modell innebär prioritering enbart att de relevanta alternativen rangordnas. Konsekvenserna av denna rangordning är inte på förhand given utan kan ligga till grund såväl för tillskott av resurser som för ransonering av något slag.
- Vid en vertikal prioritering är det en fördel att organisera prioriteringsarbetet så att det utgår från en grov uppdelning i hälsoproblem/sjukdomsgrupper. En sådan uppdelning innebär i regel att flera organisationsenheter/kliniker, specialiteter eller yrkesgrupper berörs och man får en mer allsidig belysning av problemet. Dessutom utgår man från ett patient/befolkningsperspektiv vilket förefaller mer ändamålsenligt än ett organisatoriskt/personalperspektiv.
- Det som rangordnas och som någon väljer mellan benämner vi prioriteringsobjekt. Vi föreslår att prioriteringsobjektet utgörs av olika kombinationer av hälsotillstånd och åtgärder¹. När det gäller att bestämma en lämplig detaljeringsgrad måste det avgöras utifrån sammanhanget prioriteringar ska göras i. En utgångspunkt är att fokusera på typfall, vård som representerar stor volym och kontroversiell vård.
- Alla former av vertikala prioriteringar ska baseras på de etiska principer som riksdagen beslutat ska gälla vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården. De etiska principerna behöver dock göras kända, förtydligas och eventuellt kompletteras för att kunna omsättas i praktiska prioriteringar. Vidare anser vi att riksdagens fyra så kallade prioriteringsgrupper inte ska ingå i modellen.
- Människovärdesprincipen, som innebär att alla människor bör ha lika värde och samma rätt till vård oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället, är den självklara utgångspunkten vid prioriteringar. När personliga egenskaper såsom ålder, kön, livsstil eller funktion hos en grupp är ett uttryck för att speciella behov föreligger så att nytta med insatserna blir olika ska de personliga egenskaperna kunna beaktas i en prioritering på gruppnivå.

¹ I rapporten används termerna åtgärd, insats och program synonymt.

Frågan om hur externa effekter, d v s effekten av en insats för närstående och andra grupper än den individ som är direkt berörd av insatsen, ska värderas vid en prioritering behöver diskuteras ytterligare.

- Med behov av hälso- och sjukvård menas både tillståndets svårighetsgrad och den förväntade nyttan av en åtgärd. Som patient har man endast behov av sådana vårdåtgärder som man förväntas ha nytta av. Motsatt gäller att en människa enligt detta sätt att definiera behov inte behöver åtgärder som inte förbättrar hälsan och livskvaliteten, sådana som hon inte har nytta av. Här har givetvis hälso- och sjukvården ett ansvar att lotsa människor de kommer i kontakt med, och som far illa på något sätt, till andra lämpliga aktörer.
- Riksdagens riktlinjer, när det gäller kostnadseffektivitetsprincipen (tillämpad för enskilda patienter), är för begränsad för att vägleda vid vertikala prioriteringar som gäller prioritering på gruppnivå. Regeringen konstaterade redan i prioriteringspropositionen att det är angeläget att skilja på en kostnadseffektivitetsprincip som gäller val mellan olika åtgärder för den enskilde patienten (där principen kan tillämpas som utredningen föreslår) och på hälso- och sjukvårdens strävan efter en hög kostnadseffektivitet när det gäller vårdens verksamhet i allmänhet. Här stödjer vi oss på Riksdagens direktiv till Läkemedelsförmånsnämnden. Nämnden ska vid beslut om subvention (prioriteringar) av ett läkemedel bl a bedöma om det är kostnadseffektivt i ett samhälleligt perspektiv, vilket innebär att man ställer patientnyttan av läkemedlet mot kostnaden. I bedömningen ska kostnadseffektiviteten vägas samman med behovs- och solidaritetsprincipen och människovärdesprincipen.
- Den föreslagna arbetsmodellen överensstämmer i allt väsentligt med den arbetsmodell som används av Socialstyrelsens vid framtagning av nationella riktlinjer. Det är inte möjligt att rymma alla aspekter som kan vara aktuella att beakta vid beskrivning av en nationell arbetsmodell. Man måste därför utgå från modellen och fundera på vilka andra relevanta aspekter som dessutom bör vägas in. T ex kan den internationella klassifikationen för funktionsförmåga (ICF) användas som vägledning.
- På grund av den stora variationsrikedomen av effektmått i olika verksamheter och de begränsade erfarenheter som finns att arbeta med sådana explicita gränsvärden anser vi att det är för tidigt att rekommendera en enhetlig indelning i t ex risknivåer. Det är dock viktigt att de som arbetar med prioriteringar redovisar hur de har resonerat.

- SBU:s klassifikation för att gradera den vetenskapliga evidensen för en åtgärds effekt bör användas i första hand. Lokala prioriteringsprojekt med begränsade resurser till sitt förfogande föreslås redovisa bedömningen av det vetenskapliga underlaget med ord och referera till det kunskapsunderlag som använts. Evidensstyrkan bör endast uttryckas med siffror då man stöder en slutsats på en systematisk kunskapsöversikt från SBU eller en annan översikt av god kvalitet.
- Prioriteringsarbeten där hälsoekonomiska data finns tillgängliga bör tills vidare ansluta till Socialstyrelsens arbetssätt och ange kostnadseffektivitet i en skala från låg till mycket hög kostnad per vunnet levnadsår eller kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår. Den hälsoekonomiska evidensen bör redovisas i enlighet med de principer som Socialstyrelsen tillämpar. I lokala projekt med små resurser eller svårigheter att konsekvent få fram uppgifter om kostnadseffektivitet rekommenderar vi att man åtminstone resonerar om kostnadseffektivitet i de fall prioriteringsordningen på ett avgörande sätt påverkas när kostnaderna vägs in.
- Tio nivåer bör användas för rangordning samt att rangordningslistan kompletteras med en ”icke-göra-lista” för metoder som inte bör utföras alls eller rutinmässigt samt en FoU-lista för metoder där det fortfarande saknas tillräcklig evidens för att kunna motivera ett införande i rutinsjukvården. Sammanvägningen sker företrädesvis med en kvalitativ metod i avsaknad av en invändningsfri kvantitativ/matematisk metod. Likaså tror vi att det för närvarande inte är möjligt att fastställa entydiga kriterier som avgör inom vilken rangordningsnivå ett prioriteringsobjekt ska hamna.
- Resultatet bör presenteras i form av en rangordningslista. De parametrar som ligger till grund för prioriteringen bör också på ett enhetligt sätt redovisas i sådana rangordningslistor som visas för andra. I detalj kan språket och utseendet av pedagogiska skäl behöva anpassas för respektive målgrupp.
- Gränser för vad som är acceptabel behovstäckning (vårdkvalitet, mängd liksom andel av de i patientgrupp som får tillgång till insatsen) är en regional och lokal fråga och ingår därför inte i den nationella modellen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. ÖPPNA OCH SYSTEMATISKA PRIORITERINGAR.....	1
2. INITIATIV TILL EN NATIONELL MODELL.....	4
3. VAD MENAS MED EN MODELL FÖR VERTIKALA PRIORITERINGAR?	7
3.1 NÅGRA ALLMÄNNA UTGÅNGSPUNKTER FÖR ARBETSGRUPPEN.....	7
3.2 CENTRALA BEGREPP	7
4. FÖRSLAG TILL GEMENSAM ARBETSMODELL FÖR ÖPPNA VERTIKALA PRIORITERINGAR.....	10
4.1 INDELNING OCH AVGRÄNSNING AV DELOMRÅDEN FÖR PRIORITERINGEN....	10
4.2 VAD ÄR FÖREMÅL FÖR PRIORITERINGEN?	11
4.3 PRINCIPER SOM SKA LIGGA TILL GRUND FÖR PRIORITERINGAR	12
4.4 DEN ETISKA PLATTFORMEN	14
4.4.1 <i>Människovärdesprincipen</i>	14
4.4.2 <i>Behovs- och solidaritetsprincipen</i>	18
4.4.3 <i>Kostnadseffektivitetsprincipen</i>	19
4.4.4 <i>Hur omsätter vi principerna i praktiskt prioriteringsarbete?</i>	21
4.5 REKOMMENDERAD ARBETSGÅNG FÖR PRIORITERINGSARBETET.....	24
4.6 PRESENTATION AV RESULTATET	31
4.7 BEGRÄNSNINGAR	32
4.8 HUR KAN RESULTATET AV PRIORITERINGSARBETET ANVÄNDAS?	33
REFERENSER.....	35

1. ÖPPNA OCH SYSTEMATISKA PRIORITERINGAR

Så länge inte alla behov och önskemål om hälso- och sjukvård är tillfredställda tvingas man välja vilka behov man önskar tillfredställa i första hand. Det gäller den offentliga hälso- och sjukvården likväl som annan offentlig verksamhet. Den övergripande prioriteringen är hur mycket av våra samlade resurser som ska avsättas till det gemensamma, med krav på någon form av fördelningsprincip, och hur mycket som ska lämnas kvar till den enskilde att själv styra över och fördela till sina olika behov och önsknings. Nästa nivå är hur de gemensamma resurserna ska fördelas på olika gemensamma sektorer som skola, rättsväsende och hälso- och sjukvård.

Prioriteringar inom vården kan handla om hur nya resurser ska fördelas till olika angelägna ändamål på en övergripande nivå mellan behovsgrupper och/eller verksamheter, beslut om en ny behandlingsmetod som kräver nya resurser ska införas eller rangordning av patienter i en kö på en mottagning. Olika typer av val eller prioriteringar där man sätter något före något annat kan ske mer eller mindre öppet och systematiskt. Just ökad öppenhet vid prioriteringar var en ledstjärna för riksdagen när den fattade beslut om de prioriteringsprinciper som gäller för hälso- och sjukvården sedan 1997 (Socialutskottet 1996/97). Hur dessa intentioner ska realiseras i praktiken har debatterats sedan dess. Begränsade försök att bli mer öppen med prioriteringarna har genomförts men i praktiken görs prioriteringar i sjukvården fortfarande nästan alltid dolt.

Regeringen skriver i propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården: ”Det demokratiska samtalet och människors acceptans av nödvändiga prioriteringar förutsätter kunskaper om på vilka grunder prioriteringar görs, vilka möjligheter man som patient har att påverka dessa och vilka vägar man kan gå om man inte är nöjd med den gjorda prioriteringen. Hälso- och sjukvården har en skyldighet att utveckla metoder för att sådan information finns tillgänglig både för dem som är patienter idag och för dem som kan förväntas bli patienter i framtiden.” (Socialdepartementet 1996/97). Regeringen spådde vid denna tidpunkt att en högre grad av patientinflytande kommer att påverka såväl hälso- och sjukvårdspersonalens som organisationens arbetsformer. Patienterna kommer att vilja ha information och kunna lämna synpunkter på vårdens innehåll och utövande och dessa synpunkter måste följas upp i det vardagliga arbetet. Kunskap och information måste utvecklas och bli åtkomlig för en bredare allmänhet för att patienterna ska bli mer delaktiga i beslut som rör den egna vården och behandlingen. Cirka tio år senare tyder det mesta på att utvecklingen kommer att fortsätta att gå i denna riktning även om medborgare i allmänhet än så länge visat ett svalt intresse för att ta del i diskussioner om hälso- och sjukvård och prioriteringar.

Ett centralt motiv för regeringen att involvera medborgarna i prioriteringsprocessen är att val av olika slag som görs i hälso- och sjukvården alltid grundar sig på värderingar av något slag. När alla vårdbehov inte kan tillgodoses är det rimligt att en öppen diskussion förs som kan tydliggöra grunderna för prioriteringar. De värderingar som styr såväl tillgången till hälso- och sjukvård som de prioriteringar som sker måste i princip kunna delas av flertalet i befolkningen. Denna demokratiska förankring är viktig inte minst för att kunna vidmakthålla förtroendet för hälso- och sjukvården och viljan att solidariskt finansiera den offentliga vården. Det framgår vidare av propositionen att eftersom det inte finns några enkla lösningar på prioriteringsdilemman 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 vården.

Den utredning som låg till grund för riksdagsbeslutet konstaterade också att om överväganden och beslut kring prioriteringar ”utgår från en tydlig och allmänt accepterad etisk plattform kan det underlätta allmänhetens och sjukvårdspersonalens förståelse för de prioriteringar som måste göras och kan därmed bidra till att bevara förtroendet för den samhällsfinansierade sjukvården, även när resurserna inte räcker till för att tillgodose alla behov” (Socialdepartementet 1995). Det har emellertid visat sig att den etiska plattformen innehåller allmänna principer som upplevs svåra att tolka och att omsätta i praktiska beslut av dem som försökt använda den för öppna prioriteringar. Det har framkommit från många håll att det finns behov av metoder/modeller som stöd vid prioriteringar. Enbart riksdagens riktlinjer har visat sig inte ge ett tillräckligt stöd i det avseendet. Studier visar dessutom att kunskapen om riksdagens etiska plattform bland personal i hälso- och sjukvården är mycket begränsad (Broqvist 2006, Mårtensson och medarbetare 2006). Förutom metodutveckling är det viktigt att sprida kunskap i vården om existensen av prioriteringsprinciperna.

Sedan några år pågår det flera aktiviteter i landet som syftar till att ta fram beslutsstöd för prioriteringar genom att rangordna exempelvis hälsotillstånd och åtgärder. Rangordningen sker oftast genom att man upprättar en lista över relevanta kombinationer av hälsotillstånd och åtgärder. Den typ av prioritering som huvudsakligen görs *inom* en sjukdomsgrupp, en klinik eller yrkesgrupp brukar kallas *vertikal prioritering*. Syftet med att utarbeta sådana vertikala prioriteringar inom hälso- och sjukvården i form av rangordningar kan variera. Ett syfte är att ge stöd och vägledning för kliniskt vårdarbete och för att bättre förstå resonemanget bakom de prioriteringar som görs. Vi tror också att det fortsatta arbetet med att utarbeta nationella indikationer för den vård som ska omfattas av den generella vårdgarantin kan främjas av ett systematiskt arbetssätt som i allt väsentligt liknar arbetet med vertikala prioriteringar.

Vi ser inte att rangordning av indikationer och avgränsning av den vård som inte ska omfattas av vårdgarantin ska grundas på andra principer än de som ska gälla vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Diskussioner om detta har förts mellan personer som medverkat till framtagandet av denna rapport och företrädare för Vårdgarantiprojektet. Det finns en samsyn om att den Nationella modellen för vertikala prioriteringar ska användas som underlag för att definiera den vård som ska omfattas av vårdgarantin.

Horisontella prioriteringar å andra sidan brukar beteckna val *mellan* t ex sjukdomsgrupper, verksamhetsområden, vårdcentraler eller kliniker och involverar framförallt politiker. Gränsen mellan vertikala och horisontella prioriteringar är emellertid inte skarp. Politiska prioriteringar handlar i regel om resursfördelning till olika verksamhetsområden snarare än beslut om specifika insatser. I vissa situationer är dock även politiska prioriteringar detaljerade och rör specifika vårdinsatser. Det kan gälla när man vill tydliggöra gränsen för det offentliga åtagandet, som när politiker ger stöd till vårdverksamheten när det gäller att skärpa indikationer för olika behandlingar, eller att besluta om avgifter för vissa medicinska åtgärder. Politikerna är också involverade i detaljerade beslut som gäller införande av vissa nya metoder i vården t ex screeningprogram eller behandlingar som väcker ett medialt intresse. En grundtanke är att de politiska prioriteringsbesluten ska vara vägledande för den stora mängd prioriteringar som görs av vårdpersonalen.

Det förekommer en rad situationer när olika arbetsgrupper/sektioner/avdelningar utarbetat sina respektive rangordningslistor som sedan ska sammanföras till en gemensam rangordning. Detta innebär ju också ett moment av ”horisontella” avvägningar mellan olika patientgrupper/verksamhetsområden. Det visar att begreppen vertikal och horisontell prioritering inte alla gånger är entydiga.

2. INITIATIV TILL EN NATIONELL MODELL

Eftersom arbetet med öppna prioriteringar på det hela taget är något nytt har det inte heller funnits någon etablerad metod för detta, istället har olika aktörer valt lite olika arbetssätt. Det finns dock ett stort värde i att enas om en enhetlig arbetsmodell för vertikala prioriteringar i Sverige. En gemensam utgångspunkt är att uppnå en ökad öppenhet för prioriteringar. Det finns många motiv för detta. Ett är att försäkra sig om att bästa tillgängliga kunskap används vid de prioriteringar som alltid förekommer. Ett annat motiv är att skapa en gemensam referensram för svåra överväganden och att kunna kommunicera denna till andra. Det gäller för alla sammanhang där sådana prioriteringar sker såsom aktiviteter som arrangeras av staten, landsting, kliniker, professionella grupper eller motsvarande. Vissa erfarenheter från arbeten med vertikala prioriteringar finns både lokalt och nationellt inte minst inom Socialstyrelsen.

PrioriteringsCentrum har i projekt tillsammans med Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) (Broqvist 2006) respektive Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening (SSF) provat den arbetsmodell för prioriteringar som föreslås av Svenska Läkaresällskapet och som i allt väsentligt överensstämmer med den som tillämpats i Socialstyrelsens prioriteringsarbete. (Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet 2004, Jacobsson 2006)

I huvudsak har modellen funnits användbar och viktig som vägledning för hur riksdagens riktlinjer för prioriteringar ska användas i praktiken. I samband med dessa försök lyftes också viktiga utvecklingsbehov fram för att kunna skapa en modell med ett brett vårdperspektiv där många yrkesgrupper, både inom kommunal hälso- och sjukvård och landsting, kan delta. Vi har utgått från dessa erfarenheter och erfarenheter från de utvecklingsprojekt som pågått i några regioner och landsting i t ex Västra Götalandsregionen (Västra Götalandsregionen 2005) och Landstinget i Östergötland (Landstinget i Östergötland 2004) när vi utformat ett förslag till nationell arbetsmodell. Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer har spelat en särskilt stor roll vid utformning av nedanstående förslag.

Syftet med denna rapport har varit att utforma ett förslag till en nationell arbetsmodell för prioriteringar som konkretiserar Riksdagens riktlinjer på ett sätt som de flesta förhoppningsvis kan uppleva som rimligt och som dessutom är förankrat i regioner och landsting samt i professionella organisationer. Arbetsmodellen ska kunna användas i alla sammanhang där sådana prioriteringar sker såsom aktiviteter som arrangeras av staten, landsting, kliniker, professionella grupper eller motsvarande. Det finns inget som talar emot att samma arbetsmodell även kan vara användbar vid vertikal prioritering inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Fördelarna med en gemensam, nationell modell är;

- att skapa ökade förutsättningar för att kommunicera prioriteringar och dess grunder mellan olika professioner, olika vårdnivåer, mellan landsting och kommun, mellan olika landsändar, organisationer och myndigheter
- att skapa ökad samsyn i vad som bör ingå i vertikala prioriteringar

Det troliga är att en prioriteringsmodell aldrig kan täcka in alla aspekter som vi önskar beakta vid prioritering. Metoderna för vertikala prioriteringar får inte heller bli så komplicerade att öppna prioriteringar svårligen låter sig göras. Vår ambition är att försöka beskriva både det som kanske vore optimalt och det som är praktiskt möjligt i ett prioriteringsarbete.

Initiativet till detta projekt har tagits gemensamt av Socialstyrelsen och PrioriteringsCentrum. En arbetsgrupp med personer (Bilaga 2) från dessa två organisationer samt från andra organisationer som arbetat med vertikala prioriteringar såsom Landstinget i Östergötland, Stockholms läns landsting, Västra Götaland, Södra sjukvårdsregionen, Svenska Läkaresällskapet, Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening har tagit fram detta förslag. Representanter från dessa organisationer har träffats vid ett flertal tillfällen vid framtagning av denna rapport. Dessutom har Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund kunnat följa projektet och lämna synpunkter på utformningen av modellen. Dessutom har rapporten varit föremål för granskning och diskussion vid ett möte med inbjudna representanter från övriga landsting, Läkemedelsförmånsnämnden och flera yrkesorganisationer. Vidare har synpunkter inkommit från ett seminarium som arrangerades av PrioNet, ett nätverk av personer med intresse för prioriteringar.

Rapporten är skriven på ett sådant sätt att den ska kunna användas som ett stöd vid utvecklingsarbete som rör prioriteringar. Vi är övertygade om att innehållet måste anpassas till olika verksamheter med hjälp av andra exempel och vissa förenklingar. Texten måste givetvis också anpassas till de kunskaper och tidigare erfarenheter som den aktuella målgruppen har när det gäller arbete med öppna prioriteringar. Sådana situations- och verksamhetsanpassade versioner måste det åligga varje huvudman och organisation att utarbeta.

PrioriteringsCentrum, Socialstyrelsen och andra parter som deltagit aktivt i detta arbete kan givetvis vara behjälpliga i arbetet att bearbeta denna rapport för olika målgrupper.

Frågan om när och hur arbetet med vertikala prioriteringar ska bedrivas kan också endast besvaras lokalt. Det är i första hand ett ansvar för huvudmännen att ta ansvar för implementeringen. Myndigheter, universitet och kunskapscentra kan vara ett stöd till huvudmännen.

Utgångspunkten i modellutvecklingen är Riksdagens beslut om prioriteringar, den sk etiska plattformen. När vi uppfattat svagheter eller oklarheter i dessa riktlinjer har vi påtalat detta.

Vi tror inte att vi funnit den slutliga lösningen - arbetsmodellen måste givetvis fortsätta att utvecklas. Förutsättningarna för prioriteringsarbetet kan förändras, bland annat har Regeringen uppdragit åt Socialstyrelsen att kartlägga på vilket sätt hälso- och sjukvårdens huvudmän och andra aktörer arbetar med prioriteringar inom hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att utvärdera hur detta prioriteringsarbete överensstämmer med intentionerna i Riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården samt på grundval av ovan nämnda kartläggning även analysera om det finns problem i tillämpningen och i så fall föreslå förändringar och förtydliganden av riktlinjerna. Socialstyrelsen har gett PrioriteringsCentrum ett uppdrag att genomföra denna kartläggning som pågår bygger på intervjuer med verksamma på olika nivåer inom samtliga landsting, ett urval kommuner samt myndigheter och hälso- och sjukvårdsrelaterade organisationer.

PrioriteringsCentrum ska redovisa uppdraget till Socialstyrelsen senast den 15 mars 2007. Socialstyrelsen ska rapportera till regeringen senast den 1 juni 2007. Det är möjligt att det kan komma att ske förändringar i riktlinjerna som får implikationer för arbetet med vertikala prioriteringar. Oaktat detta så planerar PrioriteringsCentrum och Socialstyrelsen att inbjuda till en revidering av rapporten. Det planeras ske första gången senast i oktober 2007.

3. VAD MENAS MED EN MODELL FÖR VERTIKALA PRIORITERINGAR?

3.1 Några allmänna utgångspunkter för arbetsgruppen

För att hälso- och sjukvårdens prioriteringar ska uppfattas som trovärdiga krävs det en beslutsprocess som har bred acceptans i samhället. Två villkor som brukar framhållas för att en prioritering ska uppfattas som rättvis är att den är offentlig och uppfattas som relevant, d v s att beslutet grundas på adekvata fakta och allmänt accepterade principer. För att kunna uppfylla dessa krav måste någon form av systematisk metod används. Med arbetsmodell för öppna vertikala prioriteringar avser vi den systematiska metod för prioriteringar som presenteras i kapitel 4 i denna rapport.

En nationell modell för vertikala prioriteringar ska förstås och accepteras av verksamhetsföreträdare för vården, administratörer och politiker och i förlängningen också av allmänheten. Syftet är att utveckla ett beslutsstöd för prioriteringar som framför allt ska kunna användas för beslut på gruppnivå som rör val av insatser för alla typer av vårdbehov. Policybeslut som rör grupper av patienter förutsätts indirekt utgöra vägledning och stöd för beslut som rör enskilda patienter, även om det då självfallet kan finnas omständigheter som motiverar att man gör avsteg från rekommendationer som gäller hela grupper. Detta förhållningssätt är sedan länge väl etablerat i fråga om behandlingsriktlinjer i olika typer av vårdprogram och ska förstås och tillämpas på samma sätt när man inom sjukvården använder riktlinjer för prioriteringar som stöd för beslut som rör enskilda patienter.

Resultatet av detta arbete ska kunna appliceras på samtliga vårdåtgärder för diagnostik, behandling, omvårdnad, habilitering/rehabilitering och prevention inom hälso- och sjukvården inklusive kommunal hälso- och sjukvård. Det ska förhoppningsvis även kunna användas som en modell för att utarbeta de indikationer som ska gälla för den generella vårdgarantin.

3.2 Centrala begrepp

Användningen av olika termer och begrepp som är relaterade till prioriteringar varierar. Vi har utgått från de definitioner som Per-Erik Liss formulerat i en rapport från PrioriteringsCentrum (Liss 2004). I diskussioner om prioritering förekommer närbesläktade begrepp som t ex fördelning, omfördelning, ransonering, besparing eller utbudsminskning.

Det händer dock ibland att prioritering används för att benämna samtliga aktiviteter som är aktuella vid beslut om hur resurserna ska fördelas. Liss har diskuterat hur “prioritering”, “fördelning” och “ransonering” förhåller sig till varandra.

Begreppet “prioritering” brukar översättas med “ge företräde åt”. Beslutet att ge företräde åt något eller någon innebär ett val baserat på en rangordning. Enligt Liss är rangordning en central komponent i begreppet “prioritering” men prioritering innebär också att man utifrån rangordningen väljer ut de alternativ som ska sättas före och åtgärdas framför de alternativ som ska senareläggas eller inte åtgärdas alls. För att en rangordning eller ett val ska räknas som en prioritering måste vissa villkor vara uppfyllda:

- alternativen måste vara övervägda,
- alternativen måste vara relevanta i betydelsen att de måste kunna komma ifråga.

Det man rangordnar eller prioriterar mellan, t ex olika sjukdomstillstånd, behandlingar, omvårdnadsinsatser etc benämns *prioriteringsobjekt*.

Med termen “fördelning” kan man antingen syfta på en *process* där något (t ex pengar) fördelas, eller på ett *tillstånd* som är resultatet (t ex en kliniks budget) av en process. Avgörande kriterier för om beslut ska räknas som fördelning är att de är medvetna och mottagarna är kända. En fördelning kan ha föregåtts av prioritering mellan möjliga alternativa mottagare.

“Ransonering” kan syfta både på ett beslut och på ett tillstånd. Begränsning av behovstillfredsställelse utgör kärnan i ransoneringsbegreppet. Begränsningen kan ske på flera olika sätt:

- Målransonering – en begränsning av behovsmålet, d v s optimal hälsa eller livskvalitet kommer inte att uppnås.
- Bortval – vissa besvär, sjukdomar, hälsorisker eller tillstånd av nedsatt livskvalitet blir inte alls åtgärdade.
- Tidsransonering – t ex ökade väntetider för patienten - vilket betyder en begränsning av hur snabbt patientens behov blir tillfredsställt.
- Utspädning – exempelvis glesare återbesök, sämre protestyper, personal med lägre utbildning, billigare läkemedel med sämre effekt eller med flera biverkningar än ett dyrare alternativ.
- Indikationsförändringar – förvärrat sjukdomstillstånd innan behovet åtgärdas.

När man står inför ett val - oavsett om det handlar om att fördela nya resurser till olika ändamål eller att genomföra besparingar - kan det vara en fördel att kunna rangordna tänkbara valmöjligheter i en prioriteringsordning. I vår modell innebär prioritering enbart att de relevanta alternativen rangordnas.

Konsekvenserna av denna rangordning är inte på förhand givna utan kan ligga till grund såväl för tillskott av resurser som för ransonering av något slag. Prioriteringens konsekvenser är situationsberoende och avgörs inte på förhand av vilken arbetsmodell man använder.

4. FÖRSLAG TILL GEMENSAM ARBETSMODELL FÖR ÖPPNA VERTIKALA PRIORITERINGAR

Arbetsgruppen har diskuterat vilka komponenter som bör ingå i en nationell modell, hur de ska beskrivas och i slutändan operationaliseras. Vi tror inte att vi funnit den slutliga lösningen och inte heller att det finns en enda sann lösning. På en rad punkter finns det uppenbarligen ett behov av fortsatta diskussioner och utvecklingsarbete. Oaktat detta föreslår vi att man arbetar på ett enhetligt sätt enligt denna modell för att processen ska drivas framåt. Förslaget präglas av tydliga kopplingar till den nuvarande etiska plattform för prioriteringar som riksdagen tagit ställning till och praktiska lösningar som i viss mån är beprövade. Betydelsen av ett enhetligt arbetssätt i olika delar av hälso- och sjukvården är antagligen viktigare än att metoden är ”färdig” i alla delar.

4.1 Indelning och avgränsning av delområden för prioriteringen

Indelningen av delområden som den vertikala prioriteringen ska omfatta bör göras på ett sådant sätt att de omfattar ett brett behovsperspektiv och förutsätter att alla vårdyrken och professioner involveras. En indelning efter hur hälso- och sjukvården är organiserad i medicinska specialiteter, kliniker, sjukvårdsområden, yrkesgrupper etc kan dessutom vålla problem i ett nationellt prioriteringsarbete eftersom landstingens organisationer ser olika ut i olika delar av landet. Den mest lämpliga indelningen i varje prioriteringsarbete måste dock få avgöras från fall till fall och anpassas till de situationer som prioriteringen genomförs i.

Det är en fördel att utgå från hälsoproblem/sjukdomsgrupper när verksamheten ska delas in i delområden. En sådan indelning innebär i regel att flera organisationsenheter/kliniker/specialiteter/yrkesgrupper berörs och man får en mer allsidig belysning av problemet. Dessutom utgår man från ett patient/befolkningsperspektiv vilket förefaller mer ändamålsenligt istället för ett organisatoriskt/personal perspektiv.

4.2 Vad är föremål för prioriteringen?

En prioritering innebär alltid en rangordning av något (t ex olika patientgrupper) och med avseende på något (t ex behov av vård och kostnadseffektivitet). Det som rangordnas och som någon väljer mellan kan benämnas prioriteringsobjekt. Arbetet med rangordning startar med att identifiera lämpliga prioriteringsobjekt för den aktuella verksamheten.

I den arbetsmodell som vi föreslår utgörs prioriteringsobjektet av olika kombinationer av hälsotillstånd hos en grupp och åtgärder inom hälso- och sjukvården t ex:

- ökad hälsorisk, t ex personer äldre än 65 år, och influensavaccinering
- misstänkt lunginflammation och läkarbesök
- diabetes och kontrollbesök
- svårigheter med personlig vård vid MS och hjälpmedelsutprovning
- dagligrökare och behandling av utbildad rökavvänjare
- risk för att utveckla trycksår i samband med stroke och säkerställd näringstillförsel samt hudvård
- bröstcancer och operation
- multisjuk och sjukgymnastisk bedömning

Vi menar att det är alltför förenklat att dela in en verksamhet i hälso- och sjukvården enbart efter diagnoser eller enbart utifrån fysiska och psykiska tillstånd. Inom exempelvis rehabilitering och omvårdnad är det särskilt viktigt att utöver diagnos även ta hänsyn till målgruppens funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning och/eller hindrande omgivningsfaktorer. Detta kommer då att påverka hur uppdelningen av prioriteringsobjekt sker. Prioriteringsobjekten bör väljas med avseende på sin betydelse i verksamheten snarare än utifrån vad som är vetenskapligt studerat.

Det är också viktigt att påpeka att olika faser av ett sjukdomsförlopp kan delas upp i olika prioriteringsobjekt. Det är stora skillnader på hur olika åtgärder för att förebygga uppkomsten av prostatacancer, tidig upptäckt, diagnostik, tidig behandling respektive palliativa åtgärder vid avancerad sjukdom kan prioriteras. Förutom att sjukdomens svårighetsgrad varierar så skiljer sig nyttan/effektstorleken för olika typer av åtgärder.

Vi rekommenderar att även så kallade första bedömningar tas med vid identifiering av prioriteringsobjekt och vid den efterföljande rangordningen. I dessa fall identifieras prioriteringsobjekten som kombinationer av misstanke om en viss sjukdom eller funktionsnedsättning/aktivitetsbegränsning och en åtgärd som t ex ett läkarbesök, en viss typ av undersökning eller ett egenvårdsråd.

Det gäller inte minst i primärvården eller andra former av akut verksamhet där en stor andel av vården handlar om att ta ställning till problem som presenteras för den aktuella personalen för första gången.

Det är i regel svårt att bestämma en lämplig detaljeringsgrad för prioriteringsobjekten. Ofta tvingas man göra en avvägning mellan exakthet, fullständighet och praktisk hanterbarhet. En grov indelning av verksamheten innebär att många situationer kan inordnas i de olika objekten. Dessa riskerar att bli heterogena och svåra att värdera i termer av svårighetsgrad etc. Till exempel kan hälsotillståndet ”stroke” innebära allt ifrån livshotande till mycket måttliga symtom liksom åtgärden ”sjukgymnastik” spänner över ett helt behandlingsspektra med allt ifrån stor nytta till tveksam nytta. En detaljrik beskrivning å andra sidan blir skarpare men riskerar att bli oöverblickbar då man får ett stort antal prioriteringsobjekt att hantera. Här går det inte att ge någon generell rekommendation utan syftet med det beslutsunderlag som ska tas fram och sammanhanget måste få styra detaljeringsgraden. En tillstånds-/åtgärdslista kan knappast bli heltäckande och omfatta alla typer av beslutssituationer i en verksamhet.

En möjlig avgränsning är att fokusera på:

- Olika former av relevanta typfall (vanliga patienter, klinisk verksamhet med påtaglig regelbundenhet)
- Tillstånd/insatser med stora volymer
- Kontroversiella områden (etiska dilemman, dyr behandling, osäkerhet om effekten, tveksam kostnads-/nyttoeffekt).

Det som rangordnas och som någon väljer mellan benämner vi prioriteringsobjekt. Vi föreslår att prioriteringsobjektet utgörs av olika kombinationer av hälsotillstånd/hälsorisker och åtgärder. Detaljeringsgraden måste avgöras utifrån sammanhanget. En utgångspunkt är att fokusera på typfall, vård som representerar stor volym och kontroversiell vård.

4.3 Principer som ska ligga till grund för prioriteringar

Utgångspunkten är att alla former av prioriteringar av hälso- och sjukvård ska bygga på en gemensam värdegrund, d v s de etiska principer som finns redovisade i prioriteringsutredningen, propositionen och Socialutskottets betänkande.

Dessa är:

- *människovärdesprincipen*, alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- *behovs- och 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.

Dessa tre principer är rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen (Socialdepartementet 1995).

I propositionen exemplifierar regeringen riktlinjerna för prioriteringar med fyra breda prioriteringsgrupper:

- *Prioriteringsgrupp I*
 Vård av livshotande akuta sjukdomar
 Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död
 Vård av svåra kroniska sjukdomar
 Palliativ vård och vård i livets slutskede
 Vård av människor med nedsatt autonomi
- *Prioriteringsgrupp II*
 Prevention
 Habilitering/rehabilitering
- *Prioriteringsgrupp III*
 Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar
- *Prioriteringsgrupp IV*
 Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

I många fall överensstämmer vårdbehovet med en given diagnos. Detta har utredningen illustrerat med kliniska exempel i prioriteringsgrupperingarna. I propositionen betonas dock att prioriteringsgrupperna endast utgör exempel. ”Vi vill betona att dessa endast är exempel och att vårdbehovet i varje enskilt fall måste bedömas utifrån förutsättningarna i just det fallet. Såväl akuta som kroniska sjukdomar kan variera i svårighetsgrad från tid till annan hos samma patient och därmed också vårdbehovet. Vården av en och samma sjukdom kan därför under olika stadier hamna i olika prioriteringsgrupper.”

(Socialdepartementet 1996/97).

Socialutskottet gjorde samma bedömning som regeringen och framhöll att vårdbehovet i varje enskilt fall måste avgöras utifrån förutsättningarna i just det fallet. Vilken diagnos eller sjukdom det är fråga om är inte det viktiga. Det avgörande är i stället tillståndet och vårdbehovet vid varje särskild tidpunkt” (Socialutskottet 1996/97).

Vi menar att termen ”prioriteringsgrupper” är olyckligt valt eftersom ingen hänsyn tagits i prioriteringen till exempelvis effekten av olika vårdåtgärder. Både i prioriteringsutredningen och i riksdagsbeslutet om prioriteringar slås nämligen fast att patientens förmåga att tillgodogöra sig en behandling också finns inbyggd i behovsbegreppet, eftersom man endast behöver sådant som man har nytta av, eller omvänt – man behöver inte det man inte har nytta av. En prioriteringsordning som inte beaktar vare sig patientnytta eller kostnadseffektivitet av olika insatser förefaller därför inte användbar vid systematiska prioriteringar. Härigenom blir begreppet ”prioriteringsgrupp” förvirrande. Med tanke på detta har dessa prioriteringsgrupper fått ett oproportionerligt stort genomslag i prioriteringsdiskussioner. De kan möjligen spela en roll som ett grovt rättesnöre för att gradera svårighetsgraden av olika tillstånd. Även på denna punkt finner vi dock klara begränsningar. Så är t ex blandningen av olika dimensioner (patientgrupper, åtgärder, typ av vård och grupper med nedsatt autonomi) förvirrande. Dessutom är indelningen alltför grov och ofullständig för att användas som enda grund för prioriteringar eftersom en sjukdom som t ex generellt klassificeras som en allvarligt kronisk sjukdom kan förekomma med olika svårighetsgrad i olika stadier.

Modellen för vertikala prioriteringar ska baseras på de etiska principer som riksdagen beslutat ska gälla vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården. De etiska principerna behöver bli bättre kända, förtydligas och eventuellt kompletteras för att kunna omsättas i praktiska prioriteringar. Vidare anser vi att riksdagens fyra så kallade prioriteringsgrupper inte ska ingå i modellen.

4.4 Den etiska plattformen

4.4.1 Människovärdesprincipen

I propositionen fastställer regeringen att ”Det relevanta vid prioriteringar är att människovärdet inte är knutet till människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället utan till själva existensen. Det är viktigt att slå fast att begåvning, social ställning, inkomst, ålder etc. inte får avgöra vem som ska få vård eller kvaliteten på vården” (Socialdepartementet 1996/97).

Människovärdesprincipen är överordnad de andra principerna vid alla typer av prioriteringar. Denna princip har ett brett stöd och verkar vid ett första påseende okontroversiell. I praktiken kan den emellertid vara svår att tillämpa. Här finns det också många olika tolkningar bland personal i hälso- och sjukvården och andra aktörer. Ofta diskuteras t ex. frågan om åldersgränser eftersom det inte sällan sker en sammanblandning av kronologisk och biologisk ålder.

För att få ledning till hur man kan resonera rörande prioriteringar på gruppnivå knyter vi an till regeringens intentioner i propositionen. Regeringen gör bedömningen att det är en form av diskriminering och oförenligt med den etiska principen att *generellt* låta behoven stå tillbaka enbart på grund av kön, ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden (i sig). Samtidigt tar den upp att egenskaper eller funktion hos en grupp kan vara ett uttryck för att speciella behov föreligger. En åtskillnad görs av kronologisk ålder (bestämd av födelsedatum) och biologisk ålder (ett medicinskt bedömbart begrepp) och det menas i detta sammanhang att ”Det är den totala bedömningen av patientens behov och hur patienten kan tillgodogöra sig vården som ska avgöra insatserna” (Socialdepartementet 1996/97). Det är med andra ord ett avsteg från människovärdesprincipen att särbehandla någon enbart på grund av kronologisk ålder. Däremot måste förmågan att tillgodogöra sig en behandling tas med i bedömningen. På gruppnivå kan det innebära att egenskaper såsom ålder och kön eller funktion hos en grupp faktiskt kan vara ett uttryck för speciella behov. Bland annat används en 35-årsgräns för fostervattensprov vid screening för Downs syndrom. Vid den åldern anses risken för missbildning så pass stor att fördelarna med provet uppväger nackdelarna.

I det enskilda fallet kan det ibland vara relevant att väga in livsstilen när en bedömning av nyttan av den planerade åtgärden ska göras. Bedömningen gäller då om patienten kan ha nytta av behandlingen om beteendet inte ändras. Detta resonemang ska inte tolkas som att hälso- och sjukvården inte har ansvar för att påverka människors förmåga att tillgodogöra sig en behandling när så är möjligt. Exempelvis om patientens livsstil ytterligare komplicerar tillståndet, måste en effektiv behandling även av livsstilsproblemet prioriteras högt.

Ett liknande resonemang som ovan om risk kopplat till en åldersgräns finns när det gäller rekommenderad influensavaccination. Här kan det tyckas som att yngre diskrimineras till förmån för äldre personer. Kön kan också spela roll för ett medicinskt behov och därmed en insats effektivitet. Bortsett från självklara åtgärder som mammografi eller prostataoperationer så gäller t ex olika principer för män och kvinnor vid screening för bukaortaaneurysm där man inte funnit någon överlevnadsvinst för kvinnor, vilket dock är fallet för män.

På samma sätt spelar ofta medelåldern för en patientgrupp roll när man ska uppskatta förmågan att tillgodogöra sig en behandling liksom risken för komplikationer och biverkningar av själva behandlingen. Vi uppfattar att detta är i linje med riksdagens intentioner att ta hänsyn till personliga egenskaper på gruppnivå när de är ett uttryck för speciella behov. Det är den totala bedömningen av patientens behov och förmåga att tillgodogöra sig vården (förväntad patientnytta) som ska avgöra insatserna. Detta resonemang har även implikationer för tillämpningen av kostnadseffektivitet. Behandling av patientgrupper med stor förväntad patientnytta är mer kostnadseffektiva att behandla än de med liten patientnytta givet att kostnaden är densamma.

Det är mer komplicerat att avgöra hur man bör värdera kostnadseffektivitet i förhållande till människovärdesprincipen när *kostnaden* för åtgärden eller de *ekonomiska konsekvenserna* skiljer sig åt mellan olika grupper. I de flesta riktlinjer för hälsoekonomiska utvärderingar som används runt om i världen rekommenderas ett samhällsekonomiskt perspektiv där alla relevanta konsekvenser (kostnader och intäkter) som uppstår i samhället bör beaktas. Direkta kostnader är förenklat kostnader för hälso- och sjukvård. Indirekta kostnader är andra kostnader som uppstår på grund av sjukdom och behandling t ex transporter, sjukfrånvaro, etc (eller intäkter när någon blir botad från sin sjukdom). När indirekta kostnader/intäkter tas med i analysen har det betydelse vilken sammansättning den aktuella patientgruppen har med avseende på social ställning (kön, förvärvsgrad, ålder etc). Produktionsbortfallet och därmed den samhällsekonomiska förlusten vid sjukdom varierar i olika grupper. Mindre utfört arbete leder till sämre samhällsekonomi och mindre resurser till t ex hälso- och sjukvården. Det är därför som många försvarar detta förfaringsätt. Ett program för rehabilitering som riktas till personer som är sjukskrivna kan resultera i bättre kostnadseffektivitet än ett program som riktas enbart till patienter som inte förvärvsarbetar. En fråga är om det är rätt eller fel att ta hänsyn till detta i kostnadseffektivitetsanalyser och vid prioriteringar?

Problematiken med att patientgrupper med olika egenskaper kommer att vara olika kostnadseffektiva finns även om analysen skulle begränsas till att enbart omfatta direkta kostnader. En viss operation på en grupp äldre personer kan vara mindre kostnadseffektiv än motsvarade ingrepp på en yngre patientgrupp. Det skulle kunna vara beroende på den högre kostnaden för de äldre, på grund av ökad risk för komplikationer och längre tid för rehabilitering och mindre samlad nytta på grund av kortare förväntad överlevnad jämfört med den yngre gruppen.

Problemet finns dessutom kvar även om kostnader utesluts helt ur bedömningen. Eftersom förmågan att tillgodogöra sig en behandling varierar mellan grupper med olika egenskaper såsom kön, ålder etc så kommer alla som gör prioriteringar på gruppnivå tvingas göra avvägningar mellan allas lika rätt till vård och behandling, behov och kostnadseffektivitet. Vid prioritering på individnivå är det självklart att inte generellt låta någons behov stå tillbaka enbart på grund av kön, ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden (i sig).

Även om det inte är kontroversiellt att beakta den förväntade nyttan vid vård och behandling så är det omdiskuterat vem som ska avgöra denna nytta och vilkas nytta som ska medräknas. Det gäller t ex externa effekter - det vill säga sådan nytta som tillfaller andra än den som är direkt föremål för åtgärden. Det kan gälla en ökad arbetsbelastning för anhörig som vårdar någon hemma eller det omvända, ett ökad välbefinnande tack vare en ökad funktionsförmåga hos en anhörig. Det kan gälla externa effekter på hela befolkningsgrupper som skyddas från någon som bär på en smitta och som tvingats till isolering. Det kan också gälla barn som har glädje av att en förälder blir återställd tidigare från sjukdom. Det handlar om både kostnader och hälsovinster för anhöriga, andra personer och konsekvenser i andra sektorer i samhället.

Är det då riktigt att ta hänsyn till andras nytta och inte bara den enskilda patienten? Det verkar rimligt att det kan gälla vid t ex tvångsvård eller behandling av smittsamma sjukdomar, liksom att vissa grupper prioriteras före andra vid vaccinering inför en väntad samhällsfarlig epidemi. Ett motiv för detta är att det inte är gruppernas sociala ställning i sig som avgör prioriteringen utan den nytta för andra människor som t ex sjukvårdpersonal, myndighetspersoner eller motsvarande förväntas åstadkomma. Många menar att riksdagens riktlinjer om prioriteringar här ger bristfällig vägledning. I Prioriteringsutredningen å ena sidan sägs att ”nyttan i vårdsammanhang ska ses från individens och inte från ett samhällsekonomiskt perspektiv. Rehabilitering är således nyttig om den leder till förbättring av den enskildes livskvalitet, även om återgång i förvärvsarbete inte är möjlig. Ofta sammanfaller dock samhällets och individens nytta” (Socialdepartementet 1995). Å andra sidan står det i regeringens proposition att ”nyttan får inte bara ses i ett snävt perspektiv utan i förhållande till vad en god hälso- och sjukvård i sin helhet kan erbjuda”. Här finns uppenbart ett behov av att dessa frågor diskuteras och klargörs i regeringens pågående översyn av riktlinjerna.

De etiska principerna för prioriteringar kan tolkas så att när personliga egenskaper såsom ålder, kön, livsstil eller funktion hos en grupp kan vara ett uttryck för att speciella behov föreligger kan de enligt riksdagens riktlinjer ingå i en prioriteringsbedömning på gruppnivå. Frågan om hur externa effekter ska värderas vid prioriteringar behöver diskuteras ytterligare och klargöras i regeringens pågående översyn av riktlinjerna.

4.4.2 Behovs- och solidaritetsprincipen

Innebörden av behovs- och solidaritetsprincipen är att om prioriteringar måste ske mellan olika effektiva åtgärder ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste tillstånden och de med den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov delvis eller inte alls tillgodosedda.

Sjukdomens svårighetsgrad tillmäts stor betydelse i riksdagsbeslutet om prioriteringar men kan inte vara den enda grunden för prioriteringen. Både i Prioriteringsutredningen och i riksdagsbeslutet om prioriteringar slås som tidigare nämnts fast att patientens förmåga att tillgodogöra sig en behandling också finns inbyggd i behovsbegreppet, eftersom man endast behöver sådant som man har nytta av, eller omvänt – man behöver inte det man inte har nytta av. I vissa fall kan dock hälso- och sjukvården påverka förmågan att tillgodogöra sig en behandling. Om patientens livsstil ytterligare komplicerar tillståndet, måste en effektiv behandling även av livsstilsproblemet prioriteras högt. Om en patient har ogynnsamma kostvanor, som försämrar effekten av insulin, och han/hon har svårt att ändra på det, ska man då inte prioritera kostutbildning/kostinformation högre istället för att överväga om patienten inte har tillräckligt god nytta av insulin?

Eftersom behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen ska patienter med svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar gå före lindrigare, även om vården av svåra tillstånd drar väsentligt större kostnader. Vi tolkar detta som att patienter med svårare tillstånd ska kunna behandlas med åtgärder som kostar betydligt mer per hälsovinst jämfört med dem som har mindre svåra sjukdomar. Det innebär i praktiken att samhället har en betydligt större betalningsvillighet i form av kronor per vunnet levnadsår eller kronor per kvalitetsjusterat levnadsår vid svårare tillstånd jämfört med behandling av lindriga tillstånd. En fråga är; när anses kostnaden orimligt hög för att kunna accepteras?

Solidaritet innebär enligt propositionen ”också att särskilt beakta behoven hos de svagaste. Hit hör bl a barn, åldersdementa, medvetlösa och andra som av olika skäl kan ha svårt att kommunicera med sin omgivning.

Människor som inte kan ta till vara sina rättigheter har samma rätt till vård som andra” (Socialdepartement 1996/97). Det sägs att man *särskilt ska beakta behoven* - inte att de ska ges en *högre* prioritet på grund av lägre autonomi utan att det är behovet av vård som ska avgöra prioriteten.

En intressant fråga som är kopplad till resonemanget ovan om externa effekter är vems eller vilkas behov som ska ingå vid en behovsbedömning? Vems värderingar ska avgöra behovets storlek?

Med behov av hälso- och sjukvård menas både tillståndets svårighetsgrad och den förväntade nyttan av en insats. Som patient har man endast behov av sådana vårdinsatser som man förväntas ha nytta av. Motsatt gäller att en människa enligt detta sätt att definiera behov inte behöver åtgärder som inte förbättrar hälsan och livskvaliteten, sådana som hon inte har nytta av. Här har givetvis hälso- och sjukvården ett ansvar att lotsa människor de kommer i kontakt med till andra lämpliga aktörer när de far illa på något sätt.

4.4.3 Kostnadseffektivitetsprincipen

Kostnadseffektivitet är en kvot mellan hälsoeffekt och kostnad av en åtgärd. Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas. Idag görs nästan alla kostnadseffektanalyser på så sätt att minst två alternativ jämförs, en ny behandling med den bästa gängse behandlingen. Det är intressant att få reda på både skillnaden i effekt och i kostnad mellan alternativen. Den relevanta informationen i en kostnadseffektanalys är alltså den kvot, som beskriver den extra kostnaden för att uppnå en extra hälsovinst. Det mest använda måttet idag är kronor per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (kr/QALY).

Enligt prioriteringsutredningen bör kostnadseffektivitetsprincipen endast tillämpas vid jämförelser av metoder för behandling av samma sjukdom, då effekterna inte går att jämföra på ett rättvist sätt annars. Regeringen konstaterar dock i propositionen ”...att det är angeläget att skilja på en kostnadseffektivitet när det gäller behandling av enskilda patienter och när det gäller vårdens verksamhet i stort. En kostnadseffektivitetsprincip som gäller val mellan olika åtgärder för den enskilda patienten måste tillämpas som utredningen föreslår och vara underordnad principerna för människovärde och behov och solidaritet. Däremot är det ytterst angeläget att sjukvården strävar efter en hög kostnadseffektivitet när det gäller vårdens verksamhet i allmänhet” (Socialdepartementet 1996/97).

Hur Regeringen menar att kostnadseffektivitetsprincipen ska tolkas på verksamhetsnivån framgår inte i detalj i riktlinjerna. Regeringen konstaterar dock i propositionen att det är angeläget att skilja på en kostnadseffektivitetsprincip som gäller val mellan olika åtgärder för den enskilde patienten (där principen kan tillämpas som utredningen föreslår) och kostnadseffektivitet när det gäller vårdens verksamhet i allmänhet där det ses som eftersträvarsvärt att ”resurserna används på bästa sätt och att resurserna kan komma fler till del” (Socialdepartementet 1996/97). Detta skulle kunna vara liktydigt med att kostnadseffektivitet kan beaktas mellan olika typer av åtgärder vid olika hälsotillstånd på gruppnivå. Regeringen konstaterar dock samtidigt ”att verksamheten bedrivs kostnadseffektivt får däremot aldrig innebära att man underlåter att ge vård eller försämrar kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra i liknande situation” (Socialdepartementet 1996/97).

Här vill vi också referera till de riktlinjer som riksdagen utfärdat för Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) i lagen om läkemedelsförmåner (Socialdepartementet 2002). Myndigheten ska vid beslut om subvention (prioriteringar) av ett läkemedel bl a bedöma om det är kostnadseffektivt i ett samhälleligt perspektiv, vilket innebär att man ställer nyttan av läkemedlet mot kostnaden. I bedömningen ska kostnadseffektiviteten vägas samman med behovs- och solidaritetsprincipen och människovärdesprincipen.

Kostnadseffektivitetsprincipen har i praktiken fått en central roll i LFN:s beslutsfattande. I sju av sammanlagt nio fall under 2003 då ansökan om subvention avslogs motiverades avslaget med bristande kostnadseffektivitet. Med kostnadseffektivitet menar LFN att det måste finnas en rimlig relation mellan kostnader och effekt mätt i förbättrad hälsa och livskvalitet. Den rimliga relationen ska bedömas ur ett medicinskt, humanitärt och hälsoekonomiskt perspektiv (Anell och Jansson 2005). Vi kan inte finna någon grund för att LFN:s verksamhet ska baseras på andra principer för prioriteringar än den övriga hälso-och sjukvården.

Vi konstaterar att den typ av systematiska vertikala prioriteringar som vi diskuterar här liksom användning av kostnadseffektivitetsanalyser i allmänhet i hälso- och sjukvården gäller prioriteringar på gruppnivå. Det handlar om att som riksdagen anger använda resurserna på bästa sätt så att de kommer fler till del. Riksdagens riktlinjer när det gäller kostnadseffektivitetsprincipen (tillämpad för enskilda patienter) är för begränsad för att vägleda vid vertikala prioriteringar som gäller prioritering på gruppnivå. Här stödjer vi oss på Riksdagens direktiv till Läkemedelsförmånsnämnden som ska beakta kostnadseffektivitet vid alla sina beslut om subvention av läkemedel.

4.4.4 Hur omsätter vi principerna i praktiskt prioriteringsarbete?

Vid rangordning av patientgrupper på gruppnivå är det både praktiskt och rimligt att utgå från alla människors lika värde och samma rätt till hälso- och sjukvård oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Det är alltså fel att utgå från egenskaper eller funktion i samhället i sig som prioriteringskriterium - däremot kan personliga egenskaper såsom kön, ålder och social funktion vara indikatorer på behovets storlek respektive kostnadseffektivitet. Det innebär att den som ska göra en prioriteringsordning i praktiken ofta brottas med avvägningen mellan behov och kostnadseffektivitet. ”En människa har större behov ju svårare sjukdomen eller skadan är eller ju sämre livskvaliteten är till följd av skadan eller sjukdomen. Hon har däremot inte behov av åtgärder som inte förbättrar hälsan eller livskvaliteten. För att kunna användas som underlag för prioriteringar krävs alltid en sammanvägning av olika aspekter av de hälso- och livskvalitetsrelaterade behoven. Det kan gälla exempelvis det upplevda lidandet, den medicinska prognosen eller graden av funktionsnedsättning” (Socialdepartementet 1996/97).

Vi menar att man i ett prioriteringsarbete bör klargöra och öppet redovisa på vilka grunder behov och kostnadseffektivitet bedömts. Eftersom förväntad patientnytta av en insats ingår som en del av kostnadseffektiviteten (kostnaden för att uppnå en hälsovinst) finns en risk för ”dubbelräkning” när patientnyttan beaktas både vid bedömningen av effekten av insatsen och insatsens kostnadseffektivitet. Det skulle tala för att man enbart skulle behöva redovisa tillståndets svårighetsgrad och kostnadseffektivitet för olika kombinationer av tillstånd och åtgärder. Det finns dock flera skäl som talar för att man ändå alltid ska redovisa patientnytta (effekt av insats). Ett skäl är att grunderna för bedömningen blir lättare att följa, ett annat är att hälsoekonomiska data än så länge ofta saknas. I de fall där det finns adekvata uppgifter om en insats kostnadseffektivitet väger man ihop svårighetsgrad och kostnadseffektivitet. I andra fall när uppgifter om kostnadseffektivitet helt saknas och det inte ens går att skatta den får man bedöma enbart svårighetsgrad och patientnytta.

Vid värderingen av hälsotillståndets svårighetsgrad för en definierad målgrupp/patientgrupp finns det en mängd variabler att beakta. Vi rekommenderar att man vid bedömning av svårighetsgraden i enlighet med propositionen både ska beakta aktuellt hälsotillstånd, d v s hur den aktuella patientgruppen faktiskt upplever sin hälsa i termer av lidande, grad av funktionsnedsättning och livskvalitet samt prognos i termer av risk för förtidig död, risk för invaliditet eller fortsatt lidande och nedsatt hälsorelaterad livskvalitet. En sammanvägning av aktuellt tillstånd och framtida risker måste därmed göras. Svårighetsgraden ska så långt som möjligt bestämmas utifrån vetenskapliga fakta och klinisk erfarenhet. Här krävs ett tillägg om tidsaspekten/förlopp av hälsotillståndet, t ex om tillståndet är akut eller kroniskt.

Liksom när det gäller innebörden av begreppet hälsotillstånd har också diskussioner förts om begreppen lidande, grad av funktionsnedsättning och livskvalitet. Vad innebär dessa och vad är det i realiteten som bör bedömas för att fastställa ett hälsotillståndets svårighetsgrad? Detta måste vidareutvecklas i det konkreta arbetet. Det är inte heller möjligt att rymma alla aspekter i grundfiguren (Figur 1) – istället måste man vid varje typ av vertikala prioriteringar fundera på, diskutera och sedan redovisa vilka aspekter som vägs in i begrepp som t ex lidande. Vid beskrivning av tillståndets svårighetsgrad och förväntad nytta kan man få stöd med hjälp av t ex ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) systemet som finns kortfattat beskrivet i bilaga 1.

Ett hälsotillstånd (störning/sjukdom) omfattar enligt WHO:s ICF-klassifikation flera olika dimensioner:

- Anatomisk struktur/kroppsstruktur (organ och anatomiska delar)
- Kroppsfunktion (t ex psykiska funktioner, smärta, hjärt-kärlfunktioner, rörelserelaterade funktioner)
- Aktivitet (t ex att förflytta sig, personlig vård, hushållsarbete, arbete och sysselsättning)
- Delaktighet (t ex förmåga till delaktighet i vissa viktiga livsområden som utbildning, arbete och sysselsättning men kan också betyda medbestämmande om hur en aktivitet ska utföras vid egen oförmåga t ex hjälp med personlig vård)
- Omgivningsfaktorer (yttre faktorer som t ex tillgång till personligt stöd)
- Personliga faktorer (t ex ålder, kön och livserfarenhet)

Beroende på i vilket sammanhang diskussionen förs och vem som deltar i ett prioriteringsarbete kan en eller flera av dessa dimensioner vara aktuella (se diskussion om personliga egenskaper ovan) att beakta vid bedömning av hälsotillståndets svårighetsgrad respektive patientnytta/effekt av åtgärden. Inom vissa verksamheter är t ex störningar på organ- eller anatomisk nivå avgörande för bedömningen av svårighetsgrad (t ex gallstensjukdom). Inom rehabilitering avgörs istället svårighetsgraden av hur stor nedsättning av aktivitetsförmågan som sjukdomen/skadan leder till. Inom omvårdnad är på liknande sätt konsekvenser av hälsotillståndet i dagligt liv i fokus för ställningstagande om svårighetsgrad. Förutom bedömning av exempelvis hjärnskadans omfattning kan det innebära att bedöma konsekvenser av brister på aktivitetsnivå (t ex ätsvårigheter) med särskild hänsyn till delaktighet.

Även omgivningsfaktorer kan vara relevanta att beakta för att avgöra ett tillståndets svårighetsgrad. Avsaknad av personligt stöd i form av närstående eller personliga vårdgivare kan göra att en aktivitetsbegränsning till följd av sjukdom/skada bedöms ha en större svårighetsgrad än för de patientgrupper med samma sjukdom/skada men som har ett fungerande stöd.

Ett annat exempel är om personer med stroke inte kan genomföra en måltid på det sätt som situationen/omgivningen förväntar sig. Detta kan ge en upplevelse av skam och att patienter avhåller sig från samvaro vid måltid. Svårighetsgrad avgörs därmed också med hänsyn till dimensionen omgivningsfaktorer i form av attityder. Hänsyn tagen till omgivningsfaktorer kan uppfattas komma i konflikt med människovärdesprincipen på olika sätt. Är det rimligt att en gammal multisjuk patient som redan är omhändertagen i ett särskilt boende har en mindre sannolikhet att bli föremål för akut omhändertagande på sjukhus vid en mindre stroke än den som bor hemma? Är det rimligt att en person på väg in i alkoholism som är anställd och omfattas av ett visst socialt skyddsnetz får en lägre prioritet till en behandling jämfört med den som saknar skyddsnetet eller är det kanske tvärtom? Också här finns behov av ytterligare diskussioner.

Figur 1: Schematisk beskrivning av de centrala komponenter som bör beaktas vid prioriteringen.

Människovärdesprincipen		
Behovs och solidaritetsprincipen		Kostnadseffektivitetsprincipen
Hälsotillståndets svårighetsgrad	Patientnytta/effekt av åtgärd	Åtgärdens kostnads-effektivitet
<p>*Aktuellt hälsotillstånd</p> <ul style="list-style-type: none"> - lidande - funktionsnedsättning - livskvalitet <p>*Risk för</p> <ul style="list-style-type: none"> - förtida död - invaliditet/fortsatt lidande - försämrad livskvalitet 	<p>*Effekt på aktuellt hälsotillstånd</p> <ul style="list-style-type: none"> - lidande - funktionsnedsättning - livskvalitet <p>*Effekt på risk</p> <ul style="list-style-type: none"> - förtida död - invaliditet/fortsatt lidande - försämrad livskvalitet <p>*Risk för biverkningar och allvarliga komplikationer av åtgärden</p>	<p>*Direkta kostnader</p> <ul style="list-style-type: none"> - åtgärder i hälso-och sjukvård - andra åtgärder t ex resor <p>*Indirekta kostnader</p> <p>... i förhållande till patientnyttan</p>

Den *förväntade nyttan* ska bedömas efter på vilket sätt en åtgärd påverkar hälsotillståndet eller kompenserar en brist. Dessutom ska risken med åtgärden i sig bestämmas och vägas in i bedömningen. Vid denna bedömning utgår vi från den *genomsnittliga förväntade nyttan* för en grupp. Ofta har några personer stor nytta av en insats medan andra har mindre nytta och ytterligare några kan få hälsoförluster på grund av biverkningar och komplikationer av insatsen. Den förväntade nyttan ska helst värderas utifrån vetenskapliga fakta och klinisk erfarenhet. Även om utbudet av hälsoekonomiska studier är begränsat inom vård och omsorg bör kostnadseffektivitet beaktas på något sätt.

Den föreslagna arbetsmodellen överensstämmer i allt väsentligt med den arbetsmodell som används av Socialstyrelsen vid framtagning av Nationella riktlinjer. Det är inte möjligt att rymma alla aspekter som kan vara aktuella att beakta vid beskrivning av en nationell arbetsmodell. Man måste därför utgå från modellen och fundera på vilka andra aspekter som dessutom kan vara relevanta att väga in. Den internationella klassifikationen för funktionsförmåga (ICF) kan ge vägledning om vilka andra dimensioner som är aktuella för att bedöma svårighetsgrad och patientnytta.

4.5 Rekommenderad arbetsgång för prioriteringsarbetet

Steg 1: Definiera området som ska bli föremål för prioriteringar

Vi har tidigare konstaterat att de delområden som den vertikala prioriteringen ska omfatta bör göras på ett sådant sätt att de omfattar ett brett behovsperspektiv och förutsätter att alla vårdens yrken och professioner involveras. Den mest lämpliga indelningen i varje prioriteringsarbete måste dock få avgöras från fall till fall och anpassas till de situationer som prioriteringen genomförs i.

Steg 2: Identifiering av prioriteringsobjekt

Arbetet med rangordning startar med att identifiera lämpliga prioriteringsobjekt (tillstånd och åtgärd) för den aktuella verksamheten. Prioriteringsobjekten bör formuleras med avseende på sin kliniska relevans och förståelse snarare än utifrån strikta vetenskapliga kriterier, exempelvis baserat på en specifik design av en studie. Som vi skrivit tidigare kan uppgiften att hitta en adekvat detaljeringsnivå vara komplicerad. En grov indelning av verksamheten innebär att många situationer kan inordnas i de olika objekten. Dessa riskerar att bli heterogena och svåra att värdera i termer av svårighetsgrad etc. En detaljrik beskrivning å andra sidan blir skarpare men riskerar att bli oöverblickbar. En tillstånds-/åtgärdslista kan knappast bli heltäckande och omfatta alla typer av beslutssituationer i en verksamhet.

En möjlig avgränsning är att fokusera på:

- Olika former av relevanta typfall (vanliga patienter, klinisk verksamhet med påtaglig regelbundenhet)
- Tillstånd/insatser med stora volymer
- Kontroversiella områden (etiska dilemman, dyr behandling, osäkerhet, tveksam kostnadseffektivitet).

För att skapa tillräcklig systematik och överblickbarhet behöver kombinationer av tillstånd och insatser liksom de fakta som finns identifieras, värderas och redovisas på ett enhetligt sätt. Detta görs förslagsvis på ett arbetsblad med nedanstående utformning (se Figur 2).

Figur 2: Arbetsblad för fakta och rangordning.

Först beskrivs tillståndet hos patientgruppen och i vilken situation det bedöms/konstateras (t ex akut fas) Därefter beskrivs aktuell åtgärd/insats	I kolumnen hälsotillståndets svårighetsgrad ska allvarlighetsgraden av det aktuella tillståndet beskrivas och risken för progress och bestående lidande. Det ska framgå hur stort behovet är av den specifika åtgärden.	Här beskrivs patientnytta/effekten av åtgärden. Både positiva effekter (ska korrelera med svårighetsgraden) och eventuella risker, biverkningar mm av åtgärden ska beskrivas.	Här anges det vetenskapliga stödet/evidens för åtgärdens effekt/patientnytta/effekt vid det nämnda hälsotillståndet.	Här anges den hälsoekonomiska bedömningen (antingen som vunna levnadsår eller kvalitetsjusterade levnadsår)	Här anges den hälsoekonomiska evidensen	En sammanvägning av svårighetsgraden, patientnyttan och kostnadseffektiviteten samt evidensen för dessa ger underlag för rangordningen.
Hälsotillstånd Åtgärd	Hälsotillståndets svårighetsgrad	Patientnytta/Effekt av åtgärd	Evidens för patientnytta/ Effekt av åtgärd	Kostnad/vunnet levnadsår/ QALY	Hälsoekonomisk evidens	Rangordning "Icke-göra" FoU
Specificerat tillstånd, subgrupp (tex instabil kranskärslsjukdom, RA med förflyttningssvårigheter) <i>Åtgärd (t ex diagnostisk åtgärd, läkemedel/hjälpmedel, vårdform)</i>	Aktuellt hälsotillstånd i termer av lidande, funktionsnedsättning och livskvalitet Prognos: Risken att dö i förtid Risken för invaliditet/fortsatt lidande Risken för försämrad livskvalitet Mycket stor, stor, måttlig, liten svårighetsgrad	Sjukdomsspecifik överlevnad, morbiditet, symtomlindring, påverkan på funktionsnedsättning/ aktivitetsbegränsning Komplikationer/biverkningar Mycket stor, stor, måttlig, liten patientnytta/effekt	Evidensgrad 1–4 alternativt Mycket gott till otillräckligt vetenskapligt underlag Beprövad erfarenhet	Låg Måttlig Hög Mycket hög eller Ej bedömbart	God Viss Kalkylerad eller Skattad	1–10 (relativ skala) Icke-göra FoU

Steg 3: Faktainsamling och värdering av fakta

I nästa steg söker man information/fakta som beskriver tillståndets svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet. Helst ska detta genomföras på ett integrerat sätt så att personer med olika kompetens samarbetar för att få fram ett så välgrundat underlag som möjligt baserat på litteraturgranskning/konsensusdiskussioner. I realiteten är det dock rimligt att anta att i ett prioriteringsarbete som bedrivs t ex inom en klinik eller inom en kommunal verksamhet får, åtminstone i ett första skede, personalens samlade kompetens utgöra basen.

Till att börja med måste man bestämma sig för ett system för att klassificera svårighetsgrad, patientnytta/effekt av åtgärd och kostnadseffektivitet. Det finns ingen enhetlig standard utkristalliserad. Därför föreslår vi att svårighetsgrad kategoriseras i *mycket stor, stor, måttlig och liten*. På motsvarande sätt uttrycks patientnytta i *mycket stor, stor, måttlig, liten*. Detta är skalor som prövats i olika sammanhang och funnits rimliga att hantera i skattningar. Om möjligt bör man skapa kriterier för kategoriseringen. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård från år 2004 gjordes t ex följande kategorisering: *liten* om påverkan på 1-årsmortaliteten är mindre än 3 procent, *måttlig* om den är mellan 3 och 10 procent och *stor* om den är större än 10 procent. I andra sammanhang kan det vara mer relevant att använda kategorier utifrån påverkan på livskvalitet eller aktivitetsförmåga.

Den vetenskapliga kunskapen om effekten av olika åtgärder baseras ofta på kliniska undersökningar som fokuserat på kliniska effektmått. Dessa är givetvis viktiga men inte alltid tillräckliga. Det är därför angeläget att alltid ställa frågan vilken nytta behandlingen gör för patienten eller den grupp som är föremål för åtgärden. Idag händer det allt för ofta att man likställer klinisk effekt med patientnytta och det är kanske därför äldre i särskilt boende i genomsnitt har tio till tolv mediciner. Det är kanske också därför vi inte alltid respekterar äldres rätt att slippa behandlas i livets slutskede o s v. I praktiken är vi hänvisade till intermediära effektmått vilka då anges i kolumnen för patientnytta men man bör alltid sträva efter mått som beskriver så relevanta effekter som möjligt ur ett patientperspektiv. I rubriken anger vi därför Patientnytta/effekt av åtgärd.

Vi förordar att man använder ett enhetligt sätt att kategorisera svårighetsgrad och nytta. På grund av den stora variationsrikedomen av effektmått i olika verksamheter och de begränsade erfarenheter som finns att arbeta med uttalade gränsvärden anser vi att det är för tidigt att rekommendera en enhetlig definition av kategorier i t ex risknivåer. Det är dock viktigt att de som arbetar med prioriteringar redovisar hur de har resonerat.

Vidare bör anges vilket vetenskapligt underlag som bedömningarna av svårighetsgrad och patientnyttan baseras på. Att identifiera det vetenskapliga underlaget är i regel mycket arbetskrävande. Kravet på systematik och fullständighet måste ställas högre på de projekt som bedrivs nationellt t ex i Socialstyrelsens regi än sådana som bedrivs i ett enskilt landsting eller inom en arbetsplats. Noteras bör att Socialstyrelsen endast uttrycker evidensstyrkan med siffror i enlighet med den gradering av evidensstyrkan som SBU tillämpar i de fall slutsatsen baseras på systematiska kunskapssammanställningar av god kvalitet. När sådana saknas görs en översiktlig litteratursökning efter originalstudier. Återfinns en eller flera randomiserade kliniska prövningar (RCT) bedöms och beskrivs studiernas kvalitet/bevisvärde i ord, t ex ”den enda randomiserade studien visar ingen effekt, men den innefattar få patienter och bedöms ha lågt bevisvärde”. Saknas RCT men det finns annat vetenskapligt underlag, bedöms det utifrån relevanta kriterier.

En sammanfattande bedömning av det vetenskapliga underlaget redovisas sedan på följande sätt:

Tabell 1: Evidensgradering vid enskilda studier om en systematisk kunskapsöversikt saknas enligt Socialstyrelsen.

Bedömning	Underlag
Mycket gott vetenskapligt underlag	Minst två prospektiva kontrollerade studier* av högt bevisvärde med entydiga resultat
Gott vetenskapligt underlag	Minst en prospektiv kontrollerad studie* av högt bevisvärde, alternativt minst två prospektiva kontrollerade studier* av lägre kvalitet men som pekar i samma riktning
Visst vetenskapligt underlag	Minst en kohort- eller fall-kontrollstudie av tillfredsställande kvalitet eller minst en prospektiv kontrollerad studie* av lägre kvalitet
Beskrivs med ord	Studier med heterogena utfall, observationsstudier mm lägre kvalitet, expert- eller konsensusuttalanden mm

* en prospektiv studie kan vara av interventionstyp (t ex randomiserad prövning) eller observationstyp (kohortstudie)

Närmare information om de principer för litteraturgranskning och evidensgradering som tillämpas när Socialstyrelsen utarbetar nationella riktlinjer finns tillgänglig på Socialstyrelsens hemsida. SBU har i en rapport om ”Metoder för långvarig smärta” (2006) beskrivit ett försök att evidensgradera kvalitativa studier. Sådana kan vara ett viktigt kunskapsunderlag för att visa effekten av olika åtgärder.

Också patientupplevelsen av olika tillstånd svårighetsgrad och patientnytta med olika insatser behöver vägas in i ett prioriteringsarbete. Detta kan t ex bedömas utifrån rådande kunskapsläge om upplevd livskvalitet. Det kan också handla om kunskap om vilka insatser som patientgrupper själva anser mest angelägna.

Det viktigaste i det här sammanhanget är att också här söka bästa möjliga kunskapsunderlag för att i möjligaste mån undvika personalens egna tolkningar av vad god livskvalitet innebär för patienten; i synnerhet då det finns många olika definitioner av begreppet livskvalitet.

SBU:s klassifikation bör användas för att gradera den vetenskapliga evidensen för en åtgärds patientnytta/effekt av åtgärd. Lokala prioriteringsprojekt med begränsade resurser till sitt förfogande föreslås redovisa bedömningen av det vetenskapliga underlaget med ord och referera till det kunskapsunderlag som använts. Evidensstyrkan bör endast uttryckas med siffror då man stöder en slutsats på en systematisk kunskapsöversikt från SBU eller en annan översikt av god kvalitet.

Arbetet med att ta fram hälsoekonomiska fakta är i allt väsentligt detsamma som att ta reda på fakta om effekter. Skillnader finns dock beträffande val av databaser där sökningar även bör göras i databaser som är inriktade mot ekonomisk litteratur. Även om utbudet av hälsoekonomiska studier är mer begränsat menar vi att kostnadseffektivitet bör beaktas och anges på något sätt, t ex i form av en enkel kvantitativ bedömning där den uppskattade kostnaden relateras till den viktigaste effekten när man inte har tillgång till hälsoekonomiska data.

När hälsoekonomiska data finns rekommenderar vi att kostnad per vunnet levnadsår och kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår (QALY:s) används i första hand. Fördelen med kronor per QALY framför mått som bygger på kostnad per vunnet levnadsår är att behandlingar som i huvudsak påverkar överlevnad lättare kan jämföras med behandlingar som i huvudsak förbättrar den hälsorelaterade livskvaliteten.

Frågan om det finns *en* bestämd gräns för hur mycket samhället är berett att betala för att vinna ytterligare en QALY eller ytterligare ett levnadsår har diskuterats. Det finns personer som företräder ett sådant synsätt att man bör bestämma en gräns till t ex 500 000 kronor och betrakta allt som kostar under denna gräns som kostnadseffektivt och allt över denna som ej kostnadseffektivt. Samtidigt finns det andra som menar att inte alla aspekter fångas i en kalkyl – t ex måste tillståndets svårighetsgrad beaktas när man tar ställning till vad som ska accepteras och vilka behandlingar som ska förkastas med skälet att kostnaden inte står i rimlig proportion till den förväntade hälsovinsten. Om detta ställningstagande underlättas eller kompliceras av att det finns ett angivet gränsvärde som utgångspunkt för diskussionen är fortfarande en öppen fråga.

I Tabell 2 redovisas hur Socialstyrelsen sammanfattar resultaten av sökningarna efter hälsoekonomiska studier med avseende på evidensstyrka och kostnad per QALY alternativt vunna levnadsår. Kostnadseffektiviteten redovisas i en skala från låg till mycket hög kostnad per QALY eller vunnet levnadsår. Det främsta skälet till detta är att beräknade kostnader per hälsovinst, så kallade kostnadseffektivitetskvoter, sällan är exakta och kan variera mellan olika studier. De ska således sällan tolkas bokstavligen, men ger ändå en bild av storleksordningen.

Den hälsoekonomiska evidensen är betingad av att studien är relevant för svenska förhållanden och redovisas i en skala från god evidens till ej bedömbär. Med skattning avses en enkel kvantitativ bedömning. Med kalkylering avses egna beräkningar som visserligen kan variera kraftigt i omfattning och kvalitet.

Tabell 2. Socialstyrelsens evidensgradering av hälsoekonomi och kategorisering av inkrementella kostnadseffektkvoter.

Hälsoekonomisk evidens (förutsatt att studien är relevant för svenska förhållanden)	Kostnad per QALY alternativt vunnet levnadsår
God Studie av god kvalitet med robusta resultat	Låg < 100 000 kr/QALY alt vunnet levnadsår
Viss Studie av godtagbar kvalitet	Måttlig < 500 000 kr/QALY alt vunnet levnadsår
Kalkylerad Egna kalkyler	Hög ≤ 1 000 000 kr/QALY alt vunnet levnadsår
Skattad Egna bedömningar	Mycket hög > 1 000 000 kr/QALY alt vunnet levnadsår
	Ej bedömbär

Prioriteringsarbeten där hälsoekonomiska data finns tillgängliga bör tills vidare ansluta sig till Socialstyrelsens arbetssätt och ange kostnadseffektivitet i en skala från låg till mycket hög kostnad per vunnet levnadsår eller kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår. Vidare föreslår vi att man redovisar bedömningen av den hälsoekonomiska evidensen i enlighet med de principer som Socialstyrelsen tillämpar. I lokala projekt med små resurser eller svårigheter att konsekvent få fram uppgifter om kostnadseffektivitet rekommenderar vi att man åtminstone resonerar om kostnadseffektivitet i de fall prioriteringsordningen på ett avgörande sätt påverkas när kostnaderna vägas in.

I Bilaga 3 redovisas ett par exempel på hur arbetslistan kan se ut när arbetet med faktaredovisningen har avslutats.

Steg 4: Sammanvägning av fakta och rangordning

I det tredje steget görs själva rangordningen. I praktiken följer egentligen inte arbetet en strikt ordning utan är en process där de som deltar i ett prioriteringsarbete flera gånger behöver gå tillbaka och komplettera/granska fakta under rangordningsarbetet. Det finns ett brett stöd för att använda 10 rangordningsnivåer även om vissa grupper med erfarenheter från omvårdnadsområdet anser att det är en fördel att utgå från färre och därefter stegvis utveckla antalet nivåer. Nackdelen med att endast använda få nivåer är att grupperna blir mycket stora och heterogena. Inom samma nivå kan det finnas behov som anses betydligt mer angelägna än andra. Tio nivåer innebär en större spridning och därmed en bättre vägledning för prioriteringsbeslut. I regel berör resurstillskott till nya verksamheter eller besparingar en mycket liten del av den totala verksamheten. Presenteras då en tredjedel av verksamheten som högt prioriterad och en tredjedel som lågt prioriterad ger det begränsad vägledning.

Vi anser att det är svårt att finna en invändningsfri metod för att matematiskt/kvantitativt räkna fram prioriteringsnivån. Därför görs en kvalitativ sammanvägning av hälsotillståndets svårighetsgrad och åtgärdens kostnadseffektivitet. Dessutom bör evidensen för förväntad nytta och kostnadseffektiviteten beaktas. Behandlingar som är väl dokumenterade och visar en god patientnytta/kostnadseffektivitet har företräde framför sådana där det vetenskapliga underlaget är svagt eller saknas om allt annat är lika. Se Bilaga 3 för konkreta exempel.

Vi vill betona att prioriteringsskalan är en relativ skala, vilket inte gör det möjligt att förutsätta att kombinationer av tillstånd och åtgärder som t ex rangordnats på nivå 5 inom en viss sjukdomsgrupp är likvärdiga ut prioriteringssynpunkt med åtgärder på samma nivå inom en annan sjukdomsgrupp. Det hindrar dock inte att jämförelser görs mellan olika vertikala prioriteringslistor vid diskussioner om horisontella prioriteringar - men sådana måste göras med ovan beskrivna begränsning i åtanke.

Det finns förväntningar om att arbetet med vertikala prioriteringar också ska ge underlag för att utrangera metoder som inte längre bör utföras i sjukvården och ge stöd för att inte införa vissa metoder i rutinsjukvård innan de är ytterligare utvärderade i studier; d v s har vetenskapligt stöd för ordnat införande. Eftersom dessa metoder/åtgärder inte är relevanta att ta med i en rangordning (se tidigare resonemang om prioriteringsobjekt) så handlar det egentligen inte om en prioritering. Vi har istället valt att kalla det för "icke-göra-lista" respektive FoU-lista.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer hänförs till ”icke-göra-listan” insatser som inte bör utföras alls för att det finns god vetenskaplig dokumentation för att åtgärden har sämre effekt än annan behandling eller medför ökad risk för komplikationer eller biverkningar. Hit hänförs också åtgärder som inte bör utföras rutinmässigt för att det vetenskapliga stödet är ofullständigt och där det inte går att hävda att åtgärden görs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Styrkan i rekommendation om att inte utföra en viss åtgärd har således varit beroende av om det finns vetenskapligt stöd för att åtgärden saknar effekt eller om det saknas vetenskapligt stöd för att åtgärden har effekt. Till ”icke-göra-listan” hänförs också diagnostiska åtgärder där eventuella fynd sällan påverkar handläggningen och som därför saknar rutinmässig klinisk indikation. Till FoU-listan hänförs åtgärder för vilka kunskapsläget är ofullständigt och som ingår i randomiserade kliniska prövningar eller andra forsknings- och utvecklingsprojekt som senare kan tillföra ny kunskap. I bilaga 3 finns ett exempel på en ”icke-göra-åtgärd.

Vi föreslår att 10 nivåer (relativ skala) används för rangordning samt att rangordningslistan kompletteras med en ”icke-göra-lista” för metoder som inte bör utföras alls eller utföras rutinmässigt samt en FoU-lista för metoder där det fortfarande saknas tillräcklig evidens för att kunna motivera ett införande i rutinsjukvården. Sammanvägningen sker företrädesvis med en kvalitativ metod i avsaknad av en invändningsfri kvantitativ/matematisk metod. Likaså tror vi att det för närvarande inte är möjligt att fastställa entydiga kriterier som avgör under vilken rangordningsnivå ett prioriteringsobjekt ska hamna.

4.6 Presentation av resultatet

Vi menar att man i ett prioriteringsarbete bör klargöra och öppet redovisa på vilka grunder behov och kostnadseffektivitet bedömts. För att skapa tillräcklig systematik och överblickbarhet behöver kombinationer av tillstånd och åtgärder liksom de fakta som finns identifieras, värderas och redovisas på ett enhetligt sätt. Detta görs förslagsvis på ett arbetsblad (se Figur 2). De faktorer som ligger till grund för prioriteringen och som redovisats i arbetsbladet; svårighetsgrad, patientnytta/effekt av åtgärd, kostnadseffektivitet och evidens, bör också ingå i tabellhuvudet i en rangordningslista som presenteras för andra.

En rangordningslista är en sammanfattning av faktaunderlaget, d v s ett lämpligt sätt att överskådligt ställa upp de fakta som tillsammans med värderingar skapar en rangordning. Det finns inga definitiva krav på hur rangordningen ska presenteras för olika målgrupper. Innehållet måste bli användbart och behöver därför presenteras på olika sätt beroende på målgrupp och användningsområde.

Gränser för vad som är acceptabel behovstäckning (vårdkvalitet, mängd liksom andel av de i patientgrupp som får tillgång till insatsen) är en regional och lokal fråga och ingår därför inte i den nationella modellen. En nationell arbetsmodell bör däremot som nämnts ovan inkludera en kategori som beskriver åtgärder som inte bör utföras av medicinska skäl samt insatser som inte är tillräckligt utvärderade och därför inte bör införas i rutinsjukvård. I bilaga 3 redovisas ett par exempel på hur arbetslistan kan se ut när arbetet med faktaredovisningen har avslutats.

Resultatet bör presenteras i form av en rangordningslista. De parametrar som ligger till grund för prioriteringen bör också på ett enhetligt sätt redovisas i sådana rangordningslistor som visas för andra. I detalj kan språket och utseendet av pedagogiska skäl behöva anpassas för respektive målgrupp.

Vi föreslår att uppgifter om behovstäckning inte ingår i modellen.

4.7 Begränsningar

Detta är den första versionen av en sammanhållen beskrivning av en arbetsmodell för vertikala prioriteringar. Den innehåller inte alla delar som kan aktualiseras och inte heller är den färdig i alla avseenden. Några begränsningar som ofta tas upp rör prioriteringar på individnivån av enskilda patienter som inte passar in i de huvudtyper som beskrivs i rangordningslistor. En annan avgränsning som vi valt att göra är att inte svara på frågor om hur och när vården bör utföras. Det senare är givetvis mycket aktuellt vid bestämning av indikationsgränser kopplat till utformningen av vårdgarantin. När det gäller bedömningar eller värderingar av hur t ex ett visst kirurgiskt ingrepp ska göras, eller hur akut en åtgärd vanligtvis är vid ett definierat tillstånd, hänvisar vi till sådana kompletterande behandlingsriktlinjer av olika slag. Vi menar att framtagning av behandlingsriktlinjer och vertikala prioriteringar är kompletterande aktiviteter.

När det gäller prioritering av patienter med komplexa sjukdomstillstånd som ibland inkluderar tillstånd som t o m rangordnats inom olika delar av sjukvården är det många gånger svårt att bedöma prioriteten. Dessa grupper är givetvis lika angelägna som de med enstaka eller få konkurrerande sjukdomar. Det är i princip möjligt att göra rangordningar av patientgrupper med komplexa tillstånd i den redovisade modellen men vi förstår samtidigt att antalet kombinationer lätt kan bli ohanterligt stort. Vi tror dock att det är viktigt att bedriva ett utvecklingsarbete som syftar till att ta fram förenklade typfall som ändå fångar problematiken med multisjuka patienter i vården.

4.8 Hur kan resultatet av prioriteringsarbetet användas?

En genomgång av hälsoproblem/åtgärder enligt den föreslagna modellen ger ett underlag som kan användas i den ständiga utvecklingen av hälso- och sjukvården. Underlaget, som kan användas av såväl ledning som vårdpersonal, är ett kvalitetsverktyg som sätter fokus på den evidensbaserade vården och hur den tillämpas. Vid utvecklingen av vårdens processer ges också förutsättningar att tillämpa bästa kunskap. Det är också angeläget att arbeta vidare med att utarbeta gemensamma indikationer för olika behandlingsåtgärder. En genomgång och rangordning enligt arbetsmodellen skapar en utgångspunkt för detta arbete. Genom processen stöds arbetet i den kliniska vardagen och i organisationens verksamhetsplanering.

Resultatet av prioriteringsarbetet förutsätts också påverka resursfördelningen inom hälso- och sjukvården på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterad verksamhet jämfört med den med låg prioritet. I en situation av överskott på resurser kan det bli fråga om att prioritera hur beslutfattaren vill fördela överskottet till vissa områden. I så fall kan rangordningslistan användas som underlag för beslut om att ge överskottet till de områden/åtgärder som rangordnats högst.

Vid resursbrist bör det vara de åtgärder som rangordnats lägst med hänsyn till att de ger mycket liten patientnytta, alternativt gör viss nytta men till förhållandevis hög kostnad, som blir föremål för ransonering. Detta ska ses mot bakgrund av att det övergripande syftet med att använda rangordningslistor som stöd för resursfördelningen inom vården är att säkra att patienter får lika tillgång till den vård som betyder mest för liv, hälsa och hälsorelaterad livskvalitet. Innebörden i behovs- och solidaritetsprincipen är nämligen enligt riksdagsbeslutet om prioriteringar att ”om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, ska mer av resurserna ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om inte alla får sina behov tillgodosedda”. Arbetsmodellen kan därmed användas som stöd både vid genomgång av dagens praxis och vid planering inför framtida prioriteringar.

Arbetet med vertikala prioriteringar bör också kunna ge underlag för att utrangera metoder som inte längre bör utföras i sjukvården och ge stöd för att inte införa vissa metoder i rutinsjukvård innan de är ytterligare utvärderade i studier; d v s stöd för ordnat införande (”icke-göra-lista” och FoU-lista). Enligt vår definition innebär det inte en *prioritering* men kan ändå vara en värdefull sideeffekt.

Insatser som hänförs till en ”icke-göra-lista” förutsätts påverka resursfördelningen genom att sådana som är dokumenterat ineffektiva och/eller medför risker för patientsäkerheten utmönstras. För övriga insatser som placerats på ”icke-göra-listan” förutsätts att de inte används rutinmässigt (åtgärder som har ofullständigt vetenskapligt stöd och diagnostiska åtgärder där eventuella fynd sällan påverkar den fortsatta handläggningen). Insatser som hänförs till en FoU-lista förutsätts påverka resursfördelningen på så sätt att de inte används i rutinsjukvården med hänsyn till att kunskapsläget är ofullständigt.

Resursfördelning mellan olika verksamhetsområden och beslut om ransonering av vård är i huvudsak ett politiskt-administrativt ansvar (s k horisontell prioritering). Som stöd för denna process måste någon form av konsekvensbeskrivning tas fram. Syftet är att kvantitativt och kvalitativt beskriva olika konsekvenser som förväntas uppstå om en viss typ av vård inte kan erbjudas befolkningen eller vilka konsekvenser införande av en ny behandling kan få för sjukvårdsbudgeten och sjukvårdsstrukturen. Här har verksamhetsföreträdare en viktig roll att spela.

Några aspekter som kan ingå i en konsekvensbeskrivning är:

- Vilken åtgärd gäller det?
- Vilken patientgrupp berörs och vad är gruppens behov?
- Hur många patienter berörs?
- Vilken patientnytta/effekt kan förväntas av åtgärden?
- Vad är kostnaden för åtgärden?
- Vad är konsekvenserna på sjukvårdens budget?
- Finns det andra alternativa vårdformer för den aktuella patientgruppen?
- Kommer kostnader, vård/omsorgsinsatser att övervältras på den enskilde patienten, annan vårdgivare, andra samhällssektorer?

Erfarenheterna av öppna horisontella prioriteringar är än så länge begränsade och det finns fortfarande många frågor kring hur vertikala rangordningslistor ska användas vid horisontella prioriteringar - särskilt på den politiska nivån. Vi har valt att avgränsa oss från det resonemanget i detta förslag och hoppas få återkomma om detta.

REFERENSER

Anell A, Jansson S. 2005. Subventionering av läkemedel – förutsättningar för öppna och legitima beslutsprocesser i Läkemedelsförmånsnämnden. PrioriteringsCentrum, rapport 2005:1.

Broqvist M. 2006. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster prövar metod för prioriteringar – ett samarbetsprojekt med FSA och LSR. Linköping, PrioriteringsCentrum, rapport 2006:4.

Jacobsson C. 2006. Öppna prioriteringar inom omvårdnad - ett samarbetsprojekt med SSF och Vårdförbundet. PrioriteringsCentrum rapport 2006:5.

Landstinget i Östergötland. 2004. Horisontell politisk prioritering. Från ord till handling. Delrapport januari 2004. Linköping: Landstingets kansli.

Liss P-E. 2004. Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys. Linköping, PrioriteringsCentrum, rapport 2004:9.

Socialdepartementet. 1982. Hälso- och Sjukvårdslag (1982:763).

Socialdepartementet. 1995. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen, Statens offentliga utredningar SOU 1995:5.

Socialdepartementet. 2002. Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m m.

Socialdepartementet. 1996/97. Regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prop 1996/97:60.

Socialutskottet. 1996/1997. Socialutskottets betänkande 1996/97:SOU14.

Svenska Läkaresällskapet. 2004. Öppna prioriteringar av hälso- och sjukvård. Slutrapport från Svenska Läkaresällskapets prioriteringskommitté.

Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet. 2004. Projektgrupp. Prioritering av omvårdnad. Ett diskussionsunderlag baserat på insatser vid stroke.

Mårtensson J, Carlsson P, Arvidsson E, Frank L, Lindström K, Borgquist L. Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar – En intervjustudie med personal i primärvården. CMT-rapport 2006:4.

Internetkällor

www.socialstyrelsen.se

www.vgregion.se

WHO-ICF en introduktion

ICF är ett internationellt klassifikationssystem för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa godkänt av WHO. Målet med ICF är att erbjuda ett standardiserat språk såväl i klinisk vardag som i forskning, vid modellskapande och i politiskt planeringsarbete. ICF försöker fånga kombinationen av olika perspektiv på hur människan fungerar vilket innebär en ”bio-psykosocial” inriktning. ICF försöker uppnå en syntes av olika perspektiv för att erbjuda en sammanhållen syn på hälsa utifrån ett biologiskt, ett individuellt och ett socialt perspektiv.

ICF beskriver ohälsa i termer av: ¹

Strukturavvikelse; innebär en förlust av eller avvikelse i kroppsstruktur, dvs i organ eller lemmar. Exempel på strukturavvikelse kan gälla avsaknad av hand/fingrar eller en avvikelse i ögat i form av blindhet.

Funktionsnedsättningar; innebär en förlust av eller avvikelse i fysiologisk funktion som t ex nedsatt ledstabilitet och smärtförmåga eller vad det gäller psykiska funktioner som nedsatt medvetenhet, motivation eller minne. Strukturavvikelse och funktionsnedsättning anses intimt förknippade med varandra.

Aktivitetsbegränsningar; innebär svårigheter som en person kan ha att genomföra aktiviteter. Exempel på detta kan vara svårigheter att förflytta sig, att kommunicera eller att kunna bistå andra t ex ta hand om sina barn.

Delaktighetsinskränkningar; definieras som ”problem som en person kan uppleva i engagemanget i olika livssituationer”. Det finns ingen skarp gräns mellan aktivitet och delaktighet i ICF utan utrymme finns för olika användningssätt. Ett sätt att tänka kan handla om en persons möjlighet att själv påverka hur en aktivitet utförs även om personen själv inte kan utföra aktiviteten. Om en person t ex inte själv kan klara sin hygien kan han eller hon ändå bestämma på vilket sätt personen vill ha aktiviteten utförd vilket skulle innebära en hög delaktighet. Ett annat sätt att använda begreppen är att välja ut områden som man bedömer särskilt har att göra med aktivitet och bedöma dessa för sig och sedan välja ut områden som har att göra med delaktighet och bedöma dessa för sig (t ex viktiga livsområden som utbildning, arbete och sysselsättning).

¹ Hämtat ur ”Kortversion – Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsen, 2004 att beställa på www.sos.se/plus/skrift.htm.

ICF omfattar också begrepp för fysiska, sociala och attitydmässiga **omgivningsfaktorer** som påverkar hälsotillståndet, antingen som hindrande för att uppnå hälsa eller underlättande. Exempel på en omgivningsfaktor är personligt stöd och personliga relationer som kan innefatta närfamiljen men också allmänna sociala stödinsatser som hemtjänstpersonal.

Personliga faktorer som ålder, kön, social status m m påverkar naturligtvis också hälsan. För närvarande klassificeras inte dessa i ICF p g a att det finns stora sociala och kulturella skillnader i hur man i olika länder ser på vad som påverkar hälsa.

Samtliga områden i ICF finns beskrivna på olika detaljeringsnivåer från det mer övergripande till det specifika.

Deltagare i arbetsgruppen

Mari Broqvist, PrioriteringsCentrum, m.broqvist@telia.com

Per Carlsson, PrioriteringsCentrum, per.carlsson@ihs.liu.se

Kristina Eklund, Socialstyrelsen, kristina eklund@socialstyrelsen.se

Bo Hallin, Västra Götalandsregionen, bo.hallin@vgregion.se

Catrine Jacobsson, Svensk sjuksköterskeförening/Vårdförbundet,
catrine.jacobsson@nurs.umu.se

Gunilla Jacobsson Ekman, Stockholms läns landsting,
gunilla.jacobsson-ekman@sll.se

Christina Källgren Peterson, Landstinget i Östergötland,
christina.kallgren.peterson@lio.se

Christina Kärvinge, Socialstyrelsen, christina.karvinge@socialstyrelsen.se

Marion Lindh, Stockholms läns landsting, marion.lindh@sll.se

Britt Nordlander, Svenska Läkaresällskapet, britt.nordlander@karolinska.se

Urban Sjöblom, Södra sjukvårdsregionen, urban.sjoblom@ltblekinge.se

Anna Sohlberg, Socialstyrelsen, anna.sohlberg@socialstyrelsen.se

Per Rosén, Södra sjukvårdsregionen, per.rosen@skane.se

Exempel på rangordningslistor

Bilaga 3

Hälsotillstånd/ Åtgärd	Hälsotillståndets svårighetsgrad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Kostnad per vunnet levnadsår /QALY	Hälsö- ekonomisk evidens	Rang- ordning
Instabil kranskärlssjukdom (akut icke-ST-höjningsinfarkt/instabil angina) <i>Rutinmässig kranskärlsröntgen och med möjlighet till revaskularisering (PCI/CABG) under vårdtiden</i>	Måttlig risk för förtida död och/eller permanent skada (Hjärtinfarkt/död under medel uppföljningen 17 månader, 14,4% i non-invasivt behandlad grupp)	Minskad död/hjärtinfarkt OR 0,76 (95 % CI 0,62-0,94), refraktär angina OR 0,67 (95 % CI 0,55-0,83), återinläggning OR 0,67 (95 % CI 0,61-0,74) vid 6-12 månader.	1	Låg till måttlig	Janzon (2003), Mahoney (2002)	5
Akut ST-höjningsinfarkt (STEMI) <i>Akut angiografi med syfte till direkt-PCI som förstahandsbehandling på sjukhus</i>	Stor risk för förtida död och/eller permanent skada	Direct PCI vs. trombolys: Minskad mortalitet (4-6 v) från 9 till 7 % (OR 0.73; 95 % CI 0,2--0,86), reinfarkt från 7 till 3 % (OR 0.35; 95 % CI 0,27-0,45), stroke från 2 till 1 % (OR 0.46; 95 % CI 0,30-0,72).	1	Låg-Måttlig	skattad	1
Akut ST-höjningsinfarkt (med mer än 60-120 minuters fördröjning till möjlighet till direkt-PCI) <i>Faciliterad PCI med trombolys</i>	Stor risk för förtida död och/eller permanent skada	Faciliterad PCI med trombolys vs. enbart PCI: Ökad mortalitet, 6 vs 4 % (OR 1,43; 95 % CI 1,01-2,02), reinfarkter 4 vs 2 % (OR 1,81; 95 % CI 1,19-2,77) och stroke 1,6 vs 0,3 % (p=0.0002)	2 (för skadlig effekt)	Sämre dyrare	Skattad	icke göra
Lätt till svår hjärtsvikt (NYHA II-IV) <i>Uppföljning vid hjärtsviktmottagning eller i patientens hem, sjuksköterskebaserad med läkarstöd, teambaserat arbetssätt (multidisciplinärt)</i>	Stor risk för död och sjuklighet Stort behov av symtomlindring Stor påverkan på livskvalitet	Minskad sjukhusvård med 30% (KI: 0,62-0,79) för hjärtsvikt eller hjärtsjukdom. Återinläggning eller död minskade med 18% (KI: 0,72-0,94). Reduktion av totalmortalitet med 25% (KI: 0,59-0,96).	Evidensgrad 1 för morbiditet och Evidensgrad 2 för mortalitet	Låg	Skattad	2
Hjärtsvikt (NYHA II-III) <i>Fysisk träning i grupp under ledning av sjukgymnast</i>	Måttlig risk förtida död Stor risk permanent skada Stor påverkan av livskvalitet	V02max +2,16 mL/kg/min 95% CI 2,82-1,49. Arbetstid 2,38 min,(CI 2,85-1,93), Arbetskapacitet 15,1 watt (CI 17,7 – 12,6), Sex minutersgångtest 40,9 m (64,7-17,1) Livskvalitet förbättras Mortalitet-minskning (hazard ratio 0.65, 95% konfidens intervall, 0.46 to 0.92; log rank chi(2) = 5.9; P = 0.015).	2	Låg	Skattad	2

Exempel 1. Från Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Det får tillsvidare betraktas som ett övningsexempel då arbetet med uppdatering av härtriktlinjerna fortfarande pågår.

Hälsotillstånd	Insats	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta/ effekt av insats	Stöd för effekt	Uppskattad kostnads-effektivitet	Rangordning 1-10
Nedsatt känsel i munnen	Sväljtest	Stor	Stor	Stark	Stor	2
"-	Munvård	Stor	Stor	Stark	Måttlig	4
"-	Kontinuerlig inspektion	Stor	Stor	Måttlig	Måttlig	6
"-	Anpassad temperatur på maten	Stor	Stor	Stark	Måttlig	3

Exempel 2. Detta exempel har utvecklats inom ramen för ett metodförsök inom akut strokevård. Exempel på hälsotillstånd/insats under problemområdet Ättsvårigheter i relation till en nyinsjuknad patientgrupp med stroke som har en vänstersidig svaghet, dysfagi och stor svårighetsgrad av tillståndet.

PRIORITERINGSCENTRUMS RAPPORTSERIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 2004:1 *Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie*. Kristina Lämås, Catrine Jacobsson.
- 2004:2 *Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala*. Li Bennich-Björkman.
- 2004:3 *Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik*. Mari Broqvist.
- 2004:4 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska beslutsprocessen*. Karin Bäckman, Anna Andersson, Per Carlsson.
- 2004:5 *Prioriteringar i vårdflöden för äldre – en förstudie*. Kerstin Blomqvist
- 2004:6 *Hinder och möjligheter att använda hälsoekonomiska analyser inom omvårdnad - en litteraturstudie*. Kristina Lämås, Catrine Jacobsson, Lars Lindholm, Birgitta Engström.
- 2004:7 *Trygghet och omvårdnadsbehov: Förhållningssätt och föreställningar om prioriteringar och kriterier för beslut om särskilt boende*. Gunhild Hammarström.
- 2004:8 *Prioriteringsprocessen. Del II: det interna förtroendet*. Peter Garpenby.
- 2004:9 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård — en begreppsanalys. Andra reviderade upplagan*. Per-Erik Liss.
- 2005:1 *Subventionering av läkemedel – förutsättningar för öppna och legitima beslutsprocesser i Läkemedelsförmånsnämnden*. Anders Anell och Sandra Jansson.
- 2005:2 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvård - erfarenheter från andra länder*. Per Carlsson (red.), Anders Anell, Sandra Jansson, Peter Garpenby, Per-Erik Liss, Karin Lund.
- 2005:3 *Befolkningsdialog kring prioriteringar i Region Skåne*. Per Rosén.
- 2005:4 *Utvärdering av implementeringen av Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård i fyra landsting och regioner. Första delen*. Peter Garpenby, Anna Andersson, Sven-Olof Junker.

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

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

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

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

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

2005:10 *Rättvisa prioriteringar i äldreomsorgen - dokumentation av ett pilotprojekt.* Per Rosén.

2006:1 *Målsättningar och verklighet – vård och omsorg i kommunal regi. Del I. Mål och prioriteringar.* Per-Erik Liss.

2006:2 *Målsättningar och verklighet – vård och omsorg i kommunal regi. Del II. Ålderdom, omsorgsberoende och livsperspektiv samt Mål, prioriteringar och omsorgsarbetets vardag.* Tommy Svensson, med diskussion och slutsatser av Per-Erik Liss.

2006:3 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del III. Uppföljning av de politiska besluten – hur gick det sedan?* Karin Bäckman, Erling Karlsson, Per Carlsson.

2006:4 *Arbetsterapeuter och sjukgymnaster prövar metod för prioriteringar - ett samarbetsprojekt med FSA och LSR.* Mari Broqvist.

2006:5 *Öppna prioriteringar inom omvårdnad- ett samarbetsprojekt med SSF och Vårdförbundet.* Catrine Jacobsson

2007:1 *Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård* Per Carlsson, Christina Kärvinge, Mari Broqvist, Kristina Eklund, Bo Hallin, Catrine Jacobsson, Gunilla Jacobsson Ekman, Christina Källgren, Marion Lindh, Britt Nordlander, Per Rosén, Urban Sjöblom, Anna Sohlberg