

Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård

Reviderad version

2011:4



Mari Broqvist Maria Branting Elgstrand
Per Carlsson Kristina Eklund Anders Jakobsson

Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård

2011:4



Linköpings universitet

PRIORITERINGSCENTRUM

Nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vård och omsorg

www.liu.se/prioriteringscentrum

**Nationell modell för öppna prioriteringar
inom hälso- och sjukvård**

Reviderad version

*Mari Broqvist, Maria Branting Elgstrand,
Per Carlsson, Kristina Eklund,
Anders Jakobsson*

Prioriteringscentrum 2011:4

FÖRORD

”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”.

Detta citat är hämtat ur den proposition som innehåller riktlinjerna för hur prioriteringar ska gå till inom hälso- och sjukvård. En ökad öppenhet kring de prioriteringar som alltid sker i sjukvården kräver instrument både för att kommunicera prioriteringar till medborgarna och för att kommunicera etiska överväganden och olika ställningstaganden mellan personer som ska göra prioriteringar. Behovet av ett systematiskt och enhetligt arbetssätt att göra prioriteringar på växte fram i slutet av 1990-talet i Landstinget i Östergötland. I samband med att Socialstyrelsen påbörjade arbetet med de första nationella riktlinjerna (för hjärtsjukvård) blev behovet av att ytterligare precisera och tydliggöra metoden för prioriteringar än mer tydligt. De allmänt beskrivna prioriteringsprinciperna i propositionen var inte tillräckliga för att vägleda mer praktiska arbeten och röster höjdes om en mer konkret beskrivning av arbete med att rangordna tillstånd och behov.

Med tiden växte också ett behov fram i enskilda landsting och verksamheter att kunna använda erfarenheter från Socialstyrelsens sätt att ta fram prioriteringar i lokala prioriteringsarbeten.

En arbetsgrupp med företrädare från Socialstyrelsen och Prioriteringscentrum, andra organisationer som arbetat med prioriteringar såsom Landstinget i Östergötland, Stockholms läns landsting, Västra Götaland, Södra sjukvårdsregionen, Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet tog 2006 fram det ursprungliga förslaget till en nationell modell för öppna vertikala prioriteringar¹. Förslaget förankrades hos myndigheter, yrkesförbund och personer med särskilda kunskaper inom området.

¹ Mari Broqvist, PrioriteringsCentrum, Per Carlsson, PrioriteringsCentrum, Kristina Eklund, Socialstyrelsen, Bo Hallin, Västra Götalandsregionen, Catrine Jacobsson, Svensk sjuksköterskeförening/Vårdförbundet, Gunilla Jacobsson Ekman, Stockholms läns landsting, Christina Källgren Peterson, Landstinget i Östergötland, Christina Kärvinge, Socialstyrelsen, Marion Lindh, Stockholms läns landsting, Britt Nordlander, Svenska Läkaresällskapet, Urban Sjöblom, Södra sjukvårdsregionen, Anna Sohlberg, Socialstyrelsen, Per Rosén, Södra sjukvårdsregionen,

Modellen har sedan publiceringen använts i många olika sammanhang och erfarenheter från flera projekt finns idag dokumenterade. Sammantaget får modellen ett starkt stöd som en viktig hjälp då det gäller att genomföra ett systematiskt prioriteringsarbete grundat på riksdagens riktlinjer. Modellen har även prövats inom kommunal vård och omsorg (t ex i Socialstyrelsens demensriktlinjer) och funnits möjligt att tillämpa om än med vissa modifieringar som vi återkommer till i rapporten.

De verksamheter och landsting som använt modellen har dock rapporterat vissa svårigheter i tillämpningen. En del svårigheter har att göra med interna arbetsprocesser, bristande beslutsunderlag och system att klassificera vård och oklarheter i riksdagens riktlinjer. Vissa utvecklingsbehov av själva modellen har också framförts återkommande. En sådan aspekt är större tydlighet i kopplingen till riksdagens riktlinjer, en annan tydligare vägledning kring hur olika moment konkret kan utföras. Bland annat efterfrågas en mer användarvänlig handbok.

Redan vid publiceringen av den första versionen planerade Prioriteringscentrum och Socialstyrelsen att inbjuda till en revidering av rapporten. Det planerades ske första gången senast i oktober 2007. I samband med den nationella prioriteringskonferensen det året hölls ett seminarium kring tillämpningen av den nationella modellen. Där konstaterades att ytterligare erfarenheter av att tillämpa modellen måste byggas upp innan det fanns anledning att överväga en eventuell revision. Idag får prioriteringsmodellen anses väl beprövad runt om i landet. Den har visat sig fungera och vi föreslår små förändringar i arbetssättet. Däremot har vi lagt ner ett stort arbete på att bättre förklara hur modellen bör användas.

Den reviderade version av modellen som presenteras i denna rapport har tagits fram av Prioriteringscentrum och Socialstyrelsen gemensamt. Denna rapport har presenterats för Prioriteringscentrums styrelse där representanter för Svenska Läkaresällskapet, Läkarförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, Vårdförbundet, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade sjukgymnasters riksförbund samt Sveriges kommuner och landsting (SKL) deltagit. Styrelsen ställer sig bakom att denna nya version av modellen publiceras. Diskussioner har också skett vid ett seminarium med särskilt inbjudna personer med erfarenhet av att tillämpa modellen i Socialstyrelsens riktlinjearbete, i landstingsövergripande arbete samt inom enskilda verksamheter ute i landet. Förslaget har dessutom skickats ut till alla sjukvårdsdirektörer eller motsvarande i samtliga landsting och regioner, till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, till Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning samt till samordnaren för övergripande frågor inom området Styrning och ledning, SKL för vidare distribution till kommunrepresentanter för kännedom och inbjudan till kommentarer.

Förhoppningen är att alla som planerar eller redan bedriver ett prioriteringsarbete inom hälso- och sjukvård såväl i aktiviteter som arrangeras av staten, landsting, kommuner, kliniker, professionella grupper eller motsvarande ska ha nytta av denna rapport för att förstå hur den nationella modellen för öppna prioriteringar är tänkt att fungera.

Ett stort tack till alla som bidragit till den reviderade version av modellen och till den första versionen!

Linköping, juni 2011

Per Carlsson, föreståndare Prioriteringscentrum

SAMMANFATTNING

Med nationell modell för öppna prioriteringar avses en systematisk metod för att omsätta riksdagens riktlinjer och dess etiska plattform i praktiken.

Prioriteringsmodellen ska kunna användas vid prioriteringar, i första hand på gruppnivå, inom alla typer av offentligt finansierad hälso- och sjukvård, såväl inom landsting, kommunal som privat driven hälso- och sjukvård. Modellen är tillämpbar såväl på vertikala som horisontella prioriteringar.

Den nationella modellen för öppna prioriteringar syftar till att skapa ökad systematik i tillämpningen av riksdagens riktlinjer för att säkra att förhållandevis mer resurser fördelas till ändamålsenlig och effektiv vård till personer med störst behov av vård samt öka förutsättningarna för öppna prioriteringar. Den förordar dock inte hur själva prioriteringsarbetet ska organiseras.

- Utgångspunkten för den nationella modellen är riksdagens beslut om prioriteringar och den etiska plattformen; människovärdesprincipen, behovs- solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. När det finns oklarheter om hur dessa riktlinjer ska omsättas i praktiken beskrivs hur dessa oklarheter påverkar utformningen av prioriteringsmodellen. Det som strikt tolkat kan ses som avsteg från riktlinjerna redovisas.
- När beslutsfattare inom hälso- och sjukvården står inför val kan det vara en fördel att kunna rangordna tänkbara valmöjligheter i en prioriteringsordning. I prioriteringsmodellen innebär prioritering enbart att olika alternativ rangordnas. Modellen förespråkar inte i sig vad som specifikt ska bli konsekvenserna av en rangordning och anger inte heller gränser för vad som är acceptabel behovstäckning.
- Modellen består av momenten;
 - Bestämning av syfte och prioriteringsområde
 - Identifiering av prioriteringsobjekt
 - Sammanställning och bedömning av svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet
 - Sammanvägning och rangordning
 - Presentation av rangordning, dess grunder och konsekvenser
- Varje aktör som tillämpar modellen måste själva definiera ett syfte med sitt prioriteringsarbete. Syftet påverkar vilket prioriteringsområde (verksamhet, sjukdomsgrupp etc) som ska bli föremål för prioriteringsarbetet.

II

Att skapa beslutsstöd och kvalitetssäkring för kliniskt vårdarbete, skapa underlag för omfördelning, ransoneringar, ordnat införande av nya metoder och utmönstring av ineffektiva metoder är några exempel på preciserade syften.

- Det som rangordnas benämns prioriteringsobjekt. Prioriteringsobjektet utgörs av olika kombinationer av tillstånd (d v s en konstaterad ohälsa, en misstanke om eller en risk för ohälsa) och åtgärder (d v s åtgärder i form av hälsofrämjande åtgärder, prevention, undersökning och analys/diagnostik, behandling, egenvård, uppföljning eller palliation). Vilka tillstånd och åtgärder som ska väljas samt mängd och detaljeringsgrad styrs av syftet med prioriteringsarbetet.
- Människovärdesprincipen, som är en övergripande princip i modellen, innebär att alla människor har lika värde och samma rätt till vård oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Personliga egenskaper såsom t ex ålder, kön, livsstil eller social funktion hos en grupp kan dock vara uttryck för att det finns speciella vårdbehov eller påverka nyttan med olika åtgärder. I sådana fall kan även personliga egenskaper beaktas i en prioritering på gruppnivå och finnas med i beskrivningen av tillstånden i prioriteringsobjekten.
- Prioriteringsmodellen bygger konkret på behovs- solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Med behov av hälso- och sjukvård avses i detta sammanhang både tillståndets svårighetsgrad och den förväntade nyttan av en åtgärd. I modellen innebär detta att de identifierade prioriteringsobjekten bedöms utifrån tillståndens svårighetsgrad, åtgärdernas patientnytta och åtgärdernas kostnadseffektivitet.
- I prioriteringsmodellen bedöms svårighetsgrad utifrån aktuellt hälsotillstånd, risk för ohälsa och tillståndets varaktighet. Bedömningen av patientnytta omfattar såväl åtgärdens positiva som negativa effekter t ex komplikationsrisk. Både svårighetsgrad och patientnytta anges i skalan mycket stor, stor, måttlig och liten. Kostnadseffektiviteten bedöms utifrån skalan mycket hög kostnad per effekt, hög kostnad per effekt, måttlig kostnad per effekt och liten kostnad per effekt. Sedan värderas hur säkert bedömningarna av patientnyttan och kostnadseffektiviteten är. Det görs om möjligt med etablerade evidensgraderingssystem och i annat fall med egna ord.

III

- Rangordningen i den nationella modellen innebär att kvalitativt väga samman svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet samt kvaliteten på kunskapsunderlagen. Tio nivåer används för att ange rangordning. Det är viktigt att prioriteringsgraden logiskt kan förstås utifrån den graderingen som gjorts vad det gäller svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet samt kvaliteten på kunskapsunderlagen. Sammantaget låga värden på dessa kan aldrig ge en hög prioritet och vice versa; sammantaget höga värden kan inte ge låg prioritet. Några absoluta kriterier för de olika prioriteringsgraderna finns dock inte vilket innebär att olika rangordningslistor inte självklart kan jämföras med varandra utan gemensam diskussion.
- Högsta prioritet (1) innebär att värden bör fördela förhållandevis mer resurser till dessa tillstånd-åtgärdspar så att åtgärderna säkert utförs vid dessa tillstånd. På motsvarande sätt innebär prioritet 10 för ett tillstånd-åtgärdspar att åtgärderna för dessa tillstånd endast bör utföras om det finns tillräckligt med resurser att också utföra det som har högre prioritet. Vid värderingen av patientnytta kan man hitta åtgärder som bör utmönstras ur värden oavsett tillgång på resurser, p g a att de saknar effekt, eller medför stora risker eller biverkningar i relation till nyttan. Dessa bör redovisas separat och ingår därför inte i rangordningen 1-10.
- Resultatet kan presenteras i form av en rangordningslista. I detalj kan språket och utseendet av pedagogiska skäl behöva anpassas beroende på syfte och målgrupp för arbetet. Rangordningslistan bör kompletteras med olika typer av kommentarer och konsekvensbeskrivningar.

SUMMARY

The national model for transparent prioritisation concerns a systematic method of interpreting and implementing the Riksdag's guidelines and ethical platforms in practice. The model may be used for prioritisation, primarily at group level, by all types of publicly funded health care providers, within county councils, municipalities and privately managed health care. The prioritisation model is applicable in both vertical and horizontal prioritisation.

The national model for transparent prioritisation aims to increase the systematic application of the Riksdag's guidelines in order to ensure that a greater proportion of resources are allocated appropriately and efficiently to the care of those in greatest need of it, enabling and facilitating transparent prioritisation. The model does not, however, stipulate how the actual work of priority setting shall be organised.

- The starting point for the national model is the Riksdag's decision on prioritisation and the ethical platform, consisting of: the *human dignity principle*, *needs-solidarity principle* and *cost-effectiveness principle*. When there is a lack of clarity regarding how the guidelines are to be applied in practice, the impact of these ambiguities on the formation of the prioritisation model is described. What may be strictly interpreted as deviations from the guidelines is presented.
- Decision-makers within health care who are faced with making complex choices may find it beneficial to rank conceivable options in order of priority. The prioritisation model denotes solely the ranking of different priorities. It does not specify or determine the consequences of ranking; neither does it establish parameters or thresholds for what constitutes an acceptable coverage of needs.
- The model consists of the following stages:
 - Determining purpose/aim and area of prioritisation
 - Identifying the prioritisation object
 - Compiling and assessing severity levels, benefits to patient and cost-effectiveness
 - Weighting and ranking
 - Presentation of ranking, its foundation/basis and consequences
- Each actor that applies the model must individually specify an aim or purpose for prioritisation. This aim affects the choice of area of prioritisation (organisation, disease groups etc) for priority setting.

A few examples of the aims stipulated include creating decision support and quality assurance for clinical care, a basis for redistribution or rationing, the organised introduction of new methods and the phasing out of ineffective methods.

- The term *prioritisation object* is given to that which is ranked. The prioritisation object is comprised of various combinations of health conditions (i.e. an established condition of poor health or illness, a suspicion of or risk of illness) and action to promote or enhance health (prevention, examination and analysis/diagnostics, treatment, self-care, follow-up or palliation). Choice of health condition and intervention as well as that of extent or magnitude and level of detail is dictated by the aim of priority setting.
- The human dignity principle, the overall principle of the model, means that all humans have equal value and equal rights, irrespective of their personal characteristics and functions in society. Personal characteristics such as, for example, age, gender, lifestyle or social function in a group may however signify special care needs or affect the usefulness of various types of intervention. In such cases, personal characteristics may also be considered when prioritising at the group level and be included when describing the health condition of the prioritisation object.
- The prioritisation model is solidly based on the needs and solidarity principle and the cost-effectiveness principle. The need for health care in this context concerns both the severity level of an individual's condition as well as the expected benefits to be gained by performing a certain action or intervention. With regard to the model, this means that the prioritisation objects identified assessed according to the seriousness of the patient's condition, the benefit to the patient of various types of intervention and their cost-effectiveness.
- In the prioritisation model, assessment of severity level is based on the current health condition, risk of illness and duration of the health condition. The assessment of patient benefits incorporates both positive and negative effects, e.g. the risk of complications. The severity level and patient benefit are both indicated on a scale consisting of the values: very high, high, moderate and low. Cost-effectiveness is assessed based on the scale: a very high cost per effect, high cost per effect, moderate cost per effect and low cost per effect. The certainty of assessments of patient benefit and cost-effectiveness is then expressed, if possible, with an established evidence-grading system.

- Ranking in the national model involves qualitative weighting of severity level, patient benefit, cost-effectiveness and the quality of knowledge bases. Ten levels are used to indicate ranking. It is essential that the priority level may be logically understood according to the grading given to severity, patient benefit, cost-effectiveness and quality of knowledge bases. Overall low values for these factors may never result in a high priority level and vice versa; overall high values may not result in a low priority level. Absolute criteria for the different priority levels is very difficult to establish, which means that different ranking lists may not obviously be compared with each other without collective discussion.
- The highest priority (1) of health condition-intervention combinations means that the health services should allocate relatively more resources to these and secure that action is taken. Similarly, priority 10 for a health condition-intervention combination signifies that the specified action should be taken for these conditions only if sufficient resources exist for performing higher priority intervention. On appraising patient benefit, findings may show that certain interventions should be phased out of care regardless of the availability of resources, due to a lack of effect, a high level of risk or the incidence of adverse effects in relation to benefit. These should be presented separately and are therefore not included in the rankings 1-10.
- Results may be presented in the form of a ranking list. Detailed adjustments may be needed of language and appearance for pedagogical reasons, depending on the aim and target group for the work. The ranking list should be supplemented with various types of comments and descriptions of consequences.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
1.1 LÄSANVISNING	3
1.2 INTERAKTIV HANDBOK	3
1.3 ETT LEVANDE VERKTYG	4
1.4 MODELLENS FÖRÄNDRINGAR I SAMMANFATTNING	4
2. NATIONELL MODELL FÖR ÖPPNA PRIORITERINGAR - TILLÄMPNINGSOMRÅDE OCH BEGRÄNSNINGAR	6
2.1 TILLÄMPNING PÅ GRUPPNIVÅ	7
2.2 VERTIKALA OCH HORISONTELLA PRIORITERINGAR	8
2.3 TILLÄMPNING INOM ANNAN VÅRD OCH OMSORG	9
3. DEN ETISKA PLATTFORMEN - GRUNDEN FÖR NATIONELL MODELL FÖR ÖPPNA PRIORITERINGAR	11
3.1 ÖPPENHET OCH ACCEPTERADE PRINCIPER	11
3.1.1 Öppna prioriteringar	11
3.1.2 Allmänt accepterade principer	12
3.2 DEN ETISKA PLATTFORMEN	12
3.2.1 Människovärdesprincipen	13
3.2.2 Behovs- och solidaritetsprincipen	13
3.2.3 Kostnadseffektivitetsprincipen	14
3.2.4 Föreslagna förändringar av den etiska plattformen med implikation på modellen	15
3.3 SAMBAND MELLAN DEN ETISKA PLATTFORMEN OCH NATIONELLA MODELLEN FÖR ÖPPNA PRIORITERINGAR	16
3.4 RIKSDAGENS ÖVRIGA RIKTLINJER FÖR PRIORITERINGAR	17
4. MOMENTEN I DEN NATIONELLA MODELLEN FÖR ÖPPNA PRIORITERINGAR	19
4.1 BESTÄMNING AV SYFTE OCH PRIORITERINGSOMRÅDE	20
4.1.1 Bestämning av syfte med prioriteringsarbetet	20
4.1.2 Bestämning av prioriteringsområde	21
4.2 IDENTIFIERING AV PRIORITERINGSOBJEKT	22
4.2.1 Tillstånd	23
4.2.2 Åtgärd	25
4.3 SAMMANSTÄLLNING OCH BEDÖMNING AV SVÄRIGHETSGRAD, PATIENTNYTTA OCH KOSTNADSEFFEKTIVITET	26
4.3.1 Bedömning av tillståndets svårighetsgrad	27
4.3.2 Bedömning av patientnytta	31
4.3.3 Bedömning av kostnadseffektivitet	36

4.3.4 Bedömning av kvalitet av kunskapsunderlag.....	39
4.4 SAMMANVÄGNING OCH RANGORDNING	41
4.4.1 Principer för rangordning	42
4.4.2 Rangordningsskalan	42
4.4.3 Den etiska plattformen sätter ramen för rangordningen.....	43
4.4.4 Kvaliteten på kunskapsunderlaget kan påverka rangordningen	44
4.5 PRESENTATION AV RANGORDNING, DESS GRUNDER OCH KONSEKVENSER.....	45
4.5.1 Prioriteringens innebörd och konsekvenser	45
4.5.2 Olika presentationsformer	46
4.6 SLUTORD	47
REFERENSER	48

1. INLEDNING

Med nationell modell för öppna prioriteringar avses en systematisk metod för att omsätta riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Med riksdagens riktlinjer avses främst de riktlinjer som finns uttryckta i regeringens proposition ”Prioriteringar i hälso- och sjukvård” 1996/97:60 där den etiska plattformen utgör själva kärnan i riktlinjerna och vars principer finns manifesterad i hälso- och sjukvårdslagen. Den reviderade versionen av prioriteringsmodellen som presenteras i denna rapport ersätter den modell som togs fram och presenterades 2006. Den nationella modellen för öppna prioriteringar är till stora delar oförändrad vad det gäller grundläggande principer och moment. De förändringar som gjorts motiveras utifrån den breda erfarenhet som finns idag av att tillämpa prioriteringsmodellen i praktiken och rör i första hand klagörande kring vissa begrepp och moment.

Denna rapport vänder sig till alla aktörer som ämnar utföra prioriteringsarbete inom hälso- och sjukvård inom stat, landsting, kommuner, kliniker, professionella grupper eller motsvarande. Här presenteras den andra versionen av den nationella modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Förhoppningen är att olika aktörer ska ha nytta av rapporten för att förstå hur den nationella modellen för öppna prioriteringar är tänkt att fungera.

Med nationell modell för öppna prioriteringar avses en systematisk metod för att i praktiken omsätta den etiska plattformen, vars principer finns manifesterade i hälso- och sjukvårdslagen, men också vissa av regeringens stödjande riktlinjer för prioriteringar. ”Nationell” står för att modellen är framtagen i enighet av ett stort antal aktörer inom svensk hälso- och sjukvård men också för att modellen syftar till att:

- skapa en samsyn nationellt kring vad som bör ingå i öppna prioriteringar
- skapa ökade förutsättningar för att kommunicera prioriteringar och dess grunder mellan olika professioner, olika vårdnivåer, mellan landsting och kommun, mellan olika landsändar samt olika organisationer och myndigheter.

Den omarbetade nationella modellen för öppna prioriteringar är till stora delar oförändrad vad gäller de grundläggande principer som utgör modellens ramverk. Snarare ger denna revidering förtydliganden kring vissa begrepp och moment i prioriteringsmodellen samt kring strukturen för arbetet.

Prioriteringar är det mest centrala begreppet i denna rapport. Det finns flera aktiviteter inom hälso- och sjukvård som på olika sätt relaterar till fördelning av resurser² och där benämningen blir viktig för att visa på vilken typ av aktivitet det gäller (Liss 2004). Vi vill därför redan nu klargöra hur dessa begrepp används i denna rapport.

CENTRALA BEGREPP

Prioritering

Ett beslut att ge företräde åt något eller någon, ett val baserat på en rangordning. Rangordningen visar de alternativ som ska sättas före och åtgärdas framför de alternativ som får stå tillbaka, t ex senareläggas eller inte åtgärdas alls. För att en rangordning eller ett val ska räknas som en prioritering måste alternativen vara övervägda och relevanta d v s de måste kunna komma ifråga.

Öppen prioritering

Med öppen prioritering avses här en prioritering där prioriteringsbeslut, grunderna och konsekvenserna är tillgängliga för alla som önskar ta del av dem. Att öppet redovisa en prioritering innebär i denna rapport att dessa krav tillgodoses. En prioritering kan göras med olika grader av öppenhet.

Ransonering

Begränsning av möjligheter att optimalt³ tillfredsställa vård- eller omsorgsbehov. Ransonering innebär därmed alltid definitionsmässigt någon grad av försämring för den som behöver vård och omsorg.

Effektivisering

Någon form av aktivitet (t ex förändrat arbetssätt) som antingen ger samma möjligheter att optimalt tillfredsställa vård- eller omsorgsbehov men med en lägre resursförbrukning, alternativt ger möjlighet att bättre tillfredsställa vård- eller omsorgsbehov till en resursförbrukning som är lika eller lägre än alternativen. En effektivisering kan i denna bemärkelse aldrig innebära en försämring för den som behöver vård och omsorg.

² Med resurser avses i denna rapport allt som påverkar möjligheten att utföra en åtgärd inom hälso- och sjukvård och kan t ex omfatta såväl ekonomiska som personella resurser (inklusive kompetens).

³ Ett vårdbehov åtgärdas optimalt om insatsen resulterar i största möjliga behovstillfredsställelse, givet de kunskapsmässiga förutsättningar som existerar vid tillfället (Liss 2004).

Vi är medvetna om att språkbruket inom hälso- och sjukvård kan skilja sig åt. I rapporten används begreppen patient och brukare synonymt likväl som vi lägger samma innebörd i begreppen åtgärd, insats och program. Med begreppet riksdagens riktlinjer avses i huvudsak de riktlinjer för prioriteringar som redovisas i regeringens proposition (Socialdepartementet 1996/97) där den etiska plattformen ingår (se kapitel 3).

1.1 Läsanvisning

Rapporten inleds med en beskrivning av modellens syfte och tillämpningsområde men också dess begränsningar i kapitel 2 ”Prioriteringsmodellens tillämpningsområde och begränsningar”. Principiella utgångspunkter för den nationella modellen för öppna prioriteringar förklaras i kapitel 3 ”Den etiska plattformen – grunden för nationell modell för öppna prioriteringar”. I kapitel 4 ”Momenten i den nationella modellen för öppna prioriteringar” beskrivs och motiveras modellens olika moment där ambitionen är att tydligt koppla momenten till riksdagens riktlinjer. Varje kapitel inleds med en kort sammanfattning.

1.2 Interaktiv handbok

Rapporten innehåller inte beskrivningar av hur modellen kan användas i detalj. För att tillmötesgå behovet av en mer handfast handledning i tillämpningen av modellen publiceras istället en interaktiv handbok på Prioriteringscentrums hemsida (Prioriteringscentrum 2011). Där presenteras arbetsgången i modellen stegvis från en enklare introduktion till mer fördjupande avsnitt, med vanliga frågor samt konkreta exempel på tillämpning av modellen från olika verksamhetsområden och situationer.

Innehållet såväl i rapporten som i den interaktiva handboken måste anpassas till olika verksamheter med hjälp av exempel, förenklingar och/eller fördjupningar. De mest situations- och verksamhetsanpassade versionerna och anvisningar för ett prioriteringsarbete kan mest troligt utarbetas av den huvudman eller organisation som ska bedriva ett prioriteringsarbete. Till exempel är det rimligt att anta att anvisningar vad det gäller ambitionsnivån och kraven på exakthet (t ex sökning efter evidens) varierar stort mellan Socialstyrelsens riktlinjearbete och mer lokala prioriteringsarbeten.

1.3 Ett levande verktyg

Idag finns en gedigen erfarenhet av att tillämpa den nationella modellen för öppna prioriteringar i enskilda verksamheter, hela landsting och på myndighetsnivå (Ahlström m fl 2008, Engström m fl 2009, Andrén m fl 2010, Waldau 2009, Broqvist m fl 2009, Garpenby m fl 2010, Socialstyrelsen 2011).

Trots de vunna erfarenheterna och den revidering av modellen som dessa har gett upphov till vill vi poängtera att modellen inte ska uppfattas som färdigutvecklad. Till exempel finns det på en rad punkter ett fortsatt behov av ytterligare klargöranden från regeringen kring tolkningen av den etiska plattformen och riksdagens riktlinjer. Oaktat detta finns det många vinster med att aktörer inom hälso- och sjukvård fortsätter arbeta på ett enhetligt sätt enligt denna modell. På så vis drivs processen framåt. Betydelsen av ett enhetligt arbetssätt i olika delar av hälso- och sjukvården är viktigare än att modellen betraktas som ”färdig” i alla delar. Modellen bör istället betraktas som ett levande verktyg som revideras allteftersom nya erfarenheter vunnits och riktlinjer för prioriteringar fortsätter att utvecklas.

1.4 Modellens förändringar i sammanfattning

Som konstaterades inledningsvis är själva modellen i huvudsak oförändrad vad det gäller grundläggande principer och huvudmoment. De viktigaste förändringarna kan sammanfattas i följande punkter:

- Prioriteringsmodellen kan tillämpas på såväl vertikala som horisontella prioriteringar. Tillämpning av modellen bidrar därmed till att riksdagens riktlinjer och den etiska plattformen tillämpas i alla typer av prioriteringsarbeten som berör hälso- och sjukvård.
- I modellen ingår nu ett första moment där syfte för prioriteringsarbetet ska preciseras. Ett tydligt syfte underlättar tillämpningen av de prioriteringar som tas fram och utgör därför ett viktigt moment i modellen.
- Skalorna för bedömning av svårighetsgrad och patientnytta/effekt av åtgärd rekommenderas att sättas i ett vidare hälsoperspektiv än bara relativt inom aktuellt prioriteringsområde. Det innebär att stor svårighetsgrad ska innebära en betydande nedsättning av hälsan och stor patientnytta betydande påverkan på ett stort ohälsogap. Detta skapar förutsättningar för jämförelse mellan rangordningar från olika verksamhetsområden och därmed horisontella prioriteringar.

- Skalan för kostnadseffektivitet har givits en öppnare tolkningsmöjlighet än att enbart utgå från gränsvärden för kronor per QALY⁴. Där beräkningar av QALY finns bör detta mått användas.
- Tidigare rekommenderad skala för redovisning av evidens för patientnytta och hälsoekonomisk evidens har ersatts av en öppnare rekommendation att om möjligt använda etablerade checklistor och evidensgraderingssystem. I avsaknad av sådana beskrivs kvaliteten på kunskapsunderlag med egna ord.
- Rangordningsskalan från 1 – 10 har getts en mindre relativ innebörd och istället betonas vikten av ett logiskt samband mellan graderingen av svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet och kvalitet på kunskapsunderlag och den rangordningssiffran som sätts. Detta skapar också förutsättningar för jämförelse mellan rangordningar från olika verksamhetsområden och horisontella prioriteringar.

⁴ QALY står för Quality Adjusted Life Year eller kvalitetsjusterande levnadsår på svenska. För den som är intresserad av att läsa mer föreslås Lars Bernforts rapport ”Hälsoekonomiska utvärderingar – Vad menas och hur gör man?”, CMT 2009, Linköpings universitet.

2. NATIONELL MODELL FÖR ÖPPNA PRIORITERINGAR - TILLÄMPNINGSSOMRÅDE OCH BEGRÄNSNINGAR

Den nationella modellen för öppna prioriteringar kan på gruppnivå tillämpas inom hela den offentligt finansierade hälso- och sjukvården såväl inom landsting som inom kommuner. Modellen kan i princip även tillämpas på annan vård och omsorg men vissa anpassningar kan då bli nödvändiga p g a att de lagliga förutsättningarna skiljer sig åt. Tillämpningsområdet omfattar såväl vertikala som horisontella prioriteringar som kan göras i olika syften. Primärt handlar det om att säkra att förhållandevis mer resurser på ett systematiskt sätt och med en öppen redovisning tilldelas dem med de största behoven till åtgärder som ger den största nyttan. Grad av behovstäckning, när- och hurfrågor samt organisationsfrågor ingår däremot inte i prioriteringsmodellen.

Riksdagens riktlinjer för prioriteringar är vägledande för alla sjukvårdsaktörer oavsett roll och ansvar inom hälso- och sjukvården. Målsättningen är därför att den nationella modellen för öppna prioriteringar ska förstås och accepteras av alla aktörer inom hälso- och sjukvård, både verksamhetsföreträdare, administratörer och politiker och i förlängningen också allmänheten. Modellen syftar till att:

- skapa ökad systematik i tillämpningen av riksdagens riktlinjer för prioriteringar och därmed säkra att förhållandevis mer resurser fördelas till användning av ändamålsenlig och effektiv vård till personer med störst behov av vård
- öka förutsättningarna för en öppen redovisning av prioriteringar, dess grunder och konsekvenser.

Den nationella prioriteringsmodellen ska kunna tillämpas:

- i alla typer av offentligt finansierad hälso- och sjukvård, såväl inom landsting, kommunal som privat driven hälso- och sjukvård
- för medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering och habilitering
- för alla vårdåtgärder inom dessa områden såsom hälsofrämjande, prevention, undersökning och analys/diagnostik, behandling, egenvård⁵, uppföljning eller palliation
- i första hand på prioriteringsbeslut på gruppnivå
- som grund för vertikala och horisontella prioriteringar.

⁵ Med egenvård avses i detta sammanhang en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv kan utföra. Den egenvård som patienten utför själv eller med hjälp av någon annan som inte är hälso- och sjukvårdspersonal räknas inte som hälso- och sjukvård och omfattas därmed inte av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Däremot är hälso- och sjukvårdens bedömning, planering och uppföljning att betrakta som hälso- och sjukvård (Socialdepartementet 2009).

Modellen föreskriver inte:

- det specifika syftet med ett prioriteringsarbete och hur resultatet ska användas på detaljnivå
- svaret på frågor om hur och när vården bör utföras
- gränser för vad som är acceptabel behovstäckning
- hur ett prioriteringsarbete ska organiseras.

När det gäller bedömningar eller värderingar av hur, när och av vem en viss åtgärd ska utföras (t ex ett specifikt kirurgiskt ingrepp) sker detta lämpligast i kompletterande aktiviteter såsom t ex framtagande av behandlingsriktlinjer, identifiering av adekvata väntetider eller organisatoriska diskussioner.

Riksdagens riktlinjer ger som en grov vägledning att behovstäckningen ska vara större för dem som är högt prioriterade än för dem som är lägre prioriterade. Behovstäckning kan t ex gälla nivå på vårdkvalitet eller gränser för det offentliga åtagandet. Vilka preciserade konsekvenser som ska bli följden av en prioritering ingår inte i den nationella modellen utan frågor av den här typen måste besvaras regionalt eller lokalt – hur ska det som har hög respektive låg prioritet konkret hanteras?

2.1 Tillämpning på gruppnivå

Den nationella modellen för öppna prioriteringar är i första hand tänkt att användas på gruppnivå.

I riksdagens riktlinjer poängteras att prioriteringar enligt mallar gäller som vägledning för resursfördelning på gruppnivå men att bedömning av den enskilda patientens behov kan leda till avsteg från en generell prioriteringsordning (Socialdepartementet 1996/97). En prioriteringsordning som tagits fram för grupper av patienter utgör dock indirekt vägledning och stöd för beslut som rör enskilda patienter. Detta förhållningssätt är sedan länge väl etablerat i fråga om behandlingsriktlinjer i olika typer av vårdprogram, där allmänna rekommendationer om behandling alltid måste anpassas till varje unik individ.

Riksdagens etiska plattform gäller dock för prioriteringar på alla nivåer i hälso- och sjukvården; från den politiska nivån till prioriteringar som rör den enskilda patienten.

Idag finns ett intresse för att prova modellens tillämpbarhet som ett direkt beslutsstöd vid prioriteringar på individnivå, t ex inom hjälpmedelsområdet där valet kan gälla huruvida en person ska förskrivas ett hjälpmedel eller ej. Erfarenheterna är ännu för begränsade för att kunna ge någon vägledning om huruvida modellen skulle fungera i det sammanhanget. Projekt som syftar till att undersöka användbarheten i detta sammanhang har dock inletts (Prioriteringscentrum 2011).

2.2 Vertikala och horisontella prioriteringar

Den nationella modellen för öppna prioriteringar kan tillämpas som beslutstöd både vid vertikala och horisontella prioriteringar.

Riksdagens riktlinjer gäller för alla prioriteringar av hälso- och sjukvård oavsett nivå. Den första versionen av den nationella modellen avgränsades i brist på erfarenhet av praktisk tillämpning till att endast gälla *vertikala* prioriteringar; dvs det som traditionellt definierats som val inom en sjukdomsgrupp, en klinik eller yrkesgrupp. Men val måste också göras mellan olika verksamhetsområden, vårdcentraler och kliniker inom ett landsting där flera olika aktörer medverkar. Denna övergripande prioritering med mer heterogena val har kallats *horisontell* prioritering.

Det förekommer dock en rad situationer även inom en verksamhet när olika arbetsgrupper, professioner och avdelningar utarbetat sina respektive prioriteringar som sedan ska sammanföras till en gemensam rangordning (t ex inom primärvården). I detta ingår också ett moment av horisontella avvägningar mellan olika patientgrupper och/eller verksamhetsområden. Det visar att begreppen vertikal och horisontell prioritering inte alla gånger är entydiga.

Tidigare var begreppen vertikal och horisontell prioritering också ett sätt att försöka reda ut ansvarsgränser vid prioriteringar, där de horisontella prioriteringarna i huvudsak beskrevs som ett ansvar för politiker medan verksamhetsföreträdare i första hand sades ansvara för vertikala prioriteringar. Ansvarsgränserna är emellertid inte heller skarpa. Även om politiska prioriteringar i regel handlar om resursfördelning till olika verksamhetsområden snarare än beslut om specifika åtgärder kan också politiska prioriteringar vara detaljerade och röra specifika åtgärder och metoder. Exempel kan vara då politiker ger stöd till vårdverksamheten när det gäller att skärpa indikationer för olika åtgärder, besluta om avgifter eller fatta beslut om ransoneringar i vården.

Politikerna är också involverade i detaljerade beslut som gäller införande av vissa nya metoder i vården, t ex screeningprogram eller åtgärder som väcker ett medialt intresse. En grundtanke är annars att de politiska prioriteringsbesluten ska vara vägledande för den stora mängd prioriteringar som görs av vårdpersonal. Idag lyfts dock värdet av mer gemensamt beslutsfattande (Waldau 2009, Broqvist m fl 2010, Broqvist & Garpenby 2007).

2.3 Tillämpning inom annan vård och omsorg

Den nationella modellen för öppna prioriteringar är utformad för att tillämpas inom hälso- och sjukvård men trots vissa begränsningar kan den i princip även tillämpas på annan vård och omsorg som inte omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen. Vissa anpassningar kan då bli nödvändiga p g a att de lagliga förutsättningarna skiljer sig åt.

I socialtjänstlagen som förutom Hälso- och sjukvårdslagen styr den kommunala vård- och omsorgen saknas ett riksdagsbeslut om prioriteringar och det finns heller inget lagligt stöd för att prioritera utifrån svårighetsgrad för olika tillstånd. Det finns även andra juridiska förutsättningar som skiljer socialtjänsten från hälso- och sjukvården. Socialtjänstlagen är, till skillnad mot hälso- och sjukvårdslagen, delvis uppbyggd som en rättighetslag. Det innebär att alla som uppfyller lagens krav har en rätt att få sina behov tillgodosedda. Utrymme att prioritera mellan olika behov som var för sig behöver tillgodoses för att den enskilde ska uppnå en skälig levnadsnivå saknas därför inom socialtjänsten. Det framgår bland annat i förarbetena till socialtjänstlagen (Socialdepartementet 2000/01:80 s. 90), där det framhålls att;

”alla personer ska ha rätt till insats efter behov. Ingen grupps behov ska vara starkare skyddat än andras”.

Däremot lämnar socialtjänstlagen ett visst utrymme för att prioritera mellan olika metoder och arbetssätt som var för sig kan tillgodose de behov som berättigar till bistånd. Vid val av alternativa åtgärder ska den åtgärd som bäst främjar de mål som anges i socialtjänstlagen ges högst prioritet. En rangordning av alternativa metoder för att tillgodose personer med likartade behov, baserad på underlag om metodernas effekter och underlag om deras kostnader, kan då fungera som beslutsstöd för kommunerna. Att ta fram ett sådant beslutsstöd och försöka rikta in verksamheten så att den blir mer effektiv kan sägas ha stöd i såväl socialtjänstlagen som kommunallagen. Beslutsstödet kan även ses som en del i arbetet med att utveckla socialtjänsten mot att bygga på evidensbaserad praktik.

Exempel på områden där nationella prioriteringsmodellen tillämpats inom kommunal hälso- och sjukvård är t ex socialstyrelsens riktlinjer för demenssjukdomar respektive schizofreni (Socialstyrelsen 2011, Lund 2010).

3. DEN ETISKA PLATTFORMEN - GRUNDEN FÖR NATIONELL MODELL FÖR ÖPPNA PRIORITERINGAR

För att en prioritering ska uppfattas som rimlig och rättfärdig framhålls i regeringens proposition bl a vikten av att den är öppen och att den grundas på allmänt accepterade principer. Den nationella modellen för öppna prioriteringar baseras på de tre etiska principerna (människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen) som riksdagen har beslutat ska gälla vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Modellen bygger på antagandet att inslag av öppen redovisning kan främja förståelsen för tillämpade prioriteringar. De fyra prioriteringsgrupperna ingår inte i prioriteringsmodellen.

3.1 Öppenhet och accepterade principer

För att en prioritering ska uppfattas som rimlig och rättfärdig framhålls i regeringens proposition bl a vikten av att den är öppen och att den grundas på allmänt accepterade principer. Båda dessa uppfattningar har varit vägledande för skapandet av den nationella modellen för öppna prioriteringar.

3.1.1 Öppna prioriteringar

Olika typer av val eller prioriteringar kan ske mer eller mindre öppet och systematiskt. När inte alla vårdbehov kan tillgodoses framgår av riksdagens riktlinjer att det är rimligt att föra en öppen diskussion, som kan tydliggöra grunderna för prioriteringar. Öppna prioriteringar, d v s redovisning av prioriteringar, dess grunder och konsekvenser, syftar enligt regeringens proposition om prioriteringar både till att skapa acceptans i befolkningen för de prioriteringar och avgränsningar som är oundvikliga i vården men också till att ge människor möjlighet att reagera och agera på de prioriteringar som görs;

”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, s 13)

Detta behöver dock inte tolkas så att arbetet med prioriteringar måste vara öppet för befolkningen i alla sina delar. Även om regeringen i sina resonemang fokuserade på öppenhet gentemot befolkningen kan modellen rätt tillämpad också bidra till en större öppenhet mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården.

3.1.2 Allmänt accepterade principer

Ett annat villkor som enligt regeringens proposition underlättar förståelsen för nödvändigheten av att göra prioriteringar i hälso- och sjukvården är att prioriteringar grundas på allmänt accepterade principer. Val som görs i vården grundar sig alltid på värderingar av något slag. Regeringen menade att de värderingar som styr både tillgången till hälso- och sjukvård och de prioriteringar som sker i princip måste kunna uppfattas som rättvisa av flertalet i befolkningen - bl a för att vidmakthålla förtroendet och viljan att solidariskt finansiera den offentliga vården. I Sverige är det den etiska plattformen som ska utgöra värderingsgrunden för prioriteringar i vården;

”... om dessa[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, s 115)

3.2 Den etiska plattformen

År 1992 initierade den dåvarande regeringen en utredning, Prioriteringsutredningen, som hade uppdraget att överväga hälso- och sjukvårdens roll i välfärdstaten Sverige. Utredningen skulle också ta fram grundläggande etiska principer som skulle vägleda och ligga till grund för öppna diskussioner om prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Den etiska plattform som utredningen bl a utmynnade i finns redovisad i prioriteringsutredningen (Socialdepartementet 1995), regeringens proposition (Socialdepartementet 1996/97), Socialutskottets betänkande (Socialutskottet 1996/97) och även manifesterad i Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 paragraf 2⁶ respektive 28⁷ (Socialdepartementet 1982).

⁶ Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården. Lag (1997:142).

⁷ Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet. Lag (1996:787).

3.2.1 Människovärdesprincipen

Människovärdesprincipen, är den övergripande etiska principen i plattformen och anger vad som *inte* får avgöra prioriteringar av vård såsom personliga egenskaper och funktioner i samhället (t ex begåvning, social ställning, inkomst, ålder, kön);

”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, s 20)

Eftersom resurserna är begränsade måste människovärdesprincipen kompletteras med andra vägledande principer.

3.2.2 Behovs-solidaritetsprincipen

Behovs-solidaritetsprincipen innebär 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 tillgodosedda; till viss del eller inte alls.

Sjukdomens svårighetsgrad tillmäts stor betydelse i riksdagsbeslutet om prioriteringar, men kan inte vara den enda grunden för prioriteringen. Patientnyttan tillmäts också stor betydelse. Både i prioriteringsutredningen och i riksdagsbeslutet om prioriteringar slås fast att individens förmåga att tillgodogöra sig en behandling också ingår i behovsbegreppet;

”Den medicinska nyttoaspekten finns, enligt utredningen, inbyggd i behovsbegreppet. Som behov tidigare definierats har man endast behov av det man har nytta av eller omvänt inte behov av det man inte har nytta av”. (Socialdepartementet 1996/97, s 18)

Solidaritet i behovs-solidaritetsprincipen innebär enligt propositionen, förutom en strävan att utfallet av vård ska bli så lika som möjligt (d v s bästa möjliga hälsa och livskvalitet) också ett särskilt ansvar gentemot människor som inte själva kan tillvarata sina rättigheter;

”... 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". (Socialdepartementet 1996/97, s 20)

Vården har ett särskilt ansvar att se till att även dessa grupper får sina behov bedömda för att undersöka om det finns otillfredsställda behov. Själva bedömningen bör med andra ord ha en hög prioritet. Därefter är det behovet av vårdens insatser som styr den fortsatta prioriteringen, inte den nedsatta autonomi i sig.

3.2.3 Kostnadseffektivitetsprincipen

Kostnadseffektivitetsprincipen utgör den tredje etiska principen. Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Enligt propositionen 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 understryker dock samtidigt vikten av att eftersträva en kostnadseffektiv vård i stort;

"... 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, s 21)

Även i en senare lagändring som har rört patientens ställning i vården finns kopplingar till denna princip. I 3a § anges att hänsyn måste tas till om *"kostnaderna för behandlingen framstår som befogat"* i relation till den aktuella sjukdomen eller skadan och om åtgärden är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Relationen mellan behovsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen är sådan att patienter med svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar ska gå före lindrigare, även om denna vård drar "väsentligt" större kostnader för en given hälsovinstförutsatt att relation mellan kostnad och hälsovinst är rimlig.

3.2.4 Föreslagna förändringar av den etiska plattformen med implikation på modellen

Med anledning av en uppföljning av riksdagens riktlinjer 2007 (Prioriteringscentrum 2007) har Socialstyrelsen föreslagit regeringen ett antal förändringar av den etiska plattformen och riktlinjerna i övrigt (Socialstyrelsen 2007). Dessa förslag har påverkat utformningen av den nationella modellen för öppna prioriteringar.

Till exempel föreslår Socialstyrelsen att kostnadseffektivitetsprincipen skärps och ges ett vidare applikationsområde så att den förutom val mellan metoder för samma sjukdom även gäller för val mellan olika typer av vårdbehov. Detta synsätt tillämpas också i den nationella modellen.

I proposition ingår fyra prioriteringsgrupper⁸, som är tänkta att exemplifiera den etiska plattformen. Socialstyrelsen föreslår i sin uppföljning att dessa grupper tas bort eller kraftigt omarbetas, ett förslag som även Statens medicinetiska råd (Statens medicinetiska råd 2011) instämmer i. Anledningarna är flera.

En prioritering som bara beaktar tillståndet (t ex kroniskt sjuka) men inte vare sig patientnytta och/eller kostnadseffektivitet av olika åtgärder lever inte upp till hela den etiska plattformen. En sjukdom som t ex klassificeras som en allvarlig kronisk sjukdom kan dessutom förekomma med olika svårighetsgrad i olika stadier likväl som åtgärder/verksamhetsområden (t ex habilitering/rehabilitering) rimligen kan ge stor likväl som liten patientnytta och/eller kostnadseffektivitet och därmed inte generellt kan ges en viss prioriteringsgrad. Prioriteringsgrupperna kan möjligen spela en roll som ett grovt rättesnöre för att gradera svårighetsgraden av olika tillstånd. Även på denna punkt finns klara begränsningar. Så är t ex blandningen av olika dimensioner i grupperna (patientgrupper, åtgärder, typ av vård etc) förvirrande.

I propositionen betonas att prioriteringsgrupperna endast utgör exempel och att prioriteringsgraden kan variera;

"Vi vill betona att dessa endast är exempel och att vårdbehovet i varje enskilt fall måste bedömas utifrån förutsättningarna i just det fallet". (Socialdepartementet 1996/97, s 32)

⁸ *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)

Socialutskottet gjorde samma bedömning; det viktiga för en prioritering är inte vilken diagnos eller sjukdom det är fråga om rent generellt. Det avgörande är i stället tillståndet och vårdbehovet vid varje särskild tidpunkt då en prioritering ska göras (Socialutskottet 1996/97).

Utöver ovanstående förslag om kostnadseffektivitetsprincipen och prioriteringsgrupperna framförde Socialstyrelsen till regeringen att en utredning och klargöranden vad det gäller riktlinjerna för prioriteringar skulle ha betydande värde även i andra frågor. Det gäller t ex frågan om *vilka kostnader* som är relevanta att beakta i beräkningen av kostnadseffektivitet där principen idag upplevs för oklar. Det samma gäller *effektbegreppet* med exempelvis frågor om effekten skall begränsas till patienten eller om även andra individer eller samhällsfenomen (externa effekter) är rimliga att beakta (Socialstyrelsen 2007). I den nationella modellen tas viss hänsyn till indirekta kostnader och externa effekter vilket strikt tolkat kan ses som avsteg från riktlinjerna (se vidare i kapitel 4.3). I den mån det tillåts påverka prioriteringen är det väsentligt att detta tydligt redovisas i alla typer av prioriteringsarbeten.

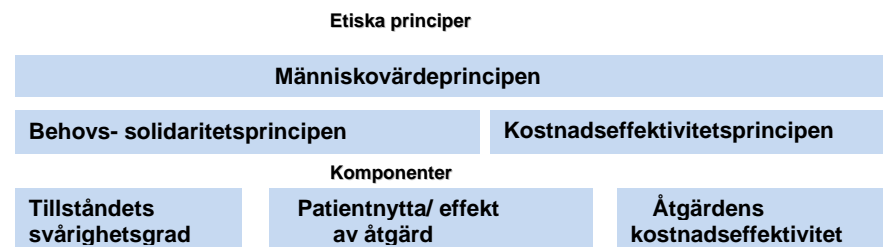
3.3 Samband mellan den etiska plattformen och nationella modellen för öppna prioriteringar

Den nationella modellen för öppna prioriteringar baseras på samtliga tre etiska principer i den etiska plattformen.

Människovärdesprincipen fungerar här som en överbryggande princip som inte explicit finns med som ett moment i den nationella modellen för öppna prioriteringar men som måste beaktas i alla typer av prioriteringar som görs. Principen ger övergripande vägledning för vad som *inte* får avgöra prioriteringar av vård.

I modellen konkretiseras behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen i ett antal *komponenter* (Figur 1). Dessa är hämtade från propositionens beskrivning och förklaring av principerna. Behovs-solidaritetsprincipen uttrycks både genom hälsotillståndets svårighetsgrad och patientnytta/effekt av åtgärd. Begreppet patientnytta används i den nationella modellen som ett sammanfattande begrepp för all nytta av åtgärder, d v s även åtgärder som riktas till brukare eller friska personer (vid förebyggande åtgärder). Kostnadseffektivitetsprincipen uttrycks som effekt av åtgärd tillsammans med en bedömning av kostnaden för åtgärden.

I kapitel 4 där de olika momenten som ingår i den nationella prioriteringsmodellen presenteras konkretiseras dessa komponenter ytterligare (Figur 1).



Figur 1. Schematisk beskrivning av etiska principer och centrala komponenter som ligger till grund för den nationella prioriteringsmodellen.

3.4 Riksdagens övriga riktlinjer för prioriteringar

Utöver den etiska plattformen som utgör kärnan i riksdagens riktlinjer finns också riktlinjer som berör tillämpningen av de etiska principerna samt vissa övriga markeringar kring vad huvudmännen ska beakta vid prioritering. I rapporten *Vårdens alltför svåra val?* (PrioriteringsCentrum 2007) sammanställs dessa riktlinjer i ett antal punkter (hämtade från Prioriteringsutredningens slutbetänkande SOU 1995:5, regeringens proposition 1996/97:60 samt Socialutskottets betänkande 1996/97: SoU14). Följande punkter har implikationer på den nationella modellen för öppna prioriteringar och kommer att kommenteras i samband med att modellens olika moment presenteras:

- Att behovstäckningen ska vara större för dem som är högt prioriterade än för dem som är lägre prioriterade.
- Att samtliga effektiva vårdåtgärder ska ges hög prioritet när en sjukdoms- eller diagnosgrupp ges hög prioritet.⁹
- Att vårdåtgärder utan nytta inte bör användas och därmed inte ingå bland prioriteringsalternativen.
- Att vid sjukdom och skada ska livskvalitetsrelaterade behov (som t ex symtomlindring) i princip väga lika tungt som hälsorelaterade behov (d v s botande insatser).

⁹ Enligt modellen kan inte tillstånd i sig ha hög prioritet utan riktlinjen ska tolkas så att stor svårighetsgrad i kombination med effektiva vårdåtgärder pekar mot en hög prioritet (förutsatt att kostnaden med åtgärden inte förefaller orimlig).

- Att vid alla prioriteringar bör möjligheten till att stimulera till, instruera om och ge stöd för egenvård tas tillvara.
- Att hälso- och sjukvård som är reglerad genom lagstiftning får anses garanterad resurser t ex rättspsykiatrisk vård.
- Att prioriteringar enligt mallar gäller som vägledning på gruppnivå men att bedömning av den enskilda patientens behov kan leda till avsteg från en generell prioriteringsordning.

4. MOMENTEN I DEN NATIONELLA MODELLEN FÖR ÖPPNA PRIORITERINGAR

I den nationella modellen för öppna prioriteringar ingår följande moment;

- Bestämning av syfte och prioriteringsområde
- Identifiering av prioriteringsobjekt
- Sammanställning och bedömning av svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet
- Sammanvägning och rangordning
- Presentation av rangordning, dess grunder och konsekvenser

Modellen kan översiktligt illustreras med följande figur;



Figur 2. Illustration av nationella modellen för öppna prioriteringar.

De olika momenten följer inte en, i alla delar, linjär arbetsgång utan momenten kan behöva bearbetas upprepade gånger. Det är vanligt att behöva gå fram och tillbaka i arbetsprocessen mellan t ex bedömning av patientnytta och revidering av prioriteringsobjekten innan rangordningen kan göras.

För att skapa systematik kan under prioriteringsarbetets gång ett arbetsblad innehållande modellens olika moment användas där bedömningarna dokumenteras som ett underlag för den slutliga rangordningen (figur 3). Ett exempel på arbetsblad kommer successivt att presenteras i detta kapitel i samband med genomgången av modellens olika moment. Den exakta utformningen kan variera vad gäller placeringen av olika kolumner (Figur 3).

Tillstånd	Åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta	Kvalitet kunskapsunderlag	Kostnad/ Effekt	Kvalitet kunskapsunderlag	Rangordning	Kommentar/ Konsekvens

Figur 3. Arbetsblad för dokumentation av nationella prioriteringsmodellens moment.

4.1 Bestämning av syfte och prioriteringsområde

Det första momentet i den nationella modellen för öppna prioriteringar innebär att ett syfte med prioriteringsarbetet definieras – vad ska den rangordning som skapas användas till? Syftet med prioriteringsarbetet styr vilket område inom hälso- och sjukvården som ska bli föremål för prioriteringar.

4.1.1 Bestämning av syfte med prioriteringsarbetet

Det första momentet i den nationella modellen för öppna prioriteringar innebär att ett syfte med prioriteringsarbetet slås fast, vilket innebär att man i förväg bestämmer till vad prioriteringsordningen ska användas. Det övergripande syftet med att tillämpa modellen som stöd för resursfördelningen inom hälso- och sjukvård är, enligt riksdagens riktlinjer, att säkra att förhållandevis mer resurser fördelas till den/de personer med de största behoven jämfört med den/de med låg prioritet. Utöver detta syfte, ingår inte något givet syfte i modellen utan detta måste preciseras av varje aktör för den situation modellen ska tillämpas i.

Exempel på preciserade syften med prioriteringsarbete

Eftersom momentet att precisera ett syfte med prioriteringsarbetet är så centralt för det fortsatta arbetet ges här några exempel på vad prioriteringsarbeten mer operativt kan syfta till:

- att skapa beslutsstöd och kvalitetssäkring för kliniskt vårdarbete - hur vet personal inom hälso- och sjukvården att de gör rätt saker
- att skapa underlag för införande av nya metoder och/eller behovsgrupper
- att skapa underlag för omfördelning av resurser
- att skapa underlag för ransonering
- att skapa underlag för effektiviseringar i form av utmönstring av ineffektiva åtgärder
- att skapa underlag för utmönstring av åtgärder där komplikationsrisken överstiger patientnyttan.

I en situation av överskott på resurser kan det bli fråga om att prioritera hur beslutfattaren vill fördela överskottet. En rangordning kan då syfta till att skapa underlag för beslut om att ge överskottet till de områden/åtgärder som rangordnats högst. Det kan också handla om att *omfördela* befintliga resurser mellan olika verksamheter från det lägst prioriterade till det som är högre prioriterat eller att då *nya metoder* introduceras, ställa dessa i relation till de åtgärder som redan utförs i vården.

I tider av besparingar kan syftet med ett prioriteringsarbete vara att identifiera vad som bör bli föremål för *ransonering*, d v s en medveten begränsning av verksam vård eller omsorg. Ransonering kan ske på flera olika sätt (tidsransonering i form av väntetider, kvalitetsförsämringar, indikationsändringar, bortval m m). Som en konsekvens av riksdagens riktlinjer bör ransoneringarna ta sin början i det som är lägst prioriterat.

Arbetet med prioriteringar kan också syfta till att ge underlag för att utmönstra metoder som inte längre bör utföras i sjukvården. Anledningen är då inte att det råder resursbrist. Istället kan det handla om att åtgärderna t ex saknar effekt, eller medför för stora risker eller biverkningar i relation till nyttan. Att upphöra med ineffektiva åtgärder innebär inte en ransonering utan en *effektivisering*, d v s ett bättre resursutnyttjande i förhållande till vunnen hälsa. Identifiering av andra typer av effektiviseringar (t ex alternativa arbetssätt eller vårdaktörer) kan över huvud taget vara en värdefull sidoeffekt av att arbeta med prioriteringar.

4.1.2 Bestämning av prioriteringsområde

Med *prioriteringsområde* avses det område inom vilket en prioriteringsordning eller en rangordning skapas. Området kan t ex omfatta:

- olika behovs- eller sjukdomsgrupper -
t ex riskgruppen överviktiga, sjukdomsområdet stroke
- olika verksamhetsområden –
t ex rehabilitering, äldreboende
- olika yrkesgrupper–
t ex dietister, logopeder, läkare, sjuksköterskor

Prioriteringar kan göras både inom och mellan olika områden. Ett prioriteringsområde kan med andra ord variera i omfattning. Mest begränsat kan det omfatta en enda professions åtgärder för en specifik behovsgrupp inom ett specifikt verksamhetsområde (t ex sjuksköterskors insatser för diabetespatienter i primärvård). Ett prioriteringsområde kan också utgöras av ett helt landstings hälso- och sjukvårdsverksamhet omfattande olika behovsgrupper, professioner och verksamheter.

I den nationella modellen förespråkas inte hur ett prioriteringsområde bäst avgränsas, d v s vad prioriteringsarbetet ska omfatta. Det är istället syftet med prioriteringsarbetet som måste styra vilket område inom hälso- och sjukvård som ska bli föremål för prioriteringar.

4.2 Identifiering av prioriteringsobjekt

En prioritering innebär alltid en rangordning av något, dvs någon eller några gör ett val mellan två eller flera alternativ så att en rangordning uppstår. I nationella modellen för öppna prioriteringar benämns det som rangordnas prioriteringsobjekt och består alltid av ett tillstånd - åtgärdspar. Ett tillstånd utgörs av en konstaterad ohälsa alternativt en misstanke om eller risk för ohälsa i vid bemärkelse. Åtgärd står för samtliga aktiviteter inom hälso- och sjukvård som riktas mot patienter, brukare eller i vissa fall befolkningsgrupper (vid förebyggande insatser).

För att kunna göra en rangordning måste det som ska rangordnas identifieras och beskrivas. Det som rangordnas benämner vi här *prioriteringsobjekt*.

I den nationella modellen för öppna prioriteringar utgörs ett *prioriteringsobjekt* alltid av en kombination av ett *tillstånd* och en *åtgärd* – ett *tillstånd-åtgärdspar*.

Både tillstånd (sjukdom, hälsorisker etc) och hälso- och sjukvårdens åtgärder måste finnas med i det som kallas prioriteringsobjekt om den etiska plattformen till fullo ska tillämpas. Att endast rangordna olika tillstånd innebär att hänsyn tas till tillståndens svårighetsgrad (vilket är en viktig del av behovs-solidaritetsprincipen) men inte till patientnyttan med olika åtgärder (som är en del av såväl behovs-solidaritetsprincipen som kostnadseffektivitetsprincipen). Att bara rangordna olika åtgärder är inte heller tillräckligt. Eftersom åtgärder har olika effekt vid olika tillstånd kan en och samma åtgärd få olika prioritet beroende på vilket tillstånd det riktas mot.

Vilka, hur detaljerade och hur många tillstånd-åtgärdspar som ska väljas styrs av syftet med prioriteringsarbetet.

Arbetsbladet inleds med två kolumner där prioriteringsobjekten, tillstånd-åtgärdsparen anges (Figur 4);

Tillstånd	Åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta	Kvalitet kunskapsunderlag	Kostnad/ Effekt	Kvalitet kunskapsunderlag	Rangordning	Kommentar/ Konsekvens

Figur 4. Arbetsblad för dokumentation av nationella prioriteringsmodellens moment.

4.2.1 Tillstånd

Vid identifiering och beskrivning av hälsotillstånd bör dessa spegla den breda hälsosyn som enligt propositionen bör råda inom hälso- och sjukvården;

”... att hälsa inte bara består av medicinska utan också sociala, psykologiska och andra faktorer”. (Socialdepartementet 1996/97, s 16)

Begreppet *tillstånd* har en vid mening i nationella modellen för öppna prioriteringar men innebär alltid en beskrivning relaterad till någon eller kombinationer av olika dimensioner av ohälsa. Det kan gälla en **konstaterad** ohälsa, en **misstanke** om eller en **risk** för ohälsa gällande:

- Strukturavvikelse (påverkan på organ och kroppsdelar t ex demens, misstänkt hjärnhinneinflammation). Beskrivs ofta i diagnoser.
- Fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar (t ex smärta, ångest, för högt blodtryck).
- Aktivitetsbegränsningar (t ex nedsatt förflyttningsförmåga eller förmåga att kommunicera).
- Delaktighetsinskränkningar (t ex rörande arbete eller andra sociala sammanhang).¹⁰
- Hindrande omgivningsfaktorer eller levnadsvillkor som påverkar hälsan (t ex brister i personliga relationer eller i sociala stödinsatser).
- Personliga egenskaper (t ex ålder, kön, livsstil)¹¹.

Hälsobegreppen hämtade från ICF, WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (Socialstyrelsen, 2004)

Tillstånd kan beskrivas med olika detaljeringsgrad beroende på syfte och kontext för prioriteringsarbetet. I vissa fall kan huvuddiagnos enligt ICD 10¹² eller andra etablerade klassificeringssystem vara adekvata att tillämpa i beskrivningen av tillstånd i ett prioriteringsobjekt. Ofta behövs mer omfattande beskrivningar med flera olika hälsodimensioner för att fånga mer komplexa behov hos t ex multisjuka äldre.

I propositionen slås fast att tillstånd kan variera över tid vad det gäller svårighetsgrad.

¹⁰ En delaktighetsinskränkning kan också innebära nedsatt medbestämmande om hur en aktivitet t ex personlig vård ska utföras vid egen oförmåga.

¹¹ Utförligt resonemang kring personliga egenskaper och människovärdesprinciper återfinns under 4.3.

¹² *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Tenth Revision* är den nu gällande upplagan av ICD, en standard för klassificering av sjukdomar, utgiven av WHO (Socialstyrelsen 2011).

Tillstånd kan man behöva preciseras vad gäller olika svårighetsgrader (t ex grav respektive mindre uttalad afasi) och olika faser (t ex nydebuterade respektive kroniska tillstånd eller olika utvecklingsfaser/ åldersgrupper hos barn).

Tolkning och ställningstaganden i nationella modellen

När det gäller *personliga egenskaper* som prioriteringsobjekt kan det uppstå tolkningsproblem utifrån människovärdesprincipen. Regeringen gjorde nämligen bedömningen i propositionen 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 propositionen upp att egenskaper eller funktion hos en grupp kan vara motiverat att ta hänsyn till på att de är indikatorer på:

- att speciella vårdbehov föreligger
- behovets storlek och/eller kostnadseffektivitet.

I sådana fall kan även personliga egenskaper beaktas i en prioritering på gruppnivå och finnas med i beskrivningen av tillstånden i prioriteringsobjekten. Det bör dock framgå tydligt att det då finns en koppling till speciella vårdbehov, dess storlek och/eller kostnadseffektivitet.

Ett exempel på detta är *ålder*. I propositionen gör regeringen t ex åtskillnad mellan kronologisk *ålder* (bestämd av födelsedatum) och biologisk ålder (ett medicinskt bedömbart begrepp). Det är ett avsteg från människovärdesprincipen att särbehandla någon enbart på grund av kronologisk ålder. Däremot måste möjligheten att tillgodogöra sig en behandling och risk för skada tas med i bedömningen;

”Det är den totala bedömningen av patientens behov och hur patienten kan tillgodogöra sig vården som ska avgöra insatserna”.
(Socialdepartementet 1996/97, s 25)

Till exempel används idag en 35-årsgräns för fostervattensprov vid screening för Downs syndrom. Vid den åldern anses risken för missbildning så pass stor att patientnyttan med provet uppväger nackdelarna. Ett annat exempel kan vara influensavaccinering hos en åldersgrupp där gruppen löper större risk för följsjukdomar än andra åldersgrupper och där storleken på risken då motiverar en högre prioritet. Ålder bör här med andra ord ingå i beskrivning av prioriteringsobjekt.

Ett exempel gällande *kön* är olika principer för män och kvinnor vid screening för bukaortaaneurysm där inga överlevnadsvinster kunnat påvisas för kvinnor, men väl för män.

Även förväntad *framtida livsstil* kan ha betydelse för bedömningen om patienten kan ha nytta av en viss behandling. Det kan t ex gälla effektiviteten vid vissa typer av operationer för dem som förväntas fortsätta röka eller levertransplantation för dem med ett fortsatt misstänkt missbruk. 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. Om en patient t ex har ogynnsamma kostvanor, som försämrar effekten av insulin, och han/hon har svårt att ändra på det, kan det vara motiverat att ge åtgärder som riktas mot livsstilen (t ex kostutbildning) hög prioritet om de bedöms som verksamma. Att prioritera efter tidigare livsstil avfärdas däremot av prioriteringsutredningen (Socialdepartementet 1995).

4.2.2 Åtgärd

I prioriteringsobjektet ingår förutom tillstånd också åtgärd.

Begreppet *åtgärd* omfattar följande insatser inom medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering och habilitering:

- förebyggande åtgärder
- utredning, analys och diagnostik
- behandling
- egenvård
- uppföljning
- palliation

En åtgärd kan antingen innebära en specifik åtgärd eller vara en kombination eller kedja av åtgärder (åtgärdsprogram eller vårdformer). Vilka och hur detaljerade åtgärder som är relevanta att beskriva till varje tillstånd styrs av syftet med prioriteringsarbetet.

I riksdagens riktlinjer anges att vid alla prioriteringar bör egenvård som en åtgärd beaktas. Däremot framgår av propositionen att hälso- och sjukvård som är reglerad genom lagstiftning får anses garanterad resurser (t ex rättspsykiatrisk vård) och ska enligt regeringen stå utanför en prioriteringsordning.

Tolkning och ställningstaganden i nationella modellen

Hälso- och sjukvårdslagen anger att alla har rätt till en bedömning av sin hälsa om det inte är uppenbart obehövt (HSL 2a§). Bedömningar av individers hälsa utgör också den viktigaste grunden, enligt propositionen, för att kunna göra prioriteringar och kan enligt regeringen på ett sätt ses som självklart prioriterade på individnivå.

Ändå kan bedömningar (till exempel vid misstänkt hjärtsjukdom hos barn) behöva tas med som prioriteringsobjekt i en rangordning på gruppnivå eftersom vissa bedömningar kan anses ha högre prioritet än andra bl a beroende på hur allvarligt tillstånd som misstänks, hur snabbt åtgärder behöver sättas in för att vara verkningsfulla, hur omfattande utredningar som behövs om olika alternativ finns och/eller i vad mån det finns åtgärder med patientnytta för det behov som ska bedömas;¹³

”Omständigheterna i det enskilda fallet är avgörande för hur omfattande utredning som behöver göras”. (Socialdepartementet 1996/97, s 26)

4.3 Sammanställning och bedömning av svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet

I den nationella modellen för öppna prioriteringar görs, med vägledning av den etiska plattformen, en bedömning av tillståndets svårighetsgrad, åtgärdernas patientnytta och åtgärdernas kostnadseffektivitet. Svårighetsgrad bedöms efter aktuellt hälsotillstånd, risk för ohälsa och tillståndets varaktighet medan bedömningen av patientnytta omfattar åtgärdens effekt på dessa parametrar. Bedömningarna anges i skalan mycket stor, stor, måttlig och liten. Kostnadseffektiviteten bedöms utifrån skalan mycket hög kostnad per effekt, hög kostnad per effekt, måttlig kostnad per effekt och liten kostnad per effekt. Slutligen värderas med vilken säkerhet dessa bedömningar gjorts, om möjligt utifrån etablerade checklistor och evidensgraderingssystem. I avsaknad av sådana beskrivs kvaliteten på kunskapsunderlag med egna ord.

I nationella modellen för öppna prioriteringar görs, med vägledning av den etiska plattformen, en bedömning utifrån:

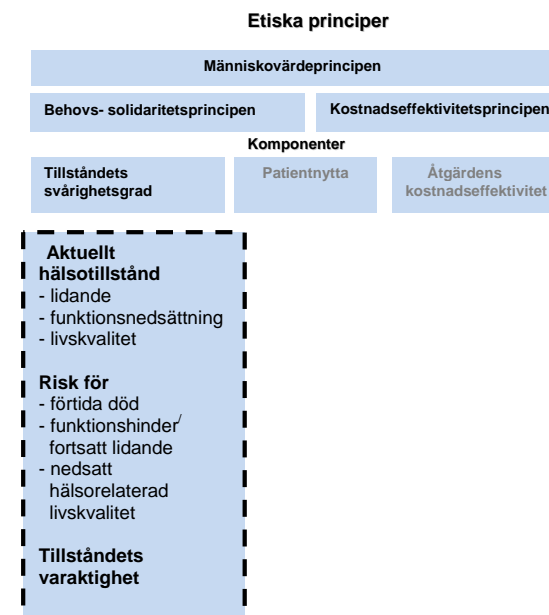
- tillståndets svårighetsgrad
- åtgärders patientnytta
- åtgärdens kostnadseffektivitet

Svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet ska så långt det är möjligt sättas i ett vidare ohälsoperspektiv snarare än att endast relatera till ett begränsat prioriteringsområde (t ex ortopedi eller äldreomsorg). Detta ger förutsättningar till samsyn och kommunikerbarhet om prioriteringar mellan olika verksamheter, olika vårdnivåer, inom en region eller nationellt.

Svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet ska inte ses som helt separata företeelser utan som att de på olika sätt relaterar till varandra och slutligen vävs samman till en rangordningsnivå eller prioriteringsgrad. Det är bara svårighetsgraden som bedöms oberoende av patientnytta och kostnadseffektivitet. Bedömningen av patientnyttan påverkas av svårighetsgrad eftersom ohälsogapet begränsar hur stor patientnytta som kan åstadkommas. Dock bedöms en liten patientnytta som liten oavsett hur stor svårighetsgraden är. Storleken på patientnyttan ingår sedan, tillsammans med kostnaden för en åtgärd, i bedömningen av kostnadseffektiviteten.

4.3.1 Bedömning av tillståndets svårighetsgrad

I enlighet med riksdagens riktlinjer omfattar bedömningen av tillståndets svårighetsgrad i prioriteringsmodellen av aktuellt hälsotillstånd (vad det gäller lidande, funktionsnedsättning och livskvalitet), risk för framtida ohälsa (i form av förtida död, fortsatt lidande, funktionshinder och nedsatt hälsorelaterad livskvalitet) samt tillståndets varaktighet (Figur 5).



Figur 5. Komponenterna relevanta för bedömning av tillståndets svårighetsgrad i nationella prioriteringsmodellen.

¹³ Vad som menas med bedömning preciseras varken i riksdagens riktlinjer eller i Hälso- och sjukvårdslagen.

Bedömning i en specificerad situation

Svårighetsgrad bedöms i *den situation* då de åtgärder som ska kombineras med tillståndet i prioriteringsobjektet är tänkta att sättas in. Den situation som svårighetsgraden bedöms i kan variera. Det kan handla om bedömning av svårighetsgrad hos ett obehandlat tillstånd i en akut fas t ex obehandlad lårbensfraktur. Svårighetsgraden sett till det aktuella hälsotillståndet, risk och varaktighet ska då bedömas utifrån tillståndet obehandlad fraktur. Eller så kan situationen gälla bedömning av svårighetsgraden då åtgärder redan har satts in. Tillståndet i vårt exempel är då istället t ex ”nyopererad lårbensfraktur”.

Det aktuella hälsotillståndet kan med andra ord variera över tid och därmed ges olika svårighetsgrad i olika situationer. Ett exempel är screeningprogram för aortaaneurysm som genomförs i en situation när individen är frisk (d v s det aktuella hälsotillståndet) men med en potentiell risk för ohälsa. Svårighetsgraden vad det gäller det aktuella hälsotillståndet är m a o ingen medan det finns en liten risk för framtida ohälsa. Sammantaget blir därmed svårighetsgraden större än om man bara ser till det aktuella tillståndet. Om det aktuella tillståndet däremot är brutet aneurysm är svårighetsgraden för det aktuella tillståndet mycket stor.

Bedömning av varaktighet

När det gäller *varaktighet* av ett tillstånd måste en grov uppskattning göras då såväl tillstånd av ohälsa och risker ofta varierar över tid. Endast framtida varaktighet ska beaktas. Huruvida omfattningen av tidigare lidande ska vägas in i en prioritering har diskuterats. Riksdagens riktlinjer ger inte stöd för detta.

Skalsteg för svårighetsgraden

Den sammanvägda svårighetsgraden (aktuellt tillstånd, risk för framtida ohälsa och varaktighet) bedöms i skalan:

- mycket stor
- stor
- måttlig
- liten

Skalstegen för svårighetsgrad har ännu ingen enhetlig definition i prioriteringsmodellen. Istället rekommenderas att de som arbetar med prioriteringar skapar och redovisar sina kriterier för kategoriseringen. Ett exempel på en struktur för detta är den matris som tagits fram inom rehabiliteringsområdet i Landstinget i Kalmar län och som bygger på ICF (Bilaga 1).

I graderingen eftersträvas ett mer absolut tankesätt relaterat till ohälsa i stort snarare än endast relativt till andra tillstånd inom det egna prioriteringsområdet. *Mycket stor* svårighetsgrad står med andra ord för betydande inskränkningar av hälsan och/eller långvariga inskränkningar och/eller stor risk för förtidig död/ betydande nedsättning av livskvaliteten. Det kan innebära att inom vissa verksamheter kommer hela skalan från liten till mycket stor svårighetsgrad att finnas representerad i en rangordning medan i andra kommer svårighetsgraden att variera mindre.

Avvägning mellan aktuellt tillstånd, risk och varaktighet

De olika parametrarna aktuellt tillstånd, risk och varaktighet har inte bestämda vikter i modellen. Det innebär att de varken kan sägas vara likvärdiga eller att någon parameter väger tyngre än den andra. Huruvida ett tillstånd som innebär ett aktuellt måttligt lidande med en varaktighet på sex månader med måttlig smärta, funktionsnedsättning etc och en liten risk för framtida komplikationer och mortalitet uppfattas svårare än ett tillstånd utan symtom men med någon procents risk att avlida i förtid kan bara avgöras genom värderingar som öppet redovisas av dem som ansvarar för bedömningen i prioriteringsarbetet.

I arbetsbladet återfinns kolumnen ”Tillståndets svårighetsgrad” (Figur 6);

Tillstånd	Åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta	Kvalitet kunskapsunderlag	Kostnad/ Effekt	Kvalitet kunskapsunderlag	Rangordning	Kommentar/ Konsekvens

Figur 6. Arbetsblad för dokumentation av nationella prioriteringsmodellens moment.

Tolkning och ställningstaganden i nationella modellen

Att avgöra vad som ska ingå i bedömningen när det gäller svårighetsgrad är inte oproblemiskt. Hur begrepp som lidande, livskvalitet etc från regeringens proposition ska tolkas är oklart. Det finns därför utrymme för olika tolkningar om vad som är rimligt att väga in i bedömningen. Till exempel kan det ses som högst rimligt att när det gäller barn och ungdomar väga in inte bara risker för en försämring av ett tillstånd utan även risk för en försenad eller hämmad utveckling.

Det finns även frågetecken om vilken betydelse *externa effekter av ett tillstånd* kan ges utan att strida mot människovärdeprincipen då svårighetsgraden bedöms. Med externa effekter avses i detta sammanhang:

- konsekvenser för andra personers hälsa
- omgivningsfaktorer påverkan på patientens vårdbehov

Den första situationen kan exemplifieras med risk för smittspridning till andra vid en infektionssjukdom. Kan hänsyn till sådana externa effekter motivera en högre svårighetsgrad än om hänsyn bara får tas till hur tillståndet påverkar patienten själv?

Den andra situationen handlar om i vilken grad omgivningsfaktorer, som t ex sociala nätverk, inte ska avgöra men kunna påverka svårighetsgraden. I propositionen slås tydligt fast att sociala funktioner som ansvarsförhållanden, ekonomiska förhållanden och ställning i samhället inte får utgöra grund för prioritering. Där framgår också att det är oförenligt med de etiska principerna att generellt låta sociala förhållanden *avgöra* vem som ska få vård eller kvaliteten på vården. Om ett vidare ohälsoperspektiv tillämpas (som förordas i propositionen) kan aktivitetsbegränsningar (som t ex svårigheter i matsituationen eller vid förflyttningar p g a sjukdom eller skada) få olika konsekvenser och vara olika problematiskt beroende på om patienten har ett fungerande socialt nätverk eller inte.

Det finns vissa generella formuleringar i propositionen som kan tolkas som att sådana hänsyn måste kunna tas vid en prioritering;

”Det som i första hand bör styra den praktiska tillämpningen vid prioriteringar i det enskilda fallet är hänsyn tagen till den aktuella patientens hela situation, dvs. såväl sjukdomspanorama som livssituation”. (Socialdepartementet 1996/97, s 29)

I brist på en entydig vägledning avfärdas inte att direkt påvisbara externa effekter på andras hälsa och/eller omgivningsfaktorer påverkan på patientens egen hälsa *kan* beaktas då svårighetsgrad ska bedömas i den nationella modellen för öppna prioriteringar.

I de fall denna typ av effekter i någon mån tillåts påverka prioriteringen är det väsentligt att detta tydligt redovisas och att man är medveten om att det kan innebära ett avsteg från den etiska plattformen (strikt tolkad).

4.3.2 Bedömning av patientnytta

Vid bedömningen av den förväntade patientnyttan/effekt av åtgärd görs en sammantagen värdering av effekt på aktuellt hälsotillstånd (vad det gäller lidande, funktionsnedsättning och livskvalitet), effekt på risk (för förtida död, fortsatt lidande, funktionshinder och nedsatt hälsorelaterad livskvalitet) samt risk för biverkningar och allvarliga komplikationer av åtgärden (Figur 7);



Figur 7. Komponenterna relevanta för bedömning av patientnytta i nationella prioriteringsmodellen.

Det finns flera skäl som talar för att patientnyttan ska redovisas separat i den nationella modellen, trots att den även ingår i bedömningen av kostnadseffektivitet. Ett skäl är att grunderna för bedömningen blir lättare att följa, ett annat är att hälsoekonomiska data än så länge ofta saknas.

Bedömning i en specificerad situation

Patientnytta av en åtgärd bedöms alltid i relation till ett specifikt tillstånd i en specifik situation vilket definieras i prioriteringsobjektet (tillstånd-åtgärdspar).

Den situation som patientnytta ska bedömas i kan variera. Det kan t ex handla om en situation då en ny åtgärd (t ex ett läkemedel) eventuellt ska införas i vården. Patientnyttan bedöms då i relation till ett tillstånd där andra åtgärder redan är insatta och svårighetsgraden troligen redan är minskad. Patientnyttan kan då bedömas som liten med den nya åtgärden – man vinner bara lite hälsa sett till vad tidigare åtgärder ger i nytta. En annan prioriteringssituation är då en hel verksamhet genomlysas i syfte att kvalitetssäkra denna. I dessa fall kanske tillstånden beskrivs mer som grundtillstånd utan alternativa åtgärder insatta (t ex den äldre människan med oro). Patientnyttan med olika typer av åtgärder bedöms då utifrån alternativet att inte göra något alls.

Effektmått i modellen

Effekten av åtgärder mäts med hjälp av olika effektmått som kan delas in i avgörande, viktiga och oviktiga¹⁴. De avgörande effektmåten ska väga tyngst vid bedömningen av patientnyttan.

Avgörande effektmått är oftast *patientrelaterade mått*, d v s mått som har direkt betydelse för individen såsom dödlighet, aktuell sjuklighet och hälsorelaterad livskvalitet (som t ex aktivitets- och delaktighetsinskränkningar) eller risker för motsvarande. I riksdagens riktlinjer framhålls att åtgärder som åstadkommer lindring och förbättrad livskvalitet i princip ska ges samma tyngd som åtgärder som inriktas mot bot. Andra avgörande effektmått kan också handla om i vilken grad åtgärder ger allvarliga biverkningar eller komplikationer.

Viktiga men inte avgörande effektmått kan vara *process- eller surrogatmått*. Det är effektmått som mäter något på kropps- eller funktionsnivå som leder till, eller kan antas leda till, bot eller lindring. Det kan vara olika laborativvärden eller provsvar, som till exempel förändringar av blodtrycket eller ökad ledrorlighet vid reumatisk sjukdom. Ibland är surrogatmått de enda mått som finns tillgängliga. Det gäller dock att använda dem med försiktighet, ibland kan det vara så att en positiv effekt på ett surrogatmått inte innebär någon effekt på patientrelaterade effektmått, eller kanske till och med en negativ effekt. Ett exempel på det är flour vid benskörhet som leder till ökad bentäthet (surrogatmått) men ökar andelen frakturer (avgörande effektmått) (Rothwell 2005). Andra viktiga, men inte avgörande effektmått, kan vara mindre allvarliga biverkningar eller komplikationer.

Bedömningen av vad som är avgörande och viktiga effektmått bygger på värderingar. Denna bedömning bör i så stor utsträckning som möjligt ta hänsyn till de värderingar som den aktuella patientgruppen har (Atkins et al 2004, Schunemann 2006, Guyatt 2008).

¹⁴ Detta sätt att se på effektmått relaterar till det mest spridda evidensgraderingssystemet GRADE (Grading of Recommendations Assessment, development and Evaluation).

Skalsteg för patientnytta

Den sammanvägda patientnyttan (effekt på såväl aktuellt tillstånd som på risk för framtida ohälsa samt komplikationsrisk) bedöms i skalan;

- mycket stor
- stor
- måttlig
- liten eller ingen

I den nationella modellen bedöms patientnytta i absoluta effekter snarare än relativt de andra åtgärderna inom ett begränsat prioriteringsområde. Det är den *förväntade genomsnittliga nyttan* för hela patientgruppen/målgruppen som får del av en åtgärd som ska värderas i prioriteringsmodellen.

Inte heller för patientnytta finns ännu någon enhetlig definition av dessa skalsteg. De som arbetar med prioriteringar bör skapa och redovisa sina kriterier för vad som menas med kategoriseringen mycket stor patientnytta, stor patientnytta o s v (se Bilaga 2, ett exempel på en tankestruktur för kategorisering som bygger på ICF från Landstinget i Kalmar län¹⁵).

Patientnytta i den nationella modellen ska spegla i vilken grad ohälsa eller nedsatt livskvalitet vid ett specifikt tillstånd faktiskt påverkas av en definierad åtgärd. Graden av patientnytta blir då relaterat till hur stort hälsogap som finns och hur detta gap påverkas av åtgärden. Patientnyttan är på så sätt relaterad både till åtgärdens effektivitet och till tillståndets svårighetsgrad. Det innebär att vid tillstånd som bedöms ha en stor/ mycket stor svårighetsgrad är det med m a o möjligt att uppnå en mycket stor hälsoförändring. Förändringen vid tillstånd med liten svårighetsgrad (litet hälsogap) kan däremot aldrig bli stor – trots att ideal hälsa och livskvalitet uppnås. Det innebär också att en liten förändring av hälsan eller livskvaliteten (oavsett om det gäller ett tillstånd med mycket stor svårighetsgrad) aldrig kan betraktas som mycket stor patientnytta.

Mycket stor patientnytta står alltså för en betydande påverkan på ohälsan/ livskvaliteten och/eller en mycket lång varaktighet av en god effekt och/eller mycket stor påverkan på förtidig död/ betydande nedsättning av livskvaliteten.

¹⁵ Ursprungligen var den framtagen för att bedöma hur en åtgärd påverkar ett specifikt tillstånd snarare än det vidare hälsoperspektiv som förespråkas i denna reviderade modell. Även om en ny kategorisering behöver göras kan strukturen fortfarande vara en hjälp för att klargöra olika dimensioner som beaktas i bedömningen av patientnytta

Graderingen mycket stor – liten/ingen patientnytta är en grov skala. Ibland (beroende på syftet med prioriteringsarbetet) behöver åtgärder som getts samma grad, t ex liten patientnytta, ställas i relation till varandra för att ge ytterligare vägledning till vilken åtgärd som bör vara förstahandsval o s v. Det kan gälla då nya metoder aktualiseras som ska jämföras med redan etablerad vård. Bedömningen kan vara att den nya åtgärden i och för sig bedöms ge liten patientnytta men att den ger mer, lika eller mindre patientnytta än alternativ åtgärd vilket kan ha betydelse i en valsituation och därför kommenteras i arbetsbladet.

Förväntade genomsnittliga nyttan

I modellen bedöms den *förväntade genomsnittliga nyttan* för hela patientgruppen som får del av en åtgärd.

Nyttan med en åtgärd varierar ofta i en behandlingsgrupp och det är inte alltid möjligt att veta för vilka åtgärden har störst effekt. Ett fåtal personer i en grupp kan ha stor nytta av en åtgärd medan andra har mindre nytta och ytterligare några kan få rena hälsoförluster på grund av biverkningar och komplikationer av åtgärden. Det kan t ex gälla vid behandling av måttligt förhöjt blodtryck då vissa personer inte löper någon risk för dödsfall på grund av stroke eller annan hjärtkärrelaterad orsak, andra måttlig och ytterligare andra en stor risk utan att det är möjligt att i förväg identifiera dessa subgrupper. Patientnyttan för patientgruppen kommer därför att variera och får anges i en förväntad genomsnittlig nytta istället för att fokusera på undantagen.

Om det är möjligt att identifiera vilka som har stor respektive liten nytta av en åtgärd bör prioriteringsobjektet delas upp ytterligare i dessa grupper för att prioriteringen ska bli mer vägledande (till exempel en grupp som utgörs av personer med ärftlighet för hjärt- och kärlsjukdom och en grupp som inte har några kända riskfaktorer).

Avvägning mellan effekt på aktuellt tillstånd, risk och varaktighet

De olika parametrarnas effekt på aktuellt tillstånd, risk och varaktighet av effekt har inte bestämda vikter i modellen. Det innebär att de varken kan sägas vara likvärdiga eller att någon parameter självklart väger tyngre än den andra. Huruvida en åtgärd som leder till att aktuellt lidande minskar men risken för framtida komplikationer och mortalitet kvarstår ger mer patientnytta än den åtgärd som i mindre grad påverkar ett aktuellt lidande men eliminerar en framtida risk för stor ohälsa eller död måste avgöras genom diskussioner och avvägningar som öppet redovisas.

I arbetsbladet återfinns kolumnen ”Patientnytta” (Figur 8);

Tillstånd	Åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta	Kvalitet kunskapsunderlag	Kostnad/ Effekt	Kvalitet kunskapsunderlag	Rangordning	Kommentar/ Konsekvens

Figur 8. Arbetsblad för dokumentation av nationella prioriteringsmodellens moment.

Tolkning och ställningstaganden i nationella modellen

I nationella modellen bedöms effekt av åtgärd i första hand utifrån patientnytta men externa effekter på andras personers hälsa kan inte helt avfärdas.

Med externa effekter av åtgärd avses i detta sammanhang konsekvenser vad det gäller *hälsan* för andra individer än den som är direkt föremål för åtgärden. Det kan handla om hälsovinster eller negativa hälsoeffekter för närstående (t ex vid vård i hemmet eller konsekvenser för barn med sjuka föräldrar) eller för andra personer i samhället genom direkt påverkan (t ex vid tvångsvård eller vaccinerings) eller indirekt påverkan (t ex antibiotikaresistens genom miljöpåverkan).

Vägledningen från riksdagens riklinjer om externa effekter i betydelsen hur andras hälsa påverkas är oklar men i Prioriteringsutredningen antyds möjligen att även om individnyttan starkt poängteras kan den inte helt isoleras från extern nytta;

”... nytta 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, s 111)

Vår slutsats är att p g a människovärdesprincipen och prioriteringsutredningen avståndstagande från en nyttoprincip (d v s att nyttan för kollektivet inte får väga över patientnyttan) bör externa effekter endast vägas in med försiktighet och då tydligt och öppet redovisas hur de påverkar prioriteringen. Ett viktigt ställningstagande i den nationella modellen är att vid konflikt mellan kollektivets nytta och enskilda individers nytta får aldrig kollektivets nytta väga tyngre.

4.3.3 Bedömning av kostnadseffektivitet

I den nationella modellen för öppna prioriteringar ingår också bedömning av kostnadseffektivitet, d v s en bedömning av patientnytta/ effekt av åtgärd i relation till kostnaden för åtgärden.

Åtgärder som riktas mot grupper med stor förväntad patientnytta är mer kostnadseffektiva än åtgärder med liten patientnytta givet att kostnaden är densamma. En dyr åtgärd kan vara kostnadseffektiv om den ger en god hälsoeffekt i förhållande till alternativa insatser. Om kostnaden är likvärdig eller lägre för den åtgärd som ger bäst effekt/mest patientnytta så är det enkelt att avgöra vilken åtgärd som är mest kostnadseffektiv. När kostnaden är högre för den åtgärd som ger bäst effekt är det svårare att bedöma när kostnaden per hälsovinst är rimlig respektive orimlig.

Bedömningen av åtgärdens kostnadseffektivitet omfattas i den nationella modellen i första hand av direkta men även indirekta kostnader (Figur 9);



Figur 9. Komponenter relevanta för bedömning av åtgärdens kostnadseffektivitet i nationella prioriteringsmodellen.

I den nationella prioriteringsmodellen ska kostnadseffektivitet beaktas såväl vid tillämpning på prioriteringar inom en patientgrupp, som vid horisontella prioriteringar, d v s vid prioriteringar som gäller olika typer av åtgärder vid olika hälsotillstånd på gruppnivå.

De kostnader, både direkta och eventuellt indirekta, som bedömningen av kostnadseffektiviteten grundas på redovisas öppet. Eventuella konfliktsituationer med människovärdesprincipen måste alltid bevakas och redovisas öppet.

Skalsteg för kostnadseffektivitet

Kostnadseffektivitet uttrycks i kostnad per effekt och anges i skalan;

- Mycket hög (kostnad per effekt)
- Hög (kostnad per effekt)
- Måttlig (kostnad per effekt)
- Låg (kostnad per effekt)

Mycket hög kostnad per effekt innebär att kostnaden sett i relation till den patientnytta som vinnas är mycket hög vilket i sin tur innebär att kostnadseffektiviteten är låg. *Låg* kostnad per effekt står i det här sammanhanget för att kostnadseffektiviteten är hög. Några gränsvärden för skalstegen ingår inte i modellen utan måste redovisas i varje enskilt arbete.

När hälsoekonomiska data finns används i första hand kostnad per vunnet levnadsår och kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår (QALY:s).¹⁶ När hälsoekonomiska studier saknas redovisas vilken annan innebörd som lagts i skalstegen. Till exempel kan kostnadseffektivitet anges i form av en enkel kvantitativ bedömning där den uppskattade kostnaden relateras till det för patientgruppen viktigaste effektmåttet (t ex ökad delaktighet). I lokala projekt med små resurser eller svårigheter att konsekvent få fram uppgifter om kostnadseffektivitet förs åtminstone ett resonemang om kostnadseffektivitet i de fall prioriteringsordningen på ett avgörande sätt påverkas när kostnaderna vägs in.

I nationella modellen anges inte något gränsvärde för vad som är en acceptabel kostnadseffektivitet.¹⁷

¹⁶ Se Socialstyrelsens hemsida www.socialstyrelsen.se för närmare information om skalgränser i samband med kronor per vunnen QALY. Fördelen med måttet 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.

¹⁷ För utförligare resonemang kring gränsvärden för kostnadseffektivitet se vidare i rapporten "Nationell modell för öppna prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård" (2007).

I arbetsbladet återfinns kolumnen ”Kostnad/effekt” (Figur 10);

Tillstånd	Åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta	Kvalitet kunskapsunderlag	Kostnad/ Effekt	Kvalitet kunskapsunderlag	Rangordning	Kommentar/ Konsekvens

Figur 10. Arbetsblad för dokumentation av nationella prioriteringsmodellens moment.

Tolkning och ställningstagande i nationella modellen

Kostnads- och effektivitetsbegreppen är långt ifrån problemfria vare sig i principiell eller i teknisk mening. Som tidigare nämnts har Socialstyrelsen föreslagit regeringen ett förtydligande av kostnadseffektivitetsprincipen på flera punkter (Socialstyrelsen 2007).

En fråga rör i vilka *situationer* kostnadseffektivitetsprincipen ska tillämpas. Prioriteringsutredningen föreslår att kostnadseffektivitetsprincipen endast bör tillämpas vid jämförelser av metoder för behandling av samma sjukdom, då effekterna inte annars går att jämföra på ett rättvist sätt. Motivet att även tillämpa den nationella modellen för öppna prioriteringar i valet mellan åtgärder för olika tillstånd är att regeringen fastslog i propositionen att det måste finnas ett kostnadseffektivt tänkande i stort i vården (se citat s 14). Vårdens resurser måste användas på bästa sätt och användas så att de räcker till för fler;

”att resurserna används på bästa sätt och att resurserna kan komma fler till del”. (Socialdepartementet 1996/97, s 21)

En annan fråga rör *vilka kostnader* som bör tas med i analysen. När indirekta kostnader/intäkter tas med i analysen har det betydelse vilken sammansättning den aktuella patientgruppen har med avseende på personliga egenskaper och social ställning (kön, förvärvsgrad, ålder etc).

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. Men om man använder en sådan utgångspunkt kan konsekvenser bli att ett program för rehabilitering som riktas till personer som är sjukskrivna är mer kostnadseffektivt än ett program som riktas enbart till patienter som inte förvärvsarbetar vilket kan sägas stå i konflikt med människovärdesprincipen.

Riksdagens riktlinjer när det gäller kostnadseffektivitetsprincipen (tillämpad för enskilda patienter) är för begränsad för att vägleda vid prioritering på grupp-nivå. Detta är en av de punkter som Socialstyrelsen föreslagit att regeringen bör utreda och förtydliga. I avvaktan på detta grundar vi vårt ställningstagande på de riktlinjer som riksdagen år 2002 utfärdade till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)¹⁸ att även indirekta kostnader i viss mån måste beaktas vid prioriteringar. I lagen om läkemedelsförmåner (Socialdepartementet 2002) poängteras att myndigheten vid beslut om subvention (prioriteringar) av ett läkemedel bl a ska bedöma om det är kostnadseffektivt i ett samhälleligt perspektiv. I bedömningen vägs kostnadseffektiviteten samman med behovs-solidaritetsprincipen och människovärdesprincipen så att det blir en rimlig relation mellan ett medicinskt, humanitärt och hälsoekonomiskt perspektiv (Erntoft 2010). Det är rimligt att anta att TLV:s verksamhet inte ska baseras på andra principer för prioriteringar än den övriga hälso- och sjukvården. I de nationella riktlinjer som Socialstyrelsen publicerar tillämpas också så långt det är möjligt ett samhällsekonomiskt perspektiv (Socialstyrelsens 2007).

I de fall indirekta kostnader räknas in vid tillämpningen av den nationella modellen och tillåts påverka prioriteringen måste försiktighet vidtas så att inte människovärdesprincipen kränks och resonemang och ställningstagande måste öppet redovisas för att ge möjlighet till granskning.

4.3.4 Bedömning av kvalitet av kunskapsunderlag

I den nationella prioriteringsmodellen ingår ett krav på att redovisa och värdera kvaliteten på de underlag som bedömningarna av svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet baseras på vad det gäller vetenskapliga faktaunderlag och/eller erfarenhetsbaserad kunskap.

I portalparagrafen i HSL lyfts kvalitetskravet på vård fram (2a§ HSL) och att den ska vara baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Utgångspunkten är därför att prioriteringar ska vila på bästa möjliga kunskap där om möjligt systematiska översikter används.

¹⁸ TLV hette tidigare Läkemedelsförmånsnämnden.

Krav på systematik och fullständighet i sökningen efter underlag för bedömning av svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet måste dock anpassas efter syftet med varje enskilt prioriteringsarbete och de resurser (t ex tid) som finns till förfogande.

Redovisning av vetenskaplig evidens

När kvaliteten på kunskapsunderlaget tillåter bör etablerade checklistor och evidensgraderingssystem om möjligt användas för att beskriva hur säker man är på den beskrivna effekten och kostnadseffektiviteten. I avsaknad av ett systematiskt underlag beskrivs kvaliteten på kunskapsunderlag med egna ord.

När det gäller evidensgraderingssystem är GRADE ett internationellt vedertaget system som både SBU och Socialstyrelsen tillämpar. Det används generellt för att beskriva hur säker man är på åtgärdens effekter. En hög evidensstyrka innebär en stor säkerhet angående en åtgärds effekt och att det är mycket osannolikt att ytterligare forskning ändrar skattningen av effekten. En hög evidensstyrka säger inget om effekten i sig, den kan vara alltifrån liten till mycket stor, utan värderar bara säkerheten i bedömningen. En hög evidensstyrka kan därför också betyda stor säkerhet att effekten är liten. En låg evidensstyrka innebär på motsvarande sätt att det är mycket sannolikt att ytterligare forskning på ett betydelsefullt sätt ändrar skattningen av effekten och även själva effektstorleken – åtgärden kanske har större effekt än väntat eller åtgärden kanske till och med är skadlig (GRADE working group 2011, Socialstyrelsen 2011, Statens beredning för medicinsk utvärdering 2011).

Redovisning av erfarenhetsbaserad kunskap

I de fall där det saknas ett nöjaktigt vetenskapligt kunskapsunderlag kan andra metoder tillämpas för att tillvarata den erfarenhetsbaserade kunskapen (t ex systematiska expertbedömningar).¹⁹När prioriteringsarbetet utgår ifrån den kliniska, erfarenhetsbaserade kunskapen hos dem som ansvarar för att ta fram en rangordning bör det framgå. I dagsläget finns ingen väletablerad skala för redovisning av klinisk erfarenhet. Det viktigaste är att redovisa hur bedömningarna är gjorda – att det är transparent.

Identifiering av FoU

Då värderingen gäller nya metoder och åtgärder som ännu ej är etablerade och där kunskapsläget är för ofullständigt för att kunna bedöma patientnytta/effekt av åtgärd bör istället för rangordning ställning tas till om åtgärden kräver ytterligare utvärderingar innan den introduceras som en del i hälso- och sjukvården .

¹⁹ Tillämpades bl a inom ramen för Nationella riktlinjer för demenssjukdomar www.socialstyrelsen.se.

I arbetsbladet återfinns kolumnen ”Kvalitet kunskapsunderlag” (Figur 11);

Tillstånd	Åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta	Kvalitet kunskapsunderlag	Kostnad/ Effekt	Kvalitet kunskapsunderlag	Rangordning	Kommentar/ Konsekvens

Figur 11. Arbetsblad för dokumentation av nationella prioriteringsmodellens moment.

4.4 Sammanvägning och rangordning

Rangordningen i den nationella modellen för öppna prioriteringar innebär att väga samman bedömningar av svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet samt kvaliteten på kunskapsunderlag till en prioriteringsgrad. Rangordningen görs i en 10-gradig skala där 1 är högst prioritet och 10 lägst. Det är viktigt att det finns en logik mellan bedömningarna av svårighetsgrad, patientnytta samt kostnadseffektivitet och den prioriteringsgrad som ges.

Rangordningen i den nationella modellen för öppna prioriteringar innebär att väga samman bedömningar av svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet samt kvaliteten på kunskapsunderlag.

Rangordningen i ett prioriteringsarbete anges i en tiogradig skala;

- 1 anger det som är högst prioriterat
- 10 anger det som är lägst prioriterat.

Det finns ett brett stöd för att ha 10 möjliga rangordningsnivåer även om det återkommande diskuteras möjligheten till färre nivåer. Nackdelen med t ex en tregradig prioriteringsskala är att grupperna blir mycket stora och heterogena. Inom samma nivå kan det finnas behov som anses betydligt mer angelägna än andra. I regel berör resurstillskott till nya verksamheter eller besparingar en liten del av den totala verksamheten. Presenteras då t ex en tredjedel av verksamheten som högt prioriterad och en tredjedel som lågt prioriterad ger det begränsad vägledning. Tio nivåer innebär en möjlighet till större spridning och därmed en bättre vägledning för prioriteringsbeslut.

Den nationella modellen innehåller inga givna gränsvärden när det gäller svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet. Det är därför svårt att finna en användningsfri metod för att matematiskt/kvantitativt räkna fram prioriteringsnivån. En sådan mer kvantitativ ansats ger en bild av en större objektivitet och faktiskhet än vad underlaget möjliggör. Prioriteringsgraden måste istället betraktas som en kvalitativ bedömning.

4.4.1 Principer för rangordning

- Svårighetsgraden tillmäts stor betydelse i riksdagsbeslutet om prioriteringar men kan inte vara ensamt avgörande för rangordningen.
- Svåra hälsotillstånd och effektiva åtgärder rangordnas högre än mindre allvarliga tillstånd och mindre effektiva åtgärder (svårighetsgraden utgör enligt lag ingen grund för rangordning inom socialtjänstens områden).
- Åtgärder med stor nytta för individen i förhållande till kostnaden rangordnas högre än åtgärder med liten nytta i förhållande till kostnaden.
- Åtgärder 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. Likaså har åtgärder som vilar på entydig, långvarig erfarenhetsbaserad kunskap och visar en god patientnytta/kostnadseffektivitet företräde framför sådana där den erfarenhetsbaserade kunskapen är svag om allt annat är lika.
- Åtgärder som innebär stora konsekvenser, t ex höga kostnader eller stora organisatoriska krav, eller är förknippade med risker och biverkningar måste vila på mycket stor säkerhet i bedömningen av effekt/nytta för att ges en hög prioriteringsgrad.
- Säkerheten i bedömningen av underlaget för prioriteringsgraden har betydelse men en stor säkerhet innebär inte i sig att åtgärden ges hög prioriteringsgrad.

4.4.2 Rangordningsskalan

Svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet ska i första hand bedömas utifrån ett större perspektiv än bara relativt inom ett begränsat prioriteringsområde. Det innebär att rangordningsskalan inte heller bör vara relativ inom ett prioriteringsområde. Det är istället viktigt att det finns en logik mellan rangordningssiffran och bedömningarna av svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet samt kvaliteten på kunskapsunderlagen. Sammantaget låga värden på dessa kan aldrig ge en hög prioritet och visa versa; sammantaget höga värden kan inte ge låg prioritet.

Några absoluta kriterier för att erhålla prioriteringsgraderna 1 till 10 finns dock inte vilket t ex kan innebära att en 2:a inom ett prioriteringsarbete för ett visst prioriteringsobjekt inte självklart kan likställas med en 2:a i ett annat prioriteringsarbete, för ett annat prioriteringsobjekt. Då olika rangordningslistor ska sammanföras krävs nya diskussioner där olika prioriteringsordningar jämförs och värderas i relation till varandra.

Inom vissa prioriteringsområden finns en stor spridning bland prioriteringsobjekten, alltifrån liten svårighetsgrad och liten patientnytta/kostnadseffektivitet till prioriteringsobjekt med stor svårighetsgrad och stor patientnytta/kostnadseffektivitet. I de fallen kommer troligen hela rangordningsskalan, från 1 till 10, att finnas representerad. I andra sammanhang kan spridningen i rangordningen bli mindre då svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet varierar mindre (t ex mellan 2 och 7). I dessa fall kan det bli aktuellt med ytterligare diskussioner för att t ex utvärdera vilka 7:or som i första hand ska bli föremål för eventuell ransonering.

Vid värderingen av patientnytta kan man hitta åtgärder som bör utmönstras ur vården, p g a att de saknar effekt, eller medför för stora risker eller biverkningar i relation till nyttan. Dessa bör redovisas separat och ingår därför inte i rangordningen 1-10.

I arbetsbladet återfinns kolumnen ”Rangordning” (Figur 12);

Tillstånd	Åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta	Kvalitet kunskapsunderlag	Kostnad/ Effekt	Kvalitet kunskapsunderlag	Rangordning	Kommentar/ Konsekvens

Figur 12. Arbetsblad för dokumentation av nationella prioriteringsmodellens moment.

4.4.3 Den etiska plattformen sätter ramen för rangordningen

Människovärdesprincipen anger vad som inte ska påverka prioriteringar inom hälso- och sjukvård och poängterar att alla lika värde. Det innebär att den som ska göra en prioriteringsordning i praktiken måste brottas med avvägningen mellan behovs- solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen;

”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”. (Socialdepartementet 1996/97, s 17)

Även om sjukdomens svårighetsgrad tillmäts stor betydelse i riksdagsbeslutet om prioriteringar framgår det, som tidigare nämnts, både i prioriteringsutredningen och i riksdagsbeslutet att svårighetsgrad inte enskilt kan avgöra vilken prioritering ett tillstånd-åtgärdspar ska ha. Patientens/patientgruppens förmåga att tillgodogöra sig en behandling måste, enligt propositionen, också vägas in vid prioriteringen. Det kan innebära att även tillstånd med stor svårighetsgrad kan få en lägre prioritet om patientnyttan är begränsad.

När det gäller avvägningen mellan behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen kan riktlinjen tolkas så att patienter med svårare tillstånd ska kunna behandlas med åtgärder som kostar betydligt mer per hälsovinst jämfört med dem som har mindre svåra sjukdomar;

”Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör eftersträvas en rimlig relation mellan kostnader i form av insatta resurser av olika slag och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet... En följd av att behovs-solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen är enligt utredningen att svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar går före lindrigare, även om vården av de svåra tillstånden kostar väsentligt mycket mer”. (Socialdepartementet 1996/97, s 21)

Detta innebär i praktiken att samhället har en betydligt större betalningsskyldighet vid svårare tillstånd jämfört med behandling av lindriga tillstånd. Vid rangordningen säger riktlinjerna att om svårighetsgraden är stor så kan även en lägre kostnadseffektivitet ges en högre prioritet jämfört med om svårighetsgraden är liten;

”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, s 22)

4.4.4 Kvaliteten på kunskapsunderlaget kan påverka rangordningen

Bedömningen av svårighetsgrad och patientnytta grundas på någon typ av kunskapsunderlag (vetenskaplig evidens eller erfarenhetsbaserad kunskap). Kvaliteten på kunskapsunderlaget säger något om hur säker hälso- och sjukvården kan vara på åtgärdens effekt.

Det är därför rimligt att åtgärder som innebär stora konsekvenser, t ex höga kostnader eller stora organisatoriska krav, eller är förknippade med risker och biverkningar måste ha ett starkt vetenskapligt stöd för att kunna prioriteras högt. Ett exempel på det är flimmerablation som är ett ingrepp vid förmaksflimmer som kan vara förknippat med risker och som kräver särskild kompetens. Är behovet, d v s svårighetsgrad kombinerat med graden av patientnytta, däremot stort, åtgärden okontroversiell och har använts länge kan prioriteringen bli hög trots ett svagt vetenskapligt stöd. Exempel på en sådan åtgärd är smärtlindring med morfin till cancerpatienter i livets slutskede.

Kvaliteten på kunskapsunderlag kan således ha betydelse för prioriteringen men ett starkt vetenskapligt stöd innebär alltså inte i sig att åtgärden prioriteras högre. Däremot kan styrkan på det vetenskapliga stödet påverka den inbördes rangordningen mellan två alternativa åtgärder. Är det vetenskapliga stödet för effekten starkt för den ena åtgärden och svagt för den andra åtgärden vid samma tillstånd och likvärdig nytta, är det rimligt att åtgärden med ett starkt stöd rangordnas högre. Likaså har åtgärder som vilar på entydig, långvarig erfarenhetsbaserade kunskap och visar en god patientnytta/kostnadseffektivitet företräde framför sådana där den erfarenhetsbaserade kunskapen är svag om allt annat är lika.

4.5 Presentation av rangordning, dess grunder och konsekvenser

Av regeringens proposition framgår att hälso- och sjukvården har en skyldighet att tillhandahålla information om grunderna till och konsekvenserna av framtagna prioriteringar för de som berörs av prioriteringarna. Den nationella modellen för öppna prioriteringar bygger därför på att resultatet av dess tillämpning, den framtagna prioriteringsordningen, öppet redovisas. Målgruppen styr formen för presentationen. En rangordningslista behöver alltid kompletteras med konsekvensbeskrivningar eller andra typer av dokument som klargör hur rangordningen ska förstås och tillämpas.

4.5.1 Prioriteringens innebörd och konsekvenser

Den nationella modellen för öppna prioriteringar ger inte svar på frågan om hur resultatet från ett prioriteringsarbete specifikt ska tolkas och användas.

Den enda vägledning riksdagens riktlinjer ger är att högsta prioritet (1) innebär att vården bör fördela förhållandevis mer resurser till dessa tillstånd-åtgärdspar så att åtgärderna säkert utförs vid dessa tillstånd.

På motsvarande sätt innebär prioritet 10 att vården endast bör göra åtgärderna för vissa identifierade tillstånd om det i övrigt finns tillräckligt med resurser att utföra det som har högre prioritet.

När det gäller konsekvenserna i övrigt av framtagna prioriteringar måste detta klargöras och redovisas av den aktör som ansvarar för prioriteringen.

4.5.2 Olika presentationsformer

Hälso- och sjukvården har en skyldighet att tillhandahålla information om grunderna och konsekvenserna av framtagna prioriteringar för de som berörs av prioriteringarna (Socialdepartementet 1996/97). Den nationella modellen för öppna prioriteringar bygger därför på att resultatet av dess tillämpning, den framtagna prioriteringsordningen, öppet redovisas. Målgruppen styr formen för presentationen bl a beroende på om det handlar om intern öppenhet inom hälso- och sjukvården eller extern öppenhet ut mot allmänheten.

En rangordningslista är ett sätt att överskådligt ställa upp det underlag som skapar en rangordning (t ex i form av det arbetsblad som presenterats i denna rapport).

Olika typer av kommentarer t ex kring konsekvenser av rangordning kan göras i särskilt kolumn i arbetsbladet ”Kommentarer/Konsekvenser”. (Figur 13);

Tillstånd	Åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta	Kvalitet kunskapsunderlag	Kostnad/ Effekt	Kvalitet kunskapsunderlag	Rangordning	Kommentar/ Konsekvens

Figur 13. Arbetsblad för dokumentation av nationella prioriteringsmodellens moment.

Arbetsbladet är inte tillräckligt som redovisning vad det gäller konsekvenser av framtagna prioriteringar. Innehållet måste bli användbart och behöver därför presenteras på olika sätt beroende på målgrupp och användningsområde.

Ett resultat av ett prioriteringsarbete enligt den nationella modellen för öppna prioriteringar kan bli att åtgärder som inte bör utföras av medicinska skäl identifieras. Det handlar här om åtgärder som inte ska utföras även om det skulle finnas tillräckligt med resurser (till skillnad från t ex prioriteringsgrad 10 som kan vara aktuella att utföra om det finns resurser för detta).

Ett annat resultat kan vara att man identifierar insatser som inte är tillräckligt utvärderade och därför inte bör införas i rutinsjukvård. Dessa båda kommer inte att ingå i en rangordning men kan ändå behöva dokumenteras. Socialstyrelsen använder sig av en s k ”icke-göra-lista” respektive en FoU-lista i sitt nationella riktlinjearbete.

Prioriteringsarbete kan syfta till att skapa underlag för beslut om ransonering av vård eller införande av nya, högt prioriterade åtgärder. Som stöd för en sådan process är det särskilt viktigt att någon form av konsekvensbeskrivning tas fram. Syftet är att kvantitativt och kvalitativt beskriva olika konsekvenser som förväntas uppstå ur ett patientperspektiv samt vilka konsekvenserna kan bli för sjukvårdsbudgeten och sjukvårdsstrukturen.

Några aspekter som kan ingå i en konsekvensbeskrivning är:

- Vilken förändring av vårdens utbud gäller det?
- Vilken patientgrupp berörs? Kort beskrivning av tillståndet och dess specifika problem.
- Hur många patienter berörs?
- Vilka konsekvenser för patientnytta/effekt kan förväntas av förändringen?
- Vilka övriga samhällsliga konsekvenser (t ex för kommun) kan förväntas?
- Vad är konsekvenserna på sjukvårdens budget av en förändring?
- Vilka organisatoriska konsekvenser (t ex behov av kompetens) medför förändringen?
- Finns det andra alternativa vårdformer för den aktuella patientgruppen?
- Kommer kostnader, vård/omsorgsinsatser att övervältras på den enskilde patienten, annan vårdgivare, andra samhällssektorer?

4.6 Slutord

Inledningsvis påpekades att den nationella modellen för öppna prioriteringar som presenteras i denna rapport inte skulle betraktas som slutgiltig och för alltid given i sin form. Ambitionen har varit att förtydliga och ytterligare underlätta tillämpningen av riksdagens riktlinjer och etiska plattform. I och med att modellen ytterligare konkretiserats har också behovet av en översyn och fördjupad tolkning av riksdagens riktlinjer ånyo aktualiserats för att skapa möjlighet till ännu tydligare vägledning i framtiden.

Ambitionen att se på den nationella prioriteringsmodellen som ett levande verktyg med möjlighet att förändras och förfinas i takt med vunna erfarenheter kvarstår och dess lämplighet som redskap för att tillämpa riksdagens riktlinjer kommer även fortsättningsvis att följas upp och utvärderas.

REFERENSER

Ahlström M, Blomé U, Broqvist M, Göransson I, Nilsson Anna-Karin, Pettersson Ulla. 2008. Ett praktiskt försök – Nationell prioriteringsmodell tillämpad i Landstinget i Kalmar Län. Linköping, PrioriteringsCentrum, rapport 2008:5.

Andrén E, Andrén M, Bragsjö S, Björkryd K, Johansson Å, Nilsson A-K, Tjernberg Nordlund A, Rosberg B, Ahlström M, Pettersson U, Broqvist M, Carlsson P. 2011. Öppna prioriteringar inom nya områden. Logopedi, nutritionsbedömning, habilitering och regionssamverkan. Prioriteringscentrum, rapport 2011:1

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

Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schunemann HJ, Edejer TT, Varonen H, Vist GE, Williams JW Jr., Zaza S: Grading quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj* 2004, 328(7454):1490.

Berntoft L. 2009. Hälsoekonomiska utvärderingar: Vad menas och hur gör man? Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa, Utvärdering och hälsoekonomi, CMT rapport 2009:2.

Broqvist M, Garpenby P. 2007. Rättvisan finns i betraktarens öga - röster från medborgare om rättvisa i vården. Linköping, PrioriteringsCentrum, rapport 2007:6.

Broqvist M, Garpenby P, Lund K, Bäckman K. 2009. Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008. DI II Olika tankar om processen. Linköping, PrioriteringsCentrum, rapport 2009:2.

Carlsson P, Kärvinge C, Broqvist M, Eklund K, Hallin B, Jacobsson C, Jacobsson Ekman G, Källgren Peterson C, Lindh M, Nordlander B, Rosén P, Sjöblom U, Sohlberg A. 2007. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. Linköping, PrioriteringsCentrum, Rapport 2007:1.

Engström B. 2009. Tvärprofessionell prioritering inom strokevård med stöd av nationell modell för öppna vertikala prioriteringar. Ett samarbetsprojekt mellan FSA, LSR, SSF och Vårdförbundet. Linköping, PrioriteringsCentrum, rapport 2009:3.

Erntoft S. 2010. The use of health economic evaluations in pharmaceutical priority setting. The case of Sweden Lund: Lund Business Press. Lund Studies in Economic and Management 116.

Garpenby P, Bäckman K, Broqvist M, Nedlund A-C. 2010. Landstinget Kronoberg – i linje med prioriteringar. Linköping, PrioriteringsCentrum, rapport 2010:2.

GRADE. 2011. <http://www.gradeworkinggroup.org/>. 2011-06-15

Guyatt G, Oxman A, Kunz R, Vist G, Falck-Ytter Y, Schünemann H and for the GRADE Working Group: What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? 2008;336:995-998 *British Medical Journal*

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

Lund K. 2010. Prioriteringar i samverkan mellan kommun och landsting – erfarenheter av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Linköping, PrioriteringsCentrum, rapport 2010:1.

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

Prioriteringscentrum. 2011. Forskning och utveckling. <http://www.imh.liu.se/halso-och-sjukvardsanalys/prioriteringscentrum/forskning?l=sv>. 2011-06-15.

Rothwell, P. Treating individuals 1. External validity of randomised controlled trials: "To whom do the results of this trial apply?". *Lancet* 2005; 365: 82-93.

Schünemann H, Oxman A, Fretheim A. 2006. Improving the use of research evidence in guideline development:6. Determining which outcomes are important. *Health Res Policy Syst* 2006, 4:18.

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

Socialdepartementet. 1995. Vårdens svåra val. Prioriteringsutredningens slutbetänkande. Vårdens svåra val. Statens offentliga utredningar SOU 1995:5

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

Socialdepartementet. 2002. Lagen om läkemedelsförmåner m m. (SFS 2002:160).

Socialstyrelsen. 2009. Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. SOSFS 2009:6.

Socialstyrelsen. 2003. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion. www.sos.se/plus/skrift.htm.

Socialstyrelsen. 2007. Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens analys utifrån rapporten ”Vårdens alltför svåra val?”.

Socialstyrelsen. 2011. Nationella riktlinjer. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>. 2011-06-15.

Socialutskottet. 1996/97. Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2011. <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/>. 2011-06-15.

Statens medicinsk-etiska råd. 2009. Om prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården. <http://www.smer.se/Bazment/335.aspx>. 2011-06-15.

Waldau S. 2009. Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008. Del I. Procedur, genomförande och uppföljning. Linköping, PrioriteringsCentrum, rapport 2009:1.

Underlag för diskussion om tillståndets **svårighetsgrad** hämtad från Landstinget i Kalmar Län (PrioriteringsCentrums rapport 2008:5). Innehållet i rutorna har i andra landsting som prövat underlaget i viss mån anpassats till sitt sammanhang.

	<u>Funktionsnedsättningar</u> <i>Innebär en förlust av eller avvikelser i en fysiologisk funktion (t ex nedsatt ledstabilitet, smärta, nedsatt medvetenhet, motivation eller minne).</i>	<u>Aktivitetsbegränsningar</u> <i>Innebär svårigheter som en person kan ha att genomföra aktiviteter (t ex svårigheter att förflyta sig, att kommunicera eller att kunna bistå andra t ex ta hand om sina barn).</i>	<u>Delaktighetsinskränkningar</u> <i>Handlar om de sociala konsekvenserna av ett funktionshinder (t ex svårigheter att klara viktiga livsområden som utbildning, arbete och sysselsättning)</i>	<u>Varaktighet</u>	<u>Risk vid utlevnen åtgärd</u>	<u>Svårighetsgrad</u> <i>Den sammanlagda bedömningen</i>
Mkt stor		Patientgruppen klarar ej /har mycket stor svårighet att klara den/de aktuella aktiviteterna. Är helt beroende av hjälp i den/de aktuella aktiviteterna	Patientgruppen klarar ej aktuell social funktion/funktioner, har mycket stora svårigheter med den/de aktuella sociala funktionerna.	> 10 år till livslångt tillstånd	Mycket stor risk för försämring <i>alternativt</i> för allvarligt tillstånd.	
Stor		Patientgruppen har stora svårigheter att utföra den/de aktuella aktiviteterna. Till stor del beroende av hjälp i den/de aktuella aktiviteterna.	Patientgruppen har stor svårighet med den/de aktuella sociala funktionerna.	1 till 10 år	Stor risk för försämring <i>alternativt</i> för allvarligt tillstånd.	
Måttlig		Patientgruppen har svårt att utföra den/de aktuella aktiviteterna. Behöver delvis hjälp med den/de aktuella aktiviteterna.	Patientgruppen har svårighet med den/de aktuella sociala funktionerna.	> 3 mån till 1 år	Måttlig risk för försämring <i>alternativt</i> för allvarligt tillstånd.	
Liten		Om än med någon svårighet kan patientgruppen utföra den/de aktuella aktiviteterna. Behöver ingen hjälp.	Om än med någon svårighet klarar patientgruppen den/de aktuella sociala funktionerna.	< 3 mån	Liten risk för försämring <i>alternativt</i> för allvarligt tillstånd.	

Bilaga 2

Mall för underlag för diskussion om tillståndets **patientnytta/effekt av åtgärd** ursprungligen framtagen i prioriteringsarbete i Landstinget i Kalmar Län (PrioriteringsCentrums rapport 2008:5).

	<u>Effekt på²⁰ funktionsnedsättningar</u> <i>Innebär effekt på en förlust av eller avvikelser i en fysiologisk funktion (t ex nedsatt ledstabilitet, smärta, nedsatt medvetenhet, motivation eller minne).</i>	<u>Effekt på aktivitetsbegränsningar</u> <i>Innebär effekt på svårigheter som en person kan ha att genomföra aktiviteter (t ex svårigheter att förflytta sig, att kommunicera eller att kunna bistå andra t ex ta hand om sina barn).</i>	<u>Effekt på delaktighetsinskränkningar</u> <i>Handlar om effekt på de sociala konsekvenserna av ett funktionshinder (t ex svårigheter att klara viktiga livsområden som utbildning, arbete och sysselsättning).</i>	<u>Varaktighet av effekt</u>	<u>Effekt på risk</u>	Patientnytta/effekt av åtgärd <i>Den sammanlagda bedömningen</i>
Mkt stor						
Stor						
Måttlig						
Liten						

²⁰ Underlaget har sedan Rapport 2008:5 trycktes ändrats genom tillägget "effekt på".

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 *Arbetssterapeuter 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.

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

2007:3 *Etiska riktlinjer och principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård – en internationell översikt.* Anders Melin.

2007:4 *Ansvar för sin hälsa? Problem och möjligheter med att tillämpa en ansvarsprincip inom hälso- och sjukvården.* Elisabeth Furberg.

2007:5 *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård Implementeringen i fyra landsting och regioner - Andra delen av utvärderingen.* Peter Garpenby, Per Johansson.

2007:6 *Rättvisan finns i betraktarens öga - Röster från medborgare om rättvisa i vården.* Mari Broqvist, Peter Garpenby.

2008:1 *Kan rättvisa procedurer stärka förtroendet för prioriteringar?* Ann-Charlotte Nedlund, Peter Garpenby.

2008:2 *Resolving Health Care's Difficult Choices. Survey of Priority Setting in Sweden and an Analysis of Principles and Guidelines on Priorities in Health Care.* PrioriteringsCentrum.

2008:3 *Utvärdering av Socialstyrelsens riktlinjer för prioritering i hjärtsjukvård 2001-2006.* Mikael Rahmqvist, Lars-Åke Levin, Ulf Stenstrand.

2008:4 *Prioritering av multistjuka äldre inom kardiologi – en medicinsk, etisk och hälsoekonomisk utmaning.* Niklas Ekerstad, Per Carlsson och Annika Edberg.

2008:5 *Ett praktiskt försök. Nationell prioriteringsmodell tillämpad i Landstinget i Kalmar Län.* Monica Ahlström, Ulrika Blomé, Mari Broqvist, Ingrid Göransson, Anna-Karin Nilsson, Ulla Pettersson.

2008:6 *Erfarenheter av öppna politiska prioriteringar. Uppföljning av prioriteringar i Östergötland efter fyra år.* Karin Bäckman, Ann-Charlotte Nedlund, Per Carlsson och Peter Garpenby.

2009:1 *Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008. Del I. Procedur, genomförande och uppföljning.* Susanne Waldau.

2009:2 *Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008. Del II. Olika tankar om processen.* Mari Broqvist, Peter Garpenby, Karin Lund, Karin Bäckman.

2009:3 *Tvårprofessionell prioritering inom strokevård med stöd av nationell modell för öppna vertikala prioriteringar. Ett samarbetsprojekt mellan FSA, LSR, SSF och Vårdförbundet.* Birgitta Engström.

2010:1 *Prioriteringar i samverkan mellan kommun och landsting - erfarenheter av Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom.* Karin Lund.

2010:2 *Landstinget Kronoberg – i linje med prioriteringar.* Peter Garpenby, Karin Bäckman, Mari Broqvist, Ann-Charlotte Nedlund

2010:3 *Vilken betydelse har hälsoekonomi vid prioriteringar? – Ett experiment bland beslutsfattare och en analys av faktiska prioriteringar.* Sandra Erntoft, Christian Asseburg, Reed Johnson, Anders Anell och Ulf Persson

2011:1 *Öppna prioriteringar inom nya områden. Logopedi, nutritionsbedömning, habilitering och arbetsterapi.* Eva Andrén, Mats Andrén, Stefan Bragsjö, Karin Björkryd, Åsa Johansson, Anna-Karin Nilsson, Annette Tjernberg Nordlund, Birgitta Rosberg, Monica Ahlström, Ulla Pettersson, Mari Broqvist och Per Carlsson.

2011:2 *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Arbetet med att ta fram ett beslutsunderlag för prioritering och reflektioner kring hälsoekonomins roll.* Nathalie Eckard.

2011:3 *Hela teamets kompetens - Sjuksköterskors, sjukgymnasters och arbetsterapeuters erfarenheter av att delta i prioriteringsarbete .* Gunilla Hollman Frisman och Catrine Jacobsson

2011:4 *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Reviderad version.* Mari Broqvist, Maria Branting Elgstrand, Per Carlsson, Kristina Eklund, Anders Jakobsson