

Kuratorer prioriterar

Tillämpning av den nationella modellen för öppna prioriteringar

*Helena Bucht
Sofia Erlandsson*

*Birgitta Hall
Agneta Tinnert
Mari Broqvist*

*Ingrid Johansson
Titti Fränkel*

Prioriteringscentrum

2013:3

FÖRORD

Allt fler yrkesgrupper i hälso- och sjukvården ser behovet av att arbeta mer systematiskt med prioriteringar. Även om det på sikt är önskvärt att i ökad utsträckning arbeta tvärprofessionellt med dessa frågor kan det vara en fördel att börja med begränsade försök inom en yrkesgrupp. I Prioriteringscentrums rapportserie finns sedan tidigare exempel där läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, logopedier, omvårdnadspersonal och dietister beskriver hur de tagit sig an uppgiften. Nu har turen kommit till att redovisa ett prioriteringsarbete inom kuratorsverksamhet, en verksamhet inom hälso- och sjukvård som har fokus på patienternas sociala och psykosociala behov.

För varje nytt prioriteringsarbete som genomförs och erfarenheterna dokumenteras lär vi oss mer om likheter och olikheter mellan verksamhetsområden och hur den nationella modellen för öppna prioriteringar kan förstås och tillämpas i olika sammanhang. Vi ser också vilka frågor som fortfarande behöver diskuteras och vidareutvecklas för att ytterligare öka tydligheten i prioriteringsarbetet. I denna rapport framkommer t ex ett problem som handlar om hur den etiska plattformen för prioriteringar ska tolkas när det gäller hänsynstagande till patienters omgivningsfaktorer, t ex närståendes situation. Jag tycker det är angeläget att de erfarenheter som görs i konkreta prioriteringsarbeten sprids. På så sätt kan andra som också arbetar med prioriteringar på ett öppet och systematiskt sätt förhålla sig till, anamma eller förkasta olika tillvägagångssätt. Vår förhoppning är därför att rapporten kommer att läsas, inte bara av kuratorer, utan av intresserade av prioriteringsarbete från alla yrkesgrupper i hälso-och sjukvård.

Linköping, september 2013

Per Carlsson

Professor, chef för Prioriteringscentrum

SAMMANFATTNING

I Sverige finns sedan 1997 en etisk plattform som beskriver vad som ska vara grunden för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. För att underlätta tillämpningen av plattformens principer och intentioner används idag alltmer en systematisk metod vid namn nationella modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Många olika typer av verksamheter har prövat modellen. Fram tills nu har det dock inte funnits någon kuratorsverksamhet som bedrivit ett prioriteringsarbete med modellen som grund. Den var med andra ord oprövad inom verksamheter som arbetar med sociala och psykosociala behov inom hälso- och sjukvård.

Denna rapport syftar till att inspirera och vägleda i första hand kuratorer i sjukvården genom att beskriva två konkreta exempel på hur kuratorer tolkat och tillämpat den nationella modellen i sina verksamheter. Exemplen är hämtade från Kalmar läns landsting och Norrbottens läns landsting, som ovetandes om varandra har genomfört varsitt prioriteringsarbete. I båda verksamheterna har syftet med arbetet varit att tydliggöra kuratorernas roller och försäkra sig om att deras kompetens används på ett optimalt sätt. Arbetena har varit länsövergripande och omfattat samtliga kuratorer inom specialistsjukvård (ett 20-tal i respektive landsting) under 1,5 års tid.

Hur olika tillstånd och åtgärder som så småningom blev föremål för en prioritering (rangordning) skulle beskrivas och kategoriseras var inte uppenbart från början. Det som kom att ha betydelse vid kuratorernas rangordning var inte vilken sjukdom eller skada olika patientgrupper hade utan de psykosociala konsekvenserna av dessa. I Kalmar läns landsting användes etablerade klassifikationer som Världshälsoorganisationens internationella klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) samt Socialstyrelsens Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). I Norrbottens läns landsting skapades istället egna typindelningar för att beskriva tillstånd och åtgärder.

För att bedöma svårighetsgraden av olika tillstånd har kuratorerna i båda landstingen använt sig av en matris som tagits fram inom rehabilitering i Kalmar läns landsting, men prövats inom många andra typer av verksamheter. Matrisen beskriver olika aspekter på svårighetsgrad såsom funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning, varaktighet och framtida risker. Kuratorerna i Kalmar läns landsting listade dessutom komplicerande faktorer (t ex tidigare trauman) som ytterligare kan öka svårighetsgraden vid olika tillstånd.

Patientnyttan med kuratorers åtgärder har bedömts utifrån samma parametrar som svårighetsgrad – i vilken grad ger t ex insatsen en förbättrad delaktighet?

I Kalmar läns landsting utkristalliserade sig så småningom definitioner av skalstegen mycket stor, stor, måttlig och liten patientnytta.

När det gäller kostnadseffektivitet konstaterade kuratorerna i båda landstingen att det saknas en tradition där den enskilde kuratorn tar hänsyn till kostnadseffektivitet för olika insatser i det dagliga arbetet. Under prioriteringsarbetet fördes diskussioner om alternativkostnader vid uteblivna kuratorsåtgärder samt hur längden och formen för kuratorns insatser påverkar kostnadseffektiviteten. Det saknades även erfarenhet av att söka vetenskaplig evidens för åtgärder. Kuratorerna rustade sig genom olika utbildningsinsatser men har i huvudsak grundat sina bedömningar på erfarenhetsbaserad kunskap och de lagar som delvis reglerar deras verksamhet.

Flertalet av de tillstånd och åtgärder som kuratorerna arbetar med har överlag tilldelats hög prioritet i de båda prioriteringsarbetena. En möjlig orsak till det var att kuratorerna upplevde att ransonering av lågt prioriterade åtgärder redan utförts. En annan orsak kan vara att ovanan att öppet diskutera prioriteringar har lett till en försiktighet att differentiera svårighetsgrad och patientnytta. Arbetena har dock i viss grad utkristalliserat vad som bör ha högre respektive lägre prioritet samt även vad som inte längre ska ingå i kuratorns uppdrag.

Sammanfattningsvis uppfattar kuratorerna att det har varit värdefullt att prioriteringsarbetet bidragit till att den erfarenhetsbaserade kunskapen ("tyst kunskap") har verbaliserats och diskuterats. Kuratorerna har satt ord på de tillstånd och åtgärder de arbetar med dagligen vilket förväntas leda till en ökad möjlighet att kommunicera kuratorns uppgift, såväl inom hälso- och sjukvården som till patienter och närstående. Kunskapsbasen för olika ställningstaganden har ökat likväl som samsynen i prioriteringar. Framtida utmaningar för de kuratorer som medverkat i dessa två arbeten är att verkställa och följa upp sina prioriteringar och att tålmodigt fortsätta att utveckla prioriteringsarbetet på lång sikt.

SUMMARY

Since 1997, an ethical platform has been available in Sweden describing the grounds for priority setting in health care. A systematic method, i.e. the *National Model for Transparent Prioritisation in Swedish Health Care*, is increasingly being used to facilitate implementation of the platform's principles and intentions. Although many different types of services have tested this model, heretofore no social work services had used the model as grounds for a priority setting process. Hence, the model had been untested in services addressing social and psychosocial needs in health care.

This report aims to inspire and guide mainly medical social workers by describing two concrete examples of how medical social workers have interpreted and applied the national model in their organisations. These examples have been taken from the Kalmar County Council and the Norrbotten County Council, each of which conducted their prioritisation process without being aware of each other. In both instances, the aim was to clarify the roles of medical social workers and ensure optimum utilisation of their expertise. Each process was countywide and included all medical social workers in tertiary care (approximately 20 individuals in each county council) for 1.5 years.

Initially it was not clear how to describe and categorise the various conditions and interventions to be prioritised (ranked). What became important for the medical social workers ranking was not the illness or injury of the various patient groups, but the psychosocial consequences of illness and injury. In Kalmar County Council they used established classifications, such as the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) and the National Board of Health and Welfare's Classification of Health Interventions (KVÅ). In Norrbotten County Council they used concepts normally applied in their daily work, which had been accepted by the social work group in an earlier review of social work services. In addition, they classified cases according to the expected duration of the contact.

To determine the severity level of different conditions, the medical social workers in both county councils used a matrix that had been developed for rehabilitation services in Kalmar County Council, but tested in many different types of services. The matrix describes different aspects regarding severity levels, e.g. impairment of body functions, activity limitations, participation restriction, duration, and risk of not intervening. Moreover, the medical social workers in Kalmar County Council listed complicating factors (e.g. previous trauma) that could further increase the severity levels of different conditions.

The patient benefits of social work interventions have been appraised using the same parameters as those used for severity levels – e.g. to what degree does the intervention improve participation? In Kalmar County Council definition of the steps in the patient benefit scale (*very high, high, moderate, and low*) was worked out and unanimously used.

Regarding cost effectiveness, medical social workers in both county councils reported that it was not traditional for the individual social worker to consider the cost effectiveness of different interventions in their daily work. During the prioritisation process they discussed the opportunity costs of excluding social work interventions and how the duration and type of social work interventions affect cost effectiveness. Experience in searching for scientific evidence concerning the interventions was also lacking. The medical social workers equipped themselves through various educational activities, but based their assessments mainly on experience-based knowledge and the laws that partially regulate their activities.

Both services gave high priority to most of the conditions and interventions that medical social workers deal with. One possible reason for this was that low-priority interventions were already being rationed. Another reason could be that unfamiliarity with openly discussing priorities led to caution in differentiating severity levels and patient benefits. However, the priority processes to some degree crystallised what should receive high and low priority respectively, and what should no longer be included in medical social workers' tasks.

In summary, the medical social workers reported that the prioritisation processes had been valuable since they contributed to verbalising and discussing experience-based knowledge ("tacit knowledge"). They articulated the conditions and interventions they work with daily, which is expected to further improve communication about medical social workers' tasks, both within health services and with patients and next of kin. Furthermore, the knowledge base for interventions has increased, as has the consensus concerning priorities. Future challenges for members that participated in these two projects include implementing and following up their priorities and patiently continuing to improve the process of priority setting over the long term.

INNEHÅLL

1. INLEDNING.....	1
1.1 RAPPORTENS SYFTE OCH DISPOSITION.....	2
1.2 KURATORSROLLEN I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	3
1.2.1 Målsättning för kuratorer.....	3
1.2.2 Kuratorns arbetsuppgifter	3
1.2.3 Tillgång till kuratorer inom hälso- och sjukvård.....	4
1.3 UTGÅNGSPUNKTEN FÖR PRIORITERINGAR	4
1.3.1 Den etiska plattformen.....	5
1.4 NATIONELL MODELL FÖR ÖPPNA PRIORITERINGAR	6
2. KORT BESKRIVNING AV KURATORERNAS PRIORITERINGSARBETEN.....	8
2.1 PRIORITERINGSARBETET I KALMAR LÄNS LANDSTING	8
2.1.1 Deltagare.....	8
2.1.2 Styrning, ledning och metodstöd.....	9
2.1.3 Prioriteringsarbetets genomförande i korthet	9
2.2 PRIORITERINGSARBETET I NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING	10
2.2.1 Deltagare.....	10
2.2.2 Styrning, ledning och metodstöd.....	10
2.2.3 Prioriteringsarbetets genomförande i korthet	11
3. SYFTE MED DE BÅDA PRIORITERINGSARBETENA	12
4. TILLSTÅNDS- OCH ÅTGÄRDSBESKRIVNINGAR INOM KURATORSVERKSAMHET	13
4.1 TILLSTÅND RELEVANTA FÖR KURATORER	14
4.1.1 Valet av ICF	14
4.1.2 Vardaglig behovsbeskrivning	16
4.2 BESKRIVNING AV KURATORERS ÅTGÄRDER	17
4.2.1 Gruppering av åtgärder.....	17
4.2.2 Ärendetyp.....	17
4.2.3 Användandet av KVÅ.....	18
4.2.4 Åtgärder utanför prioriteringslistan.....	19
4.3 EXEMPEL PÅ PRIORITERINGSOBJEKT.....	20
5. BEDÖMNINGAR I NATIONELLA MODELLEN	23
5.1 KURATORERS BEDÖMNING AV SVÅRIGHETSGRAD	24
5.1.1 Matris för bedömning av svårighetsgrad.....	24
5.1.2 Riskfaktorer	27
5.1.3 Mätinstrument.....	28
5.2 BEDÖMNING AV PATIENTNYTTA MED KURATORERS ÅTGÄRDER.....	29
5.3 BEDÖMNING AV KOSTNADSEFFEKTIVITET	32
5.4 KVALITET PÅ KUNSKAPSUNDERLAG.....	34
5.4.1 Erfarenhetsbaserad kunskap	34
5.4.2 Vetenskaplig evidens.....	35
5.4.3 Lagstiftning.....	36
6. VAD PRIORITERAS HÖGT; VAD PRIORITERAS LÅGT OCH VARFÖR?.....	37
6.1 BESKRIVNING OCH REFLEKTION FRÅN KALMAR LÄNS LANDSTING.....	37
6.1.1 Hög och låg prioritet	38
6.2 BESKRIVNING OCH REFLEKTION FRÅN NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING	39
6.2.1 Hög och låg prioritet	40

7. BAKÅT- OCH FRAMÅTBlickAR	42
7.1 RESULTAT AV PRIORITERINGSARBETENA	42
7.1.1 <i>Kommunikation</i>	42
7.1.2 <i>Journalföring och uppföljning av prioriteringar</i>	43
7.1.3 <i>Samlad erfarenhetsbaserad kunskap</i>	45
7.1.4 <i>Resursfördelning och avgränsningar i kuratorsuppdraget</i>	45
7.1.5 <i>Skapandet av samsyn och vägledning</i>	47
8. VAD FINNS ATT LÄRA AV KURATORERNAS PRIORITERINGSARBETE?.....	48
8.1 ATT TILLÄMPA DEN NATIONELLA MODELLEN INOM KURATORSVERKSAMHET	48
8.2 ATT SKAPA EN ARBETSPROCESS	49
REFERENSER.....	52

1. INLEDNING

Något eller någon ges företräde medan annat får stå tillbaka. Detta är innebörden av begreppet prioriteringar, prioriteringar som är oundvikliga så länge inte resurserna räcker för att göra allt för alla, samtidigt. I hälso- och sjukvård har alltid prioriteringar gjorts och kommer alltid att behöva göras. I vissa perioder har sjukvården expanderat och beslut tagits om vilka behovsgrupper eller verksamheter som ska ges hög prioritet och få ta del av tillskotten. Andra perioder brottas vården med sviktande finansiering och resurser i relation till de behov som finns att tillfredsställa. I sådana tider måste istället beslutsfattare på olika nivåer ta ställning till vilka begränsningar (s k ransoneringar¹) som är lämpligast att göra.

Oavsett på vilken nivå och vem som fattar beslut om prioriteringar så påverkar det den enskilda individen som är i behov av vård. Det kan vara politiska beslut på riksnivå², policybeslut som gäller för grupper av patienter i ett landsting och prioriteringar som görs på individnivå av den enskilda befattningshavaren i vården. Frågor om vilka vårdinsatser som i första hand måste säkras och vilka som kan vänta eller som man t o m måste avstå ifrån är ständigt aktuella för alla som arbetar i vården.

I Sverige finns sedan 1997 en etisk plattform som ska fungera som en vägledning för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. För att underlätta tillämpningen av denna används idag alltmer en nationell modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård (Broqvist m fl 2011). Många olika typer av verksamheter har numera prövat modellen. Det har dock varierat hur tydligt prioriteringar funnits med på olika vårdyrkesgruppers agenda och i vad mån de involverats i systematiska prioriteringsarbeten. År 2013 finns det exempel inom de flesta professioner på mer organiserade ansatser att ta sig an uppgiften att arbeta mer systematiskt och öppet med prioriteringar. De flesta förbund inom vården har också engagerat sig i frågan (Svenska Läkarsällskapet 2004, Jacobsson 2006, Engström m fl 2009, Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund 2008). Fram tills nu har det dock inte funnits någon kuratorsverksamhet som bedrivit ett prioriteringsarbete med hjälp av den nationella modellen. Den var med andra ord oprövad inom områden där personal arbetar med sociala och psykosociala behov inom hälso- och sjukvård.

¹ Ransonering innebär en begränsning av möjlighet att optimalt tillfredsställa vård- eller omsorgsbehov (Liss 2004).

² T ex avvägningar mellan anslag till försvaret kontra hälso- och sjukvård.

I denna rapport redovisas två prioriteringsarbeten inom kuratorsverksamhet i Sverige där nationella modellen tillämpats. Pionjärer har varit kuratorer i Norrbottens läns landsting³ och i Kalmar läns landsting⁴.

1.1 Rapportens syfte och disposition

Rapportens främsta syfte är att sprida exempel på hur kuratorer kan förstå och tillämpa den nationella modellen för öppna prioriteringar. Rapporten vänder sig i första hand till kuratorer men även till beslutsfattare eller andra aktörer som kan ha intresse av systematiska prioriteringsarbeten inom kurators arbetsfält.

Huvuddelen av underlaget till rapporten har sammanställts av projektledarna i de medverkande projekten. Helena Bucht är kurator på Sunderby sjukhus i Luleå och samordnare för länssamverkan, Birgitta Hall kurator på Sunderby sjukhus i Luleå och Ingrid Johansson kurator på Gällivare sjukhus. Från Kalmar läns landsting har Sofia Erlandsson, Områdeschef inom Samrehab, Oskarshamns sjukhus och Agneta Tinnert, kurator/psykoterapeut vid Habiliterings- och rehabiliteringskliniken (HRK), Länssjukhuset i Kalmar bidragit till rapporten. Mari Broqvist, koordinator och doktorand vid Prioriteringscentrum svarar för text- och faktabearbetning samt de jämförelser som görs med andra professioners och verksamheters tillämpning av nationella modellen. Dessa författare ansvarar gemensamt för innehållet i hela rapporten.

Utöver detta har Titti Fränkel, utvecklingschef på Akademikerförbundet SSR⁵ bidragit med kapitel 1.2 om kuratorsrollen.

Rapportens struktur följer i stora drag stegen i den nationella modellen. Varje kapitel inleds med en kort beskrivning av respektive steg i modellen. Innan vi kommer in på kuratorernas tillämpning av modellen följer först en kortfattad beskrivning av vad modellen innebär, dess grund i form av riksdagens riktlinjer för prioriteringar samt ett kort avsnitt om vad kurators uppdrag innebär. Dessutom presenteras kort de båda kuratorsverksamheterna. Rapporten avslutas med ett sammanfattande kapitel (kapitel 8) där jämförelser görs med kuratorernas erfarenheter av att tillämpa den nationella modellen och vad som är känt från tidigare prioriteringsarbeten i andra professioner och verksamheter.

³ I fortsättningen benämnd alternativt Norrbottens läns landsting eller bara Norrbotten.

⁴ I fortsättningen benämnd alternativt Kalmar läns landsting eller bara Kalmar län.

⁵ Akademikerförbundet SSR är ett samhällsvetarförbundet som organiserar beteendevetare, ekonomer, personalvetare, samhällsvetare, socionomer och andra inom socialt arbete.

1.2 Kuratorsrollen i hälso- och sjukvården

Kuratorns arbete inom hälso- och sjukvård bedrivs inom primärvård, somatisk vård, psykiatrisk vård och habilitering. Behörighet för att arbeta som kurator har den som avlagt socionomexamen. Kuratorsarbetet utgår ifrån kunskap och teoribildning inom ämnesområdet socialt arbete. Arbetet omfattas av en helhetssyn med patienten i sitt sociala sammanhang. Specifikt används kunskap om sambandet mellan sociala/psykosociala faktorer och hälsa respektive sjukdom. Kuratorer verkar för att säkerställa och förstärka det sociala och psykosociala perspektivet i hälso- och sjukvården. Patienter som har komplex problematik utgör en stor del av kuratorns patientunderlag. I kuratorns arbetsuppgifter ingår förutom direkt patientarbete även att stödja närstående samt att samverka med vårdgrannar som till exempel socialtjänst, arbetsförmedling och försäkringskassa. Idag, 2013, saknar kuratorerna legitimation men kuratorernas fackliga förbund Akademikerförbundet SSR driver frågan om att legitimation med socionomexamen som grund ska krävas för att få arbeta som kurator i hälso- och sjukvården.

1.2.1 Målsättning för kuratorer

Målet för socialt och psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvården är att;

- stärka patienters och närståendes möjligheter att hantera yttre och inre påfrestningar i samband med symtom/sjukdom, skada eller kriser
- vid behov arbeta för förändringar i den sociala miljön så att patienters livssituation utvecklas gynnsamt och att symtom lindras
- förebygga ohälsa

1.2.2 Kuratorns arbetsuppgifter

Utifrån sin socialrättsliga kompetens samordnar kuratorn insatser med samhällets olika aktörer, och bevakar och tillgodoser patienters behov och rättigheter. Förmågan att kombinera samtal, social rådgivning och sociala åtgärder är kuratorns styrka. Arbetet bedrivs på individ- grupp- och samhällsnivå. Social- och psykosocial utredning och bedömning är grunden till val av åtgärd och behandling. Kuratorn kan arbeta enskilt eller ingå i team.

Åtgärder på individnivå

- Information/rådgivning/hänvisning
- Samtalsbehandling, t ex motivations, stöd, krissamtal eller psykoterapi
- Sociala åtgärder, t ex samverkan/samordning, nätverksarbete
- Intyg, remisser, utlåtande och dokumentation
- Konsultation
- Uppföljning och utvärdering
- Rehabilitering

Åtgärder på gruppnivå

- Patient- och närståendeutbildning
- Gruppbehandling
- Personalstöd i form av utbildning/handledning

Åtgärder på samhällsnivå

- Samverkan med andra samhällsaktörer
- Information och utbildning
- Planering och utvecklingsarbete
- Forskning

1.2.3 Tillgång till kuratorer inom hälso- och sjukvård

En allt större del av vården är i dag föremål för upphandling vilket enligt Akademikerförbundet SSR tycks leda till en minskning av anställning av kuratorer. Indirekt skulle det innebära att patienters psykosociala behov över tid totalt sett har getts en lägre prioritet i hälso- och sjukvården.

1.3 Utgångspunkten för prioriteringar

I de prioriteringsarbeten som bedrivs inom olika verksamheter i Sverige väcks antagligen likartade frågor och funderingar kring genomförandet. Samtidigt bedrivs varje arbete i en unik kontext och med olika förutsättningar. Gemensamt är dock att deltagarna måste förhålla sig till de riktlinjer för prioriteringar som riksdagen beslutat om och som finns inskrivna i hälso- och sjukvårdslagen. Dessa riktlinjer innebär en viktig utgångspunkt för prioriteringar i all hälso- och sjukvård inklusive prioriteringsarbeten inom kuratorers verksamhet.

För att en prioritering ska uppfattas som rimlig och rättfärdig framhöll regeringen på 1990-talet att prioriteringar bör grundas på allmänt accepterade principer och att öppen redovisning av dessa grunder kan främja förståelsen för prioriteringar.

År 1992 initierade den dåvarande regeringen en utredning, Prioriteringsutredningen, som bl a skulle ta fram grundläggande etiska principer som ska vägleda och ligga till grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Utredningen utmynnade i en etisk plattform, bestående av tre etiska principer, som manifesterats i Hälso- och sjukvårdslagen.⁶

1.3.1 Den etiska plattformen

- *Människovärdesprincipen*, alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- *Behovs- solidaritetsprincipen*, resurserna bör satsas på den människa eller verksamhet som har de största behoven.
- *Kostnadseffektivitetsprincipen*, vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet eftersträvas.

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 och kön). Eftersom resurserna för hälso- och sjukvård är begränsade och alla behov inte kan tillgodoses i lika hög grad (eller inte alls) behöver människovärdesprincipen kompletteras med mer vägledande principer.

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. Med behov avses inte bara hur svårt ett tillstånd kan anses vara utan i såväl prioriteringsutredningen som i riksdagsbeslutet framgår 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)

⁶ Plattformen 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).

Solidaritet i behovs-solidaritetsprincipen innebär enligt propositionen, bl a ett särskilt ansvar att undersöka om det finns otillfredsställda behov hos dem som av olika skäl kan ha svårt att påtala sina behov. Själva bedömningen bör med andra ord ha en hög prioritet. Efter att bedömningen har gjorts är det storleken på behovet av vårdens insatser som styr den fortsatta prioriteringen, inte den nedsatta autonomin i sig.

Kostnadseffektivitetsprincipen utgör den tredje etiska principen. 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 förutsatt att relationen mellan kostnad och hälsovinst fortfarande kan anses som rimlig.

1.4 Nationell modell för öppna prioriteringar

Även om det finns en bred uppslutning kring värdegrunden för prioriteringar så visade det sig tidigt att den etiska plattformen inte är ett tillräckligt stöd i det konkreta prioriteringsarbetet. Olika aktörer⁷ började fundera över hur riktlinjerna skulle kunna omsättas i mer handfasta metoder. Sedan 2007 finns en nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård som grundar sig på riksdagens riktlinjer (Carlsson m fl 2007, Broqvist m fl 2011). Syftet med modellen är att ge en viss vägledning i arbetet med prioriteringar och ge olika aktörer i vården möjlighet att dokumentera och motivera sina ställningstaganden. Ett annat viktigt syfte med att tillämpa modellen är att skapa beslut som gör att förhållandevis mer resurser fördelas till ändamålsenlig och effektiv vård till personer med de största behoven.

Modellen kan översiktligt illustreras med följande figur;



Figur 1. Illustration av nationella modellen för öppna prioriteringar.

⁷ Modellen är ursprungligen framtagen av Prioriteringscentrum, Socialstyrelsen, Landstinget i Östergötland, Stockholms läns landsting, Västra Götalandregionen, Södra sjukvårdsregionen, Svenska Läkarsällskapet, Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet.

För att skapa systematik under prioriteringsarbetets gång kan ett arbetsblad användas där bedömningarna som utgör ett underlag för den slutliga rangordningen dokumenteras⁸ (Figur 2).

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

Figur 2. Arbetsblad för dokumentation av nationella prioriteringsmodellens moment.

⁸ Den exakta utformningen i arbetsbladet kan variera vad gäller placeringen av olika kolumner.

2. KORT BESKRIVNING AV KURATORERNAS PRIORITERINGSARBETEN

Innan vi kommer in på tillämpningen av den nationella modellen ges en bakgrund till prioriteringsarbetena i de båda landstingen, vilka som har deltagit och hur arbetet genomfördes.

2.1 Prioriteringsarbetet i Kalmar läns landsting

Kuratorerna på Länssjukhuset i Kalmar var klinikanslutna fram till oktober 2009 då de kom att tillhöra en och samma enhet, Habiliterings- och rehabiliteringskliniken (HRK), och deras verksamhetsområde breddades till att omfatta alla kliniker på länssjukhuset. Tanken med omorganisationen var att den enskilda patienten skulle få möjlighet till ett likartat omhändertagande oavsett vilken klinik de fanns på.

När uppdraget för kuratorer breddades utan att resurserna utökades krävdes en översyn över aktuella arbetsuppgifter; Gör kuratorn det han eller hon bör göra utifrån sin kompetens? Ser kuratorsinsatserna olika ut på olika kliniker och i så fall varför?

2.1.1 Deltagare

Prioriteringsarbetet omfattade samtliga kuratorer som arbetar inom somatisk vård på något av länets tre akutsjukhus. I landstinget finns ett samverkansorgan mellan HRK i södra länsdelen och motsvarande organisation i norra länsdelen, Samrehab. Det var utifrån denna samverkan i LänsFoU⁹ som prioriteringsarbetet initierades. Vid starten av prioriteringsarbetet var det kuratorerna inom somatisk akutsjukvård på Länssjukhuset i Kalmar och sjukhuset i Oskarshamn som ingick. I motsats till kuratorerna i Kalmar och Oskarshamn är kuratorerna vid Västerviks akutsjukhus klinikanslutna. Dessa bjöds senare in att medverka, vilket de accepterade och sjukhusets ledningsgrupp informerades om arbetet.

Kuratorsgruppen i prioriteringsarbetet har från början bestått av tio kuratorer i Kalmar, tre i Oskarshamn och fem i Västervik, dvs totalt 18 kuratorer. Under processen har det varit en viss förändring av deltagare p g a tjänsteförändringar.

⁹ LänsFoU utses och arbetar på uppdrag av verksamhetscheferna i Samrehab och HRK. Läns FoU består av åtta medlemmar som träffas 1-2 ggr/termin. Uppdraget är att strategiskt prioritera och föreslå utvecklingsarbeten samt samordna länsövergripande kompetensinsatser.

2.1.2 Styrning, ledning och metodstöd

Inom rehabiliteringsverksamheten i landstinget hade andra yrkesgrupper tidigare arbetat med prioriteringar utifrån den nationella modellen för öppna prioriteringar. Verksamhetsledningen beslutade att pröva motsvarande metod för kuratorerna och gav LänsFoU i uppdrag att driva prioriteringsarbetet. Arbetsprocessen har sedan fortlöpande rapporterats till verksamhetsledningen och även till LänsFoU.

En av kuratorerna i Kalmar har tillsammans med en av cheferna för kuratorerna (båda medförfattare till rapporten) lett och samordnat prioriteringsarbetet. De har båda ingått i en handledningsgrupp på Prioriteringscentrum och har i sin tur fungerat som metodstödjare till övriga kuratorer i projektet. Prioriteringscentrum har dessutom vid ett tillfälle bidraget med utbildningsinsatser till hela kuratorsgruppen.

2.1.3 Prioriteringsarbetets genomförande i korthet

Samtliga kuratorer har träffats tillsammans ungefär en gång i månaden under 1,5 års tid. Arbetet har då bedrivits såväl i storgrupp som i smågrupper. Arbetsdagarna har varit förlagda till sjukhuset i Oskarshamn, då detta sjukhus ligger mitt i länet och därför underlättade deltagandet. Utöver dessa gemensamma arbetsmöten har kuratorerna delats in i mindre grupper för att arbeta vidare med olika frågor på hemmaplan.

Arbetet bestod i huvudsak av;

Uppstartsdag september 2011 där tanken med prioriteringsarbetet och den nationella modellen presenterades.

Genomlysning av vad kuratorerna arbetar med i nuläget och hur såväl tillstånd som åtgärder ska beskrivas i prioriteringsarbetet. I uppdraget ingick även att beakta om det fanns behov som kuratorerna upplevde ännu inte var uppmärksammade och tillgodosedda.

Utbildningsinsatser om klassifikationssystem och sökning efter vetenskaplig evidens samt återkommande repetition om innebörden i nationell modell.

Arbete med tillstånd och åtgärder utifrån nationella modellen och successivt ifyllande av det arbetsblad som illustrerar modellen (Figur 2).

Identifiering av åtgärder för vissa tillstånd som bör utföras av annan samhällsaktör eller annan profession i vården.

Beslut om prioriteringsordningen samt utarbetande av kommunikationsplan till såväl ansvariga inom de medicinska enheter som kuratorerna arbetar för, som till ledningen på respektive sjukhus.

2.2 Prioriteringsarbetet i Norrbottens läns landsting

I Norrbottens läns landsting finns fem sjukhus. Sunderby sjukhus är ett länsjukhus och i Piteå, Kalix, Kiruna och Gällivare finns länsdelssjukhus. Kuratorer är verksamma vid samtliga sjukhus. De är organiserade i kurators- eller paramedicin enheter inom division Medicinska specialiteter men bedriver även arbete i verksamheter som är organiserade inom annan division. Kuratorsverksamheterna leds av en lokal linjeorganisation vid varje sjukhus, med ett länsövergripande ansvar hos länschef samt överordnad divisionschef.

Kuratorerna inom specialistsjukvården arbetade tidigare utifrån egen praxis och med liten samverkan med varandra och mellan sjukhusen. År 2007 initierade länschefen en översyn av kuratorsverksamheten då det saknades övergripande kännedom om hur arbetet bedrevs och hur resurserna var fördelade över landstinget. Översynen gällde somatisk vård, företrädesvis vård av vuxna patienter, och ledde till att kuratorerna enades om ett kärnuppdrag som fastställdes av länschefen. När översynen var gjord började bli diskussioner om prioriteringar föras som en naturlig fortsättning på det gemensamma utvecklingsarbetet. Översynsarbetet kom att vara en värdefull grund inför prioriteringsarbetet. År 2010 övergick samarbetet från projektform till en formaliserad samverkan mellan kuratorerna vid länets fem sjukhus. Samverkan leds av en ansvarig samordnare och rör i huvudsak gemensamma utvecklingsarbeten och utbildningar¹⁰.

2.2.1 Deltagare

Samtliga 22 kuratorer från kurators- och paramedicinska enheterna vid länets sjukhus har deltagit i prioriteringsarbetet. Kuratorerna är verksamma inom medicinska, kirurgiska och rehabiliterande verksamheter, såväl öppen som slutenvård. Dessutom har fem enhetschefer samt länschef varit delaktiga i olika omfattning.

2.2.2 Styrning, ledning och metodstöd

Uppdraget att utföra ett prioriteringsarbete inom ramen för kuratorernas länsövergripande samverkan kom från länschefen. Arbetet har letts av två kuratorer från Sunderby sjukhus (varav en samordnare för länsamverkan) samt en kurator från Gällivare sjukhus (samtliga tillika delförfattare till denna rapport). Dessa personer hade erfarenhet av att vara del i ett tidigare teambaserat prioriteringsarbete samt hade en övergripande kännedom om prioriteringsfrågor och den nationella modellen.

¹⁰ En omorganisation pågår och ny divisionsorganisation kommer att gälla från och med 20140101.

De skaffade sig ytterligare kunskap genom att läsa litteratur om den nationella modellen samt tidigare genomförda prioriteringsarbeten (Carlsson m fl 2007, Engström 2009, Broqvist m fl 2011).

Eftersom länslogopedin i Norrbottens läns landsting tidigare genomfört ett prioriteringsarbete med stöd av Prioriteringscentrum har dåvarande logopedchefen bidragit med metodstöd till de tre personer som lett prioriteringsarbetet samt föreläst för samtliga kuratorer och enhetschefer.

2.2.3 Prioriteringsarbetets genomförande i korthet

Arbetsprocessen i Norrbotten pågick under 1,5 år och har bedrivits i form av;

- arbete i projektledningsgruppen
- gemensamt arbete med alla kuratorer och enhetschefer i samband med länsmöten
- arbetsuppgifter på ”hemmaplan” för kuratorerna vid varje sjukhus.

Samtliga kuratorer har träffats för länsmöte ett par gånger per år och då bl a arbetat med prioriteringar med den nationella modellen som stöd. Uppgiften vid ett sådant möte var t ex att utifrån ett antal tillstånd/åtgärder (som fördelades mellan sjukhusen) bedöma svårighetsgrad och patientnytta.

De tre kuratorer som lett arbetet har haft regelbundna möten för att planera upplägg och innehåll. På länsmötena har de genomfört presentationer och lett grupparbeten samt återkommande skickat ut arbetsuppgifter till kuratorerna för fortsatt arbete vid de lokala sjukhusen. De har även sammanställt grupparbeten samt ett slutgiltigt prioriteringsdokument innehållande de framtagna prioriteringsgraderna som avrapportering till länschefen.

Den sammanlagda tidsåtgången har uppgått till cirka tio arbetsdagar för de kuratorer som lett arbetet, samt kortare telefonmöten däremellan och en tämligen stor insats med redigeringsarbete. Övriga kuratorer och enhetschefer har ägnat tre dagar åt prioriteringsarbete på länsmöten. Utöver detta omfattade de enskilda arbetsuppgifterna totalt cirka en dag per kurator.

3. SYFTE MED DE BÅDA PRIORITERINGSARBETENA

Varför startar ett prioriteringsarbete i en kuratorsverksamhet? Vad kan det finnas för skäl och vad är det man vill uppnå? Att definiera ett syfte med sitt prioriteringsarbete är ett viktigt första steg i den nationella modellen. Syftet styr sedan vad arbetet ska omfatta och vilka som rimligen bör delta i arbetet.

I de båda exempel som beskrivs i denna rapport fanns det flera olika syften med att börja arbeta med mer öppna prioriteringar;

- *Tydliggöra kurators roll och uppdrag inom sina respektive verksamhetsområden.*
- *Skapa prioriteringar och underlag för resursfördelning i enlighet med riksdagens riktlinjer med hjälp av den nationella modellen.*
- *Kvalitetssäkra att kuratorerna används där behoven är som störst och att resurserna utnyttjas på bästa sätt för att säkerställa att patienter får rätt vård i rätt tid, till rätt kostnad.*
- *Skapa beslutstöd för kuratorer i det dagliga arbetet.*
- *Öka möjligheten att öppet och strukturerat redovisa hur kuratorsresurserna utnyttjas.*

I Norrbotten lyfte ledningen också fram att prioriteringsarbetet syftade till att ge patienter kvalitativt och tillgänglighetsmässig likvärdig vård över länet. Dessutom syftade arbetet till att synliggöra åtgärder som inte bör ingå i kurators arbete inom specialistsjukvården, dvs. att utöver prioriteringsarbetet även se över möjligheter till effektiviseringar och/eller ransoneringar i form av bortval¹¹. Detta kom under arbetets gång också att bli ett viktigt syfte i Kalmar läns landsting. Där önskade verksamhetsledningen skapa rutiner för hur metoder introduceras, tillämpas och avvecklas i linje med Socialstyrelsens förordning om god vård (Socialstyrelsen, 2006).

¹¹ Att utesluta en arbetsuppgift så att annan aktör måste ta över kan både innebära en effektivisering och ransonering. Om patientnyttan blir densamma eller större till en lägre kostnad innebär ett sådant handlande en effektivisering liksom om patientnyttan blir större till en rimligt dyrare kostnad. Om patientnyttan däremot blir sämre om annan aktör ska utföra arbetsuppgiften har istället en ransonering genomförts.

4. TILLSTÅNDS- OCH ÅTGÄRDSBESKRIVNINGAR INOM KURATORSVERKSAMHET

För att kunna göra en rangordning måste det som ska rangordnas identifieras och beskrivas. Det som rangordnas kallas *prioriteringsobjekt* i den nationella modellen och består alltid av ett tillstånd kombinerat med en åtgärd (*tillstånd-åtgärdspar*). Med ett tillstånd menas olika beskrivningar av ohälsa (t ex diagnoser eller olika typer av konsekvenser/symtom), såväl konstaterad ohälsa, en misstanke om eller en risk för ohälsa. Både tillstånd och åtgärder måste finnas med i en rangordning för att riksdagens riktlinjer till fullo ska tillämpas. Riktlinjerna säger nämligen att hänsyn måste tas till hur svårt ett tillstånd är men också till patientnyttan och kostnadseffektiviteten med olika åtgärder. Eftersom åtgärder har olika effekt vid olika tillstånd kan en och samma åtgärd få olika prioritet. Ett prioriteringsarbete som utgår från nationella modellen startar i princip alltid med att tillstånd-åtgärdspar definieras, olika många och av olika karaktär beroende på vad arbetet syftar till.

Hur t ex tillstånd ska benämnas är dock inte helt givet. I vården finns många olika typer av klassificeringssystem både för tillstånd och åtgärder men förekommande system är ännu inte etablerade och accepterade i alla verksamheter och bland alla professioner. Generellt visar erfarenheter från andra prioriteringsarbeten att identifieringen av prioriteringsobjekt är ett steg i den nationella modellen som kan ta lång tid och kräva mycket gemensamma diskussioner (Ahlström m fl 2008, Broqvist 2006, Jacobsson 2006, Andrén m fl 2011, Edin m fl 2011). Så har också varit fallet i de två verksamheter som beskrivs i rapporten. Det har krävts tid för att klargöra vad kuratorer arbetar med och vilken problematik de möter men också hur detta låter sig beskrivas. Arbetet underlättades dock av att det redan innan respektive prioriteringsarbete startade hade förts diskussioner om kuratorernas arbetsuppgifter. I Kalmar läns landsting hade FoU-samordnaren intervjuat sina kollegor på medicin- och kirurgklinikerna på de tre sjukhusen. Intervjuerna tydliggjorde vilka olika patientgrupper kuratorerna arbetar för och komplexiteten i kuratorsarbetet. Trots att många hade lång erfarenhet, visade intervjuerna att de fortfarande hade svårt att sätta ord på vad de arbetade med. Även i Norrbotten var diskussionen om prioriteringsobjekt förberedd i och med det stora översynsarbetet av kuratorsverksamheten som gjorts tidigare. Den hade man nu stor nytta av för att t ex beskriva sina åtgärder.

4.1 Tillstånd relevanta för kuratorer

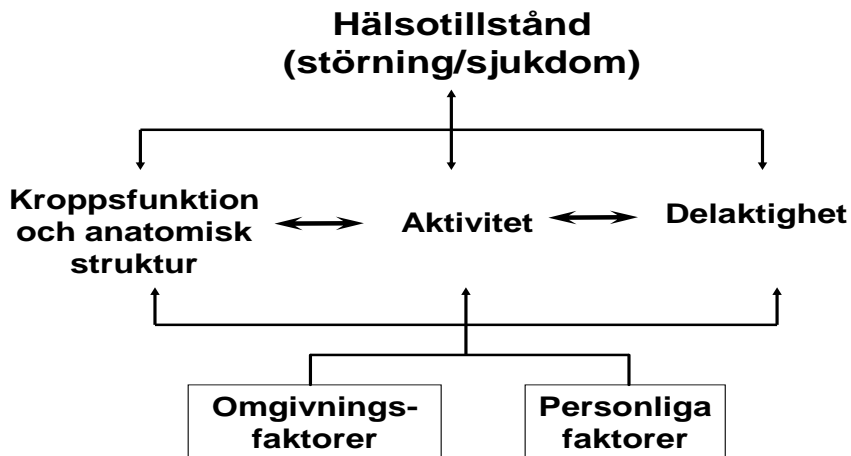
Utgångspunkten för kuratorerna i båda landstingen när det gäller att definiera hälsotillstånd har varit att se bortom olika medicinska tillstånd (diagnoser) för att istället undersöka vad som förenar dem utifrån kuratorns yrkesroll. De ställde sig frågan; *Vad är det som gör att vi går in i ett ärende oavsett om det gäller en patient med en cancerdiagnos eller barnlöshet? Vad är det som har betydelse och som gör skillnad för kuratorer i deras val?*

En annan gemensam erfarenhet handlade om nödvändigheten att hitta en hanterbar detaljeringsnivå på beskrivningarna av tillstånden. I Norrbotten blev antalet prioriteringsobjekt efterhand stort och kuratorerna insåg vidden av vad som skulle krävas om prioriteringsarbetet skulle omfatta samtliga diagnosområden och allvarlighetsgrader, t ex liten, måttlig och svår kris i samband med abort, amputation eller sjukdomsbesked.

Kuratorerna i de båda landstingen valde slutligen olika sätt att beskriva sina tillstånd på. I Kalmar valde man att arbeta med etablerade klassificeringar och i Norrbotten en terminologi utifrån klinisk praxis.

4.1.1 Valet av ICF

För att inte fastna i att beskriva tillstånd i termer av medicinska diagnoser tog i stället kuratorerna i Kalmar hjälp av ICF. ICF är WHO:s (World Health Organisations) internationella klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Det är en biopsykosocial modell för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd som syftar till att fånga olika perspektiv på hur människan fungerar (Figur 3) (Socialstyrelsen 2003). Två personer med samma diagnos kan ha olika funktionstillstånd och två personer med samma funktionstillstånd har inte nödvändigtvis samma hälsa beroende t ex på olika omgivningsfaktorer.



Figur 3. Interaktioner mellan komponenter i ICF:s

Ohälsa beskrivs enligt ICF i termer av strukturavvikelse (påverkan på organ och kroppsdelar, ofta beskrivna i diagnoser), fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar (t ex oro), aktivitetsbegränsningar (t ex nedsatt förmåga att kommunicera), delaktighetsinskränkningar (t ex svårigheter att arbeta eller delta i andra sociala sammanhang) och hindrande omgivningsfaktorer eller levnadsvillkor som påverkar hälsan (t ex brister i personliga relationer eller i sociala stödinsatser). Personliga faktorer (ålder, kön etc.) påverkar också hälsan men klassificeras inte i ICF på grund av kulturella skillnader vad denna påverkan innebär i olika länder.¹² ICF används bl a som kliniskt verktyg vid bedömning av behov, vid arbetsbedömningar (sjukskrivningsintyg) samt som socialpolitiskt verktyg vid planering av ersättningssystem (Socialstyrelsen 2003).

Även om ICF var ett nytt begrepp för kuratorerna i Kalmar län har klassifikationen använts inom tidigare prioriteringsarbeten av andra yrkesgrupper i landstinget. Kuratorerna började med en gemensam utbildningsdag om ICF för att sedan tillsammans plocka ut de klassifikationer som kändes relevanta. ”Emotionella funktioner” var de klassifikationer som bäst upplevdes fokusera på sådana tillstånd kuratorn möter i sin yrkesroll.

¹² Personliga faktorer (t ex ålder) eller omgivningsfaktorer (t ex sociala förhållanden) får inte ensamt vara prioriteringsgrund enligt människovärdesprincipen. I regeringspropositionen sägs dock att dessa kan vara relevanta att väga in om de är indikatorer på ett särskilt vårdbehov (t ex mammografi för kvinnor, vaccination för sköra äldre som löper större hälsorisk vid influensa än yngre) eller om de begränsar nyttan med vårdens åtgärder (Socialdepartementet 1996/97).

Från dessa valdes så småningom följande hälsotillstånd ut:

- kris
- sorg
- depression
- stress
- svårigheter med mellanmännsliga interaktioner och relationer
- svårigheter att hantera allmänna uppgifter och krav.

De två sistnämnda hälsotillstånden ovan kan vara konsekvenser av de övre hälsotillstånden (t ex kan depression leda till svårighet i relationer) och därmed ingå i bedömningen av dessa tillstånd. De kan också vara en konsekvens av ett medicinskt tillstånd (t ex stroke) utan övriga inslag av depression etc och används därför tills vidare som egna hälsotillstånd.

Efter att de sex hälsotillstånden var definierade började kuratorerna fundera kring dem utifrån olika allvarlighetsgrader. Vad ingår t ex i ”mycket svår krisreaktion”? Vad skiljer en mycket svår kris från en svår kris? På så sätt preciserades hälsotillståndet kris i fyra undergrupper: mycket svår kris, svår kris, måttlig kris och liten kris¹³. På motsvarande sätt gjordes med hälsotillstånden sorg, depression och stress.

Även om bakomliggande orsaker t ex till kris i form av sjukdom/ diagnos inte finns med i beskrivningarna av tillstånd betyder det inte att de ansågs som oviktiga. En patientgrupp som återkommande diskuterades var t ex kroniskt sjuka patienter, liksom patienter med stroke. Patienter kan samtidigt ha flera av de tillstånd som finns med i kuratorernas prioriteringsarbete (t ex såväl kris, depression som svårighet att hantera allmänna uppgifter och krav). Den typen av komplexa tillstånd framgår inte i de prioriteringar som tagits fram hittills men anses nog så viktiga och kan bli föremål för framtida prioriteringsarbete.

4.1.2 Vardaglig behovsbeskrivning

Kuratorerna i Norrbotten beskrev sina tillstånd på ett annat sätt men valde också att inte utgå från medicinska tillstånd. Mycket tid ägnades åt att fundera över hur tillstånd som kuratorer arbetar med bäst skulle beskrivas. De valde slutligen att beskriva sina tillstånd med begrepp som använts i den tidigare utförda översynen av kuratorsverksamheten, begrepp som var väl etablerade i kuratorsgruppen. , t ex ”patient under pågående behandling eller rehabilitering”, eller ”patient med behov av socialjuridisk information” d v s så som de i vardagslag talar om olika patientgrupper som är aktuella för kuratorsinsats.

¹³ Ett tillstånd som beskrivs i termer av t ex svår, grav etc behöver inte självklart betyda att svårighetsgraden för tillståndet är stor. T ex kan en svår pollenallergi inte självklart sägas ha lika stor svårighetsgrad som en svår hjärtsvikt.

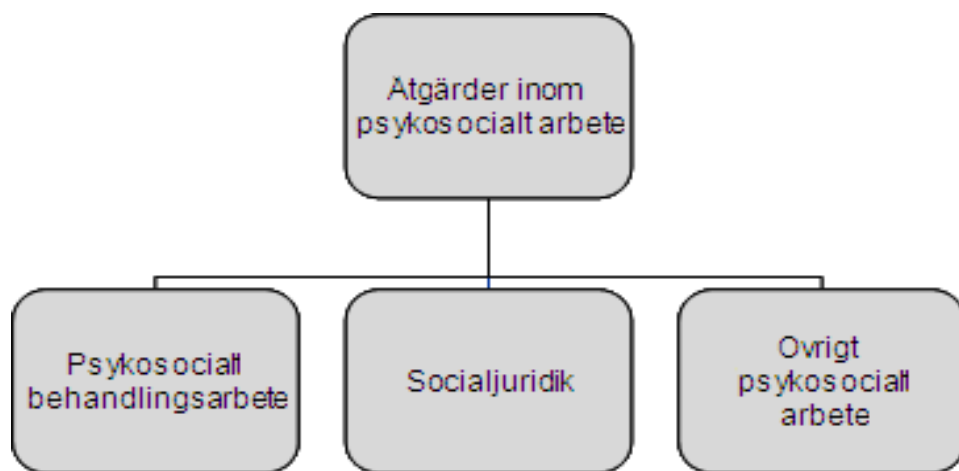
4.2 Beskrivning av kuratorers åtgärder

Även när det gäller att beskriva åtgärder så är de båda kuratorsverksamheterna exempel på olika sätt att ta sig an uppgiften.

4.2.1 Gruppering av åtgärder

För att underlätta arbetet som skulle omfatta all kuratorsverksamhet i Norrbottens läns landsting bedömde kuratorerna att det var nödvändigt att utföra en övergripande gruppering av åtgärder. De valde att utgå från den gruppering som gjordes i samband med tidigare översynsarbete och i dessa grupper ta med de vanligast förekommande åtgärderna. Terminologin var väl förankrad bland kuratorerna i länet samt organisatoriskt godkänd av länsledningen. De tre övergripande områdena var (Figur 4);

- psykosocialt behandlingsarbete (t ex stödsamtal och krishantering)
- socialjuridiskt arbete (t ex information och vägledning i frågor av social, juridisk och ekonomisk karaktär)
- övrigt psykosocialt arbete (t ex psykosociala utredningar, utbildning och personalstöd).



Figur 4. Kuratorsåtgärder i Norrbottens läns landstings.

Denna gruppering är lokalt framtagen men utgår från nationellt vedertagna beskrivningar av kuratorsarbete.

4.2.2 Ärendetyp

Kuratorerna i Norrbotten kom fram till att den nationella modellens gruppering med tillstånd och åtgärder inte kändes tillräcklig för att beskriva den kliniska vardagen.

De kuratorer som ledde arbetet tog därför fram ytterligare en parameter, nämligen typ av ärende för att tydligare knyta an till terminologin i kuratorernas dagliga arbete.

Indelningen utgick från kuratorernas kliniska erfarenhet av hur långvarig kontakten förväntades bli beroende på olika faktorer som t ex patientens sjukdom, omfattningen av den medicinska vården samt patientens förväntningar på kuratorn.

Ärendetyp 1:

En kuratorskontakt med ett tydligt syfte och mål, en kort åtgärd med en tydlig början och slut. Vanligtvis 1-3 kuratorssamtal. Exempel på typ 1 kan t ex vara psykosocial utredning inför donation eller assisterad befruktning.

Ärendetyp 2:

En kuratorskontakt med ett tydligt syfte och mål med samtalen. Ett exempel på ett sådant ärende kan vara en längre kontakt, med en tydlig början och ett avslut gällande stödsamtal under vårdtid på sjukhus eller en vårdepisod i öppen vård.

Ärendetyp 3:

Patienter som är i behov av långvariga stödkontakter med kurator inom specialistsjukvården. Behandlingsfrekvensen kan variera från inledningsvis tätare kontakt till glesare uppföljningar, utifrån behov. Det finns ett övergripande långsiktigt mål, där kuratorssamtal t ex kan begränsa sjukvårdskonsumtionen. I denna grupp finns t ex patienter med kroniska sjukdomar som behöver livslång kontakt med specialistsjukvården.

4.2.3 Användandet av KVÅ

När det gällde att fastställa och koppla åtgärder till respektive hälsotillstånd använde kuratorerna i Kalmar läns landsting delvis den lathund för kuratorer som finns på Socialstyrelsens webbplats. Den utgår från KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder) som är en gemensam åtgärdsklassifikation för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården. Klassifikationen ska, enligt Socialstyrelsen, ses som ett första steg mot en gemensam åtgärdsklassifikation för alla kategorier av hälso- och sjukvårdspersonal och möjliggöra uppföljningar av framför allt vårdinnehållet på olika nivåer i vården (Socialstyrelsen 2012). För respektive vårdområde finns en lathund med ett urval av åtgärder ur den fullständiga KVÅ-listan. Lathunden innehåller m a o inte alla förekommande åtgärder utan kan behöva kompletteras ur den fullständiga KVÅ-listan (Socialstyrelsen 2013).

Det är sedan 2007 obligatoriskt att rapportera in KVÅ-koder till Socialstyrelsens hälsodataregister¹⁴ (Socialstyrelsen 2002).

Kuratorerna i Kalmar län gick igenom alla åtgärder som användes i praktiken, dels genom brainstorming, dels genom att tillsammans och var och en för sig gå igenom både den fullständiga KVÅ-listan samt den lathund som finns för kuratorer. De ställde sig frågor som: *Vilka åtgärder är relevanta? Vad gör vi med patienten?* Inledningsvis diskuterades många olika åtgärder som efterhand reducerades till följande åtgärder:

- Krishantering
- Stöd vid sorgearbete
- Samtal
- Närståendestöd
- Samordningsfunktion
- Information och undervisning om hälsa och ohälsa (patientskolor, behandling av patient i grupp, handledning av personal).

Kuratorerna använde sig i princip av samma urval av åtgärder oavsett hälsotillstånd.¹⁵ I prioriteringsarbetet valde de att beskriva åtgärderna på en övergripande nivå medan de t ex i den åtgärdsregistrering som ska göras vid journalföringen kräver en ytterligare precisering av åtgärderna t ex kan samtal delas upp i stödjande samtal, rådgivande samtal, systematisk psykologisk behandling etc.

4.2.4 Åtgärder utanför prioriteringslistan

När det gäller ”Bedömning” som åtgärd så gjorde kuratorerna i de båda landstingen samma ställningstagande. De menade att en bedömning alltid måste göras. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen § 2a¹⁶ ska varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvård, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd (Socialdepartementet 1983). Även om tillståndets svårighetsgrad kan variera mellan mycket stor till liten menar kuratorerna att värdet av en bedömning alltid är mycket stor för att vid behov få tillgång till adekvat kuratorsinsats. Det finns ett starkt stöd för detta och att kostnadseffektiviteten är stor (Lundin, 2007).

¹⁴ Socialstyrelsen anger inte exakt vilka åtgärder som skall registreras utan detta måste avgöras från fall till fall av ansvarig vårdpersonal.

¹⁵ Däremot kunde patientnyttan variera beroende på vilket tillstånd åtgärden riktades mot vilket kommenteras i kapitel 5.2.

¹⁶ I rapporten om nationella modellen beskrivs hur bedömningar kan ges olika prioritet trots att det finns en skyldighet att göra bedömningar om det inte är uppenbart obehövt. Prioriteten kan variera t ex beroende på hur allvarligt tillstånd som misstänks, hur snabbt åtgärder behöver sättas in, om olika alternativa bedömningsmetoder finns eller om det saknas åtgärder med patientnytta för det behov som ska bedömas (Broqvist m fl 2011).

Kuratorernas bedömning, som omfattar emotionella funktioner, levnadsomständigheter samt en strukturerad suicidriskbedömning, gavs i båda verksamheterna högsta prioritet. Kuratorerna i Kalmar län valde att synliggöra bedömning som åtgärd i sina prioriteringslistor medan de i Norrbotten såg det som ett implicit faktum.

I Kalmar län blev det tidigt tydligt att det fanns ett behov av att urskilja de arbetsuppgifter som vissa kliniker efterfrågade, men som kuratorerna själva med sin kunskap om socionomers kompetens bedömde inte var kuratorsuppgifter och därmed inte skulle ingå i deras prioriteringar. De skapade därför, utöver sin prioriteringslista, en lista med åtgärder som bör ligga utanför kuratorsuppdraget vilket blev en hjälp för dem att renodla sitt uppdrag.

4.3 Exempel på prioriteringsobjekt

Det första exemplet på prioriteringsobjekt från Norrbotten är tillståndet *patient under pågående behandling/ Rehabilitering*, där orsaken kan variera men är av ärendetyp 3 d v s en patient med behov av långvarigt stöd, som vid kronisk sjukdom eller i ett palliativt skede. Åtgärden är *psykosocialt behandlingsarbete*, i detta fall krishantering och/eller stödsamtal (Figur 5). Detta exempel kommer att kommenteras vidare under bedömning av svårighetsgrad, patientnytta etc i följande kapitel.

Prioriteringsobjekt	Ärendetyp	Svårighetsgrad	Patientnytta	Evidens av patientnytta	Kostnads-effektivitet	Rangordning
Åtgärd: Psykosocialt behandlingsarbete Krishantering Stödsamtal Tillstånd: Patient under pågående behandling/rehabilitering Kris/ psykosocial påfrestning i samband med exempelvis Kronisk sjukdom Palliativ vård	3					

Figur 5. Exempel på prioriteringsobjekt från Norrbottens arbetsblad.

Det andra exemplet från Norrbotten gäller en åtgärd inom socialjuridiskt arbete, i detta fall att överklaga ett myndighetsbeslut åt patient samt information och vägledning så att patient själv kan överklaga myndighetsbeslut (Figur 6).

Tillståndet är *Patient under pågående behandling/ rehabilitering som är i behov av att överklaga myndighets beslut*. Socialjuridiska åtgärder är alltid av ärendetyp 1 oavsett sjukdomstillstånd, eftersom det är en kort avgränsad åtgärd. Tillstånden i dessa båda exempel är alltså samma men åtgärden olika.

Prioriteringsobjekt	Ärende- typ	Svårighets- grad	Patient- nytta	Evidens av patientnytta	Kostnads- effektivitet	Rang- ordning
Åtgärd: Socialjuridiskt arbete Överklaga myndighetsbeslut åt patient Tillstånd: Patient under pågående behandling/rehabilitering Behov av att överklaga myndighetsbeslut	1					
Åtgärd: Socialjuridiskt arbete Information till patient och vägledning så att patient kan överklaga myndighetsbeslut. Tillstånd: Patient under pågående behandling/rehabilitering Behov av att överklaga myndighetsbeslut	1					

Figur 6. Exempel på prioriteringsobjekt från Norrbottens arbetsblad.

Det sista exemplet härifrån är en åtgärd inom övrigt psykosocialt arbete, i detta fall gruppverksamhet, t ex stresshantering eller hjärtgrupp som träffas vid ett flertal tillfällen, ärendetyp 2 (Figur 7). Tillståndet är *Patient under pågående behandling/rehabilitering, i behov av behandling i grupp*.

Prioriteringsobjekt	Ärende- typ	Svårighets- grad	Patient- nytta	Evidens av patientnytta	Kostnads- effektivitet	Rang- ordning
Åtgärd: Övrigt psykosocialt arbete Gruppverksamhet, t ex stresshantering, hjärtgrupp (flera tillfällen) Tillstånd: Patient under pågående behandling/rehabilitering med behov av t ex stresshantering i grupp	2					

Figur 7. Exempel på prioriteringsobjekt från Norrbottens arbetsblad.

Exempel på prioriteringsobjekt (tillstånd-åtgärdspar) i prioriteringsarbetet i Kalmar läns landsting;

- Mycket svår stress (ICF d240) - Närstående stöd (KVÅ QT011)
- Mycket svår stress (ICF d240) - Information och undervisning (KVÅ GB002) T ex smärtskola, astmaskola. Information och undervisning socialjuridiskt
- Emotionella funktioner, Krisreaktion (ICF b152) - Inhämtande av anamnes (KVÅ AV018)
- Emotionella funktioner, Krisreaktion (ICF b152) - Bedömning av emotionella funktioner (KVÅ PA011)
- Emotionella funktioner, Krisreaktion (ICF b152) - Bedömning av levnadsomständighet (KVÅ AV115)
- Emotionella funktioner, Krisreaktion (ICF b152) - Strukturerad suicidriskbedömning (KVÅ AU118).

5. BEDÖMNINGAR I NATIONELLA MODELLEN

Den nationella modellen baseras på samtliga tre principer i den etiska plattformen i riksdagens riktlinjer för prioriteringar. Människovärdesprincipen fungerar här som en övergripande princip som inte explicit finns med som ett moment i modellen men som alltid måste bevakas vad det gäller vad som *inte* får avgöra prioriteringar av vård. Däremot konkretiseras behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen vilket innebär att vid tillämpning av modellen görs en bedömning utifrån tre huvudkomponenter (Figur 8):

- tillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens patientnytta
- åtgärdens kostnadseffektivitet



Figur 8. Komponenter i nationella modellen.

Ett syfte med den nationella modellen är att underlätta kommunikationen om prioriteringar mellan olika professioner, olika verksamheter och mellan olika landsändar. I modellen förespråkas därför en enhetlig skala för att ange svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet (Figur 9).

Tillstånd	Åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta	Kvalitet kunskapsunderlag	Kostnad/ Effekt	Kvalitet kunskapsunderlag	Rangordning	Kommentar/ Konsekvens
		Mycket stor Stor Måttlig Liten	Mycket stor Stor Måttlig Liten Ingen		Mycket hög Hög Måttlig Låg			

Figur 9. Skala för svårighetsgrad, patientnytta och kostnad/effekt i den nationella modellen.

För att kunna kommunicera prioriteringar mellan olika verksamheter bör svårighetsgrad och patientnytta bedömas utifrån ett större ohälsoperspektiv än bara relativt inom det område som är föremål för en prioriteringsdiskussion.

I ett välgrundat prioriteringsbeslut är underlaget för ställningstaganden en viktig del och därför även en viktig del i den nationella modellen (d v s bedömning av kvalitet på kunskapsunderlagen). Om deltagare i ett prioriteringsarbete t ex anser att någon åtgärd har en stor patientnytta, vad grundar de detta ställningstagande på och hur säkra kan de vara att detta stämmer? När kvaliteten på kunskapsunderlaget tillåter bör etablerade checklistor och evidensgraderingssystem användas. I annat fall uttrycks bedömningen av underlaget med egna ord.

5.1 Kuratorers bedömning av svårighetsgrad

I de båda prioriteringsarbetena har kuratorerna vid bedömning av svårighetsgrad valt att utgå utifrån;

- matris för bedömning av svårighetsgrad och/eller
- riskfaktorer och/eller
- mätinstrument.

5.1.1 Matris för bedömning av svårighetsgrad

I samband med ett prioriteringsarbete inom rehabiliteringsverksamhet i Kalmar läns landsting skapades en diskussionsmatris för att tydliggöra vilka aspekter som vägs in i bedömningen av svårighetsgrad samt vad de olika skalstegen *mycket stor*, *stor*, *måttlig* och *liten* står för (Ahlström m fl 2008).

Begreppen i matrisen är hämtade från ICF:s beskrivning av hälsa i termer av funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning. Denna matris har sedan i lite olika versioner använts i alltfler prioriteringsarbeten i många olika typer av verksamheter (Edin m fl 2011, Andrén 2011). Såväl kuratorerna i Kalmar län som i Norrbotten har använt denna matris.

Exemplet nedan från kuratorerna i Kalmar läns landsting (Figur 10) handlar om hälsotillståndet *Svår krisreaktion*. Vid bedömningen av svårighetsgrad uppmanades deltagarna att försöka se patienten framför sig och fundera över hur stor funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning patientgruppen brukar ha, liksom varaktighet och risken för framtida ohälsa om inget görs. Vid just detta tillstånd gjordes bedömningen att det finns mycket stora svårigheter att kommunicera, mycket stora svårigheter att ta emot information samt att tänka klart. Patientgruppen har också mycket stora svårigheter att fungera i vardagen men tillståndet har en måttlig varaktighet. Exemplet visar att det inte alltid är enkelt i en yrkesgrupp att nå konsensus kring bedömningar som här när det gäller risk för framtida ohälsa om inget görs. Där dubbelgarderade gruppen sig genom att säga att risken var stor – mycket stor. Trots detta kom deltagarna i detta fall fram till ett gemensamt resultat, d v s den sammantagna svårighetsgraden bedömdes som *stor* vid svår krisreaktion.

	Funktionsnedsättning	Aktivitetsbegränsning	Delaktighetsinskränkning	Varaktighet	Risk	Bedömning
Mycket stor	X	X	X			
Stor					X	X
Måttlig				X	X	
Liten						

Figur 10. Exempel från Kalmar län på tillämpning av matris för bedömning av svårighetsgrad av tillståndet Svår krisreaktion.

Bland kuratorerna i Norrbotten restes frågan vad egentligen svårighetsgrad syftar på. Handlar det om att bedöma sjukdom/skada/diagnos i sig eller är det symtomet på detta som ska bedömas? Ovanstående matris var då till stor hjälp för att kunna hålla isär begreppen och fokusera på det tillstånd man definierat. Vissa tillägg och justeringar gjordes dock. Till exempel ansågs *Symtom* vara en mer bekant formulering än *Funktionsnedsättning* varför det begreppet lades till. Likaså kompletterades matrisen med *Livskvalitet* som var ett mer bekant begrepp än *Aktivitet och delaktighet*. Även tillståndets påverkan på *Nätverk och socialt stöd* visade sig ha betydelse för bedömning av svårighetsgrad och infogades i matrisen.

Eftersom det i modellen inte finns några kriterier för skalan *mycket stor*, *stor*, *måttlig* och *liten* har det varit viktigt att kuratorerna kunnat redovisa hur de bedömt de olika nivåerna. Efter mycket arbete uppstod konsensus i bedömningarna vilket kuratorerna hela tiden strävat efter.

Nedan beskrivs hur bedömningen av svårighetsgraden blev i Norrbottens exempel. Vid de olika graderingarna har kuratorerna förklarat orsakerna till sina bedömningar. Till exempel är orsaken till *stor delaktighetsinskränkning* trötthet, smärta och att sjukdomen i sig samt även sjukhusvistelser kan leda till passivitet (Figur 11);

Patient under pågående behandling/rehabilitering – kris/psykosocial påfrestning i samband med exempelvis kronisk sjukdom, palliativ vård, ärendetyp 3.

	Funktionsnedsättningar /symtom	Aktivitetsbegränsning	Delaktighetsinskränkning	Varaktighet/ Livskvalitet	Nätverk Socialt stöd	Risk vid utebliven åtgärd	Svårighetsgrad
Mycket stor				Fysiska tillståndet, vetskap om att sjukdomen är obotlig	Relationer till anhöriga och vänner påverkas	Obearbetad kris kan leda till svårigheter att leva med sjukdomen	
Stor	Trötthet, oro, smärta, sjukhusvistelser Koncentrations- och fokuserings-svårigheter	Trötthet, oro, smärta, sjukhusvistelser Passivitet Koncentrations- och fokuserings-svårigheter	Trötthet, smärta, sjukhusvistelser, passivitet				Stor
Måttlig							
Liten							

Figur 11. Exempel från Norrbotten på tillämpning av matrisen för bedömning av svårighetsgrad vid tillståndet Kris Ärendetyp 3.

När bedömningarna utifrån matrisen diskuterats i storgrupp fördes de in i arbetsbladet för prioriteringar med förklarande text (Figur 12).

Prioriteringsobjekt	Ärende- typ	Svårighets- grad	Patient- nytta	Evidens av patientnytta	Kostnads- effektivitet	Rang- ordning
<p>Åtgärd: Psykosocialt behandlingsarbete Krisantering Stödsamtal</p> <p>Tillstånd: Patient under pågående behandling/ rehabilitering Kris/ psykosocial påfrestning i samband med exempelvis Kronisk sjukdom Palliativ vård</p>	3	<p>Stor</p> <p>Svårt tillstånd, chock</p> <p>Sorg- och/eller krisreaktioner</p> <p>Risk för försämrad psykisk hälsa, t ex trötthet, oro, rädsla, ångest, nedstämdhet/ depression</p> <p>Kognitiva symtom, t ex oförmåga att fokusera eller planera, stundtals verklighetsflykt</p> <p>Diffusa fysiska symtom, t ex smärta eller nedsatt fysisk förmåga</p> <p>Begränsat nätverk eller nätverk i behov av stöd</p>				

Figur 12. Exempel från Norrbottens arbetsblad.

5.1.2 Riskfaktorer

I Kalmar län återkom vissa faktorer i bedömningen av svårighetsgrad. Dessa sammanfördes till en egen lista som benämndes riskfaktorer. Riskfaktorena gäller för alla tillstånd (t ex sorg och depression) som ingår i prioriteringslistan och ska, om de finns i det enskilda fallet, ses som något som ökar svårighetsgraden. Om en patientgrupp som t ex har en svår kris som normalt bedöms ha en stor svårighetsgrad dessutom har en eller flera riskfaktorer kan svårighetsgraden öka till mycket stor.

Risikfaktorerna som listades är dels om patienten har varit utsatt för tidigare trauman, kriser, sorger och förluster (dödsfall, skilsmässa, olyckor, svår sjukdom, arbetslöshet osv), om det finns misstanke om våld i nära relation eller om patienten bevittnat sådant våld, om det finns en kognitiv nedsättning eller språksvårigheter samt vid riskbruk/missbruk/beroende av alkohol eller andra droger. En annan identifierad riskfaktor som listades skulle kunna ses som ett avsteg från människovärdesprincipen i den etiska plattformen om denna ska tolkas strikt (se fotnot s 17). Det gäller patientens omgivningsfaktor i form av *bristande nätverk eller inget alls* eller *om patienten har minderåriga barn*. Kuratorerna stödde sig här på FN:s barnkonvention som säger att barns behov alltid skall uppmärksammas (FN 1989) och på Hälso- och sjukvårdslagen (HSL §2g) där det framgår att hälso- och sjukvården särskilt ska beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en allvarlig sjukdom eller skada. Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider (Socialdepartementet 1983).

Listan med riskfaktorer är tänkt att vara ett stöd i kommunikationen med samarbetspartners i vården så att de lättare ska kunna bedöma vilka patienter som i första hand ska erbjudas kuratorskontakt. Den ska även hjälpa kuratorerna själva att mer tydligt strukturera och välja ut de patienter som i första hand ska prioriteras till en bedömning av kuratorn.

5.1.3 Mätinstrument

I Kalmar län listades även möjliga mätinstrument som skulle kunna vara till hjälp i bedömning av svårighetsgrad av det psykiska välbefinnandet. Kuratorerna var dock ovana att använda dessa instrument och hade därmed en begränsad erfarenhet om vilken hjälp de kan ge. Ett instrument som prövats vid en av de medicinska enheterna i landstinget är HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale). Det är ett självskattningsformulär som visar mått på patientens sinnesstämning med fokus på ångest och depression (Zigmond 1983). Inom landstingets rehabiliteringsmedicin används MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale) som också är ett självskattningsinstrument (Montgomery & Åsberg, 1979). Kuratorerna har även via Regionalt Cancercentrum Syd¹⁷ blivit uppmärksammade på ett möjligt screeninginstrument, en barometer för mätning av oro/bekymmer¹⁸.

¹⁷ Regional Cancercentrum Syd är en kunskapsorganisation i södra sjukvårdsregionen som tillsammans med landets övriga cancercentrum ska utveckla cancer vården utifrån tydligt patientperspektiv och målen i nationella cancerstrategin (www.skane.se/sv/Webbplatser/Regionalt-Cancercentrum).

¹⁸ Instrumentet är framtaget av National Comprehensive Cancer Network (NCCN) och får endast kopieras efter skriftligt tillstånd från NCCN. Översatt till svenska 2004 av M Hellbom, Lund & B Johansson, Onkologiskt centrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

Dessa instrument skulle eventuellt kunna vara till hjälp för enskild kurator vid bedömning av svårighetsgrad av hälsotillstånd och även hjälpa annan vårdpersonal att urskilja när kurator bör kopplas in. Betydelsen av screeninginstrument för att identifiera patienter inom vården med psykosociala problem uppmärksammas även inom forskning (Rane m fl, 2010).

5.2 Bedömning av patientnytta med kuratorers åtgärder

När det gäller bedömning av patientnytta användes skalan *liten, måttlig, stor* och *mycket stor* i båda landstingen. Anvisningarna inför bedömningen av patientnytta följde den nationella modellen. Den förväntade nyttan skulle bedömas dels utifrån vilken effekt kuratorns åtgärd har på ett tillstånd, t ex oro men också relatera till hur svårt tillstånd det var som påverkades med åtgärden. Om det t ex är ett tillstånd som bedöms ha stor svårighetsgrad – i vilken grad påverkar en åtgärd det tillståndet? Eller om det finns en stor risk för framtida ohälsa - i vad mån förhindrar den aktuella åtgärden den ohälsan i framtiden? Åtgärder riktade mot tillstånd med liten svårighetsgrad (t ex läkemedel mot fotsvamp) kan ju ha mycket god effekt, kanske t o m bota tillståndet men det är i det stora hela förhållandevis lite hälsa eller patientnytta som vinnas sett till ohälsa i stort. Dessutom skulle hänsyn tas till risken med själva åtgärden (d v s eventuella komplikationer). Om det innebar en stor risk att genomföra en åtgärd skulle nyttan med åtgärden bli mindre.

Genom att gemensamt diskutera och dela med sig av sina erfarenheter beskriver kuratorerna i Norrbotten det som enkelt att bedöma patientnyttan med sina åtgärder. Som hjälp i det första steget, att bedöma effekten av åtgärden, har såväl de som kuratorerna i Kalmar län haft nedanstående matris till hjälp. Den har, liksom matrisen som stöd för att bedöma svårighetsgrad, sitt ursprung i ett prioriteringsarbete i Kalmar läns landsting (Ahlström m fl 2008). Med hjälp av rubrikerna i matrisen¹⁹ har kuratorerna beskrivit effekten utifrån olika perspektiv för att sedan ställa den i relation till tillståndets svårighetsgrad och sammanväga dem till en patientnytta.

Vad som bedömdes vara avgörande för patientnyttan kunde variera i Norrbotten. Ibland var effekter på risker av stor betydelse, ibland spelade effekten på nätverken större roll. I vissa lägen var det svårt att komma ihåg att patientnytta skulle bedömas i relation till svårighetsgrad utan fokus blev istället bara på effekten av åtgärden.

¹⁹ I Norrbotten kompletterades matrisen med motsvarande tillägg som i matrisen för bedömning av svårighetsgrad (sid 26).

I exemplet från Norrbotten där åtgärden var *Psykosocialt behandlingsarbete; Krishantering och Stödsamtal* vid *Kris ärendetyp 3* blev utfallet följande (Figur 13).

	Effekt på funktionsnedsättningar /symtom	Effekt på aktivitetsbegränsningar	Effekt på delaktighetsinskränkningar	Effekt på varaktighet/ livskvalitet	Effekt på nätverk socialt stöd	Effekt på risk	Pat.-nytta ²⁰
Mycket stor				Livet kan bli lite lättare, det kan bli möjligt att se det "ljusa" i allt det "mörka"	Kan underlätta svårigheter i relationer	Obearbetad kris kan leda till försämrad psykisk hälsa, t ex Trötthet, oro, rädsla, Nedstämdhet/ depression, ångest, att livet och sjukdomen känns mer ohanterligt	
Stor		Psykosocialt kan det ha stor betydelse. Lära sig leva med trötthet/ smärta	Motivation att acceptera och leva med sjukdomen				Stor
Måttlig	Fysiskt ingen skillnad, men ev psykiskt. Lära sig leva med trötthet/ smärta						
Liten							

Figur 13. Exempel från Norrbotten på tillämpning av matris för bedömning av effekt av åtgärden krishantering/ stödsamtal vid kris, ärendetyp 3.

²⁰ Patientnytta som den anges här handlar egentligen om sammantagen bedömning av effekt av åtgärd.

I detta exempel riktade sig åtgärden mot ett tillstånd med stor svårighetsgrad varför den stora effekten med åtgärden också kan sägas ge stor patientnytta. Successivt då bedömningarna av patientnyttan gjordes fördes resultaten in i arbetsbladet för prioriteringar. Exemplet från Norrbotten får då följande innehåll (Figur 14).

Prioriteringsobjekt	Ärendetyp	Svårighetsgrad	Patientnytta	Evidens av patientnytta	Kostnads-effektivitet	Rangordning
<p>Åtgärd: Psykosocialt behandlingsarbete Krishantering Stödsamtal</p> <p>Tillstånd: Patient under pågående behandling / rehabilitering Kris/ psykosocial påfrestning i samband med exempelvis Kronisk sjukdom Palliativ vård</p>	3	Stor	Stor			

Figur 14. Exempel från Norrbottens arbetsblad.

I Kalmar län har bedömningen av patientnyttan utgått från frågor av ärendetypen; *Gör våra åtgärder skillnad för patienter och närstående och därmed förstärker och underlättar övrig vård?* Mycket kom att handla om konkreta, gemensamma erfarenheter, som till exempel att sjukskrivning kan påverkas av kuratorernas åtgärder liksom att stöd till anhöriga även kan påverka patienternas välbefinnande. Även vetenskapliga resultat spelade roll vid bedömningen. Till exempel menar Cullberg (2006) att bemötandet av människor i akut kris ofta är avgörande för hur krisen genomarbetas. Denna typ av kunskap bidrog till att bedömningen av patientnyttan för åtgärderna *Krishantering, närståendestöd och stöd till personal* vid *Svår krisreaktion* hamnade på mycket stor. Åtgärden *Samtal* vid hälsotillståndet *Liten depression* har däremot bedömts som måttlig patientnytta för att åtgärden inte häver tillståndet i sig men kan påverka risken för djupare depression.

Kuratorerna i Kalmar län utkristalliserade så småningom riktmärken för de olika graderingarna i patientnytta²¹;

Mycket stor patientnytta

Livshotande tillstånd hävs/förhindras, åtgärden leder till kraftigt ökad livskvalitet.

Stor patientnytta

Åtgärden leder till ökad livskvalitet samt att patientgruppen kan klara sig i vardagen.

Måttlig patientnytta

Åtgärden leder till att patientgruppen kan klara sig med stöd i vardagen.

Liten patientnytta

Kortsiktig inverkan, fortsatta besvär trots åtgärd.

Ingen patientnytta

Ingen förändring av tillståndet.

I framtiden finns ett värde av att använda olika bedömningsinstrument för att bedöma/utvärdera om fortsatt patientnytta finns under en pågående behandlingskontakt, menade kuratorer i Kalmar län. Om ingen patientnytta kan noteras ska kontakten avslutas. Syftet med behandlingskontakten kan då bli mer tydlig, liksom vilka insatser som prioriteras och varför.

5.3 Bedömning av kostnadseffektivitet

Vid bedömning av kostnadseffektivitet har båda kuratorsverksamheterna utgått från en ungefärlig uppskattning av kostnader istället för formella beräkningar. För kuratorer i klinisk verksamhet saknas en tradition där den enskilde kuratorn inkluderar kostnadseffektivitet vid prioriteringar i det dagliga arbetet. Kuratorerna i Norrbotten valde att inte fokusera på dessa aspekter under detta första prioriteringsarbete. Vid en revidering skulle det vara värdefullt, menar de, att lägga mer fokus på att utveckla resonemangen och ta fram konkreta underlag gällande kostnadseffektivitet. Då behövs dock mer stöd t ex i form av kompetens gällande hälsoekonomi.

²¹ Av graderingen framgår att kuratorerna satt effekten av sin åtgärd i relation till hur svårt tillstånd den riktas mot. Mycket stor patientnytta handlar här om åtgärder riktade mot livshotande tillstånd eller kraftigt nedsatt livskvalitet med stor förbättringspotential.

I båda landstingen konstaterade kuratorerna att kostnadseffektiviteten kan vara hög utifrån att deras åtgärder kan påverka alternativa kostnader. Det kan handla om att minska behovet av psykiatrisk vård, förkorta sjukskrivningstider och vårdtider samt minska behovet av personalresurser. Till exempel kan tidiga kuratorsinsatser förhindra att en krisreaktion förvärras.

Ett annat exempel utgör gott psykosocialt stöd som kan bidra till att övrig vårdkonsumtion minskar. Alternativkostnader uppfattades dock ibland svåra att bedöma då kostnaderna inte ”syns” i vården utan finns hos annan aktör.

I exemplet från Norrbotten redovisar kuratorerna faktorer som relaterar till kostnadseffektivitet men tar inte ställning till grad (Figur 15);

Prioriteringsobjekt	Ärendetyp	Svårighetsgrad	Patientnytta	Evidens av patientnytta	Kostnadseffektivitet	Rangordning
<p>Åtgärd: Psykosocialt behandlingsarbete Krishantering Stödsamtal</p> <p>Tillstånd: Patient under pågående behandling / rehabilitering Kris/ psykosocial påfrestning i samband med exempelvis Kronisk sjukdom Palliativ vård</p>	3	Stor	Stor		Minskad vårdkonsumtion Ökad följsamhet till behandling och medicinsk ordination sänker vårdkostnader och minskar behov av övriga samhällsinsatser	

Figur 15. Exempel från Norrbottens arbetsblad.

I Kalmar län reflekterade gruppen även över behandlingsform och dess konsekvenser för kostnadseffektiviteten. Att möta patient i grupp minskar kostnaden samtidigt som det är viktigt att bedöma om behandling i grupp alternativt patientskolor gör lika mycket nytta som individuell insats. Här har kuratorerna lutat sig mot danska erfarenheter, förmedlade via danska Sundhetsstyrelsen, där man jämför effekten av patientskolor med behandling i grupp och individuell behandling för personer med kroniska sjukdomar (Sundhetsstyrelsen 2009).

En annan fråga som rör kostnadseffektivitet handlar om tidsaspekter av åtgärder. I Norrbotten menade kuratorerna att behandlingens längd haft betydelse för deras bedömning av kostnadseffektivitet för olika åtgärder. I Kalmar län kunde kuratorerna inte nå konsensus i frågan.

För en del av kuratorerna skulle det vara till hjälp i patientmöten att ha angivna antal behandlingar preciserade då vissa patienter kan ha oändliga behov. För de kuratorer som har ett mer tydligt terapeutiskt förhållningssätt upplevs denna gränssättning alltför begränsande.

5.4 Kvalitet på kunskapsunderlag

Finns det studier som stöder en effekt av det vi gör? Finns det klinisk erfarenhet som stöder en effekt? Detta är frågor som kuratorerna i Kalmar län ställt sig för att bedöma kvaliteten på sina underlag i prioriteringsarbetet. Inom gruppen fanns mycket lite erfarenhet av utvärderingar och arbetet har aktualiserat behovet av att utveckla bra former för utvärdering; *blir patienten hjälpt av våra insatser?* De utvärderingar som kuratorerna använde i praxis har dels inte varit unika för kuratorerna utan användes även av andra yrkesgrupper inom samma vårdenhet, dels väckt en del frågetecken kring hur de svar som erhålls ska tolkas.

Även i Norrbotten har intresset för utvärdering förstärkts efter genomfört prioriteringsarbete. Ett nytt utvecklingsarbete har påbörjats inom ramen för kuratorernas länssamverkan, som handlar om att ta fram kvalitetsindikatorer och metoder för att mäta och följa upp kuratorns insats.

Tre ärendetyper av kunskapsunderlag har använts i kuratorernas prioriteringsarbete, nämligen;

- erfarenhetsbaserad kunskap/beprovad erfarenhet
- vetenskaplig evidens
- lagstiftning

5.4.1 Erfarenhetsbaserad kunskap

Ingen av kuratorsenheterna valde att lägga ner så mycket tid på att söka vetenskaplig evidens i detta första prioriteringsarbete. De önskade istället begränsa omfattningen av prioriteringsarbetet och den tid som skulle krävas för att genomföra uppdraget. Arbetet har istället till största delen utgått från kuratorernas mångåriga yrkeserfarenhet. I och med att samtliga kuratorer haft möjlighet att delta har den samlade gemensamma erfarenheten upplevts som ett gott stöd. I Norrbotten hade kunskapsbasen dessutom diskuterats redan under en tidigare kuratorsöversyn. Såväl där som i Kalmar län har en viktig del av den erfarenhetsbaserade kunskapen bestått av den respons patienter och närstående har gett under årens lopp (figur 16).

Avsikten på båda enheterna är att vid en framtida revidering av sina prioriteringsarbeten fördjupa arbetet gällande vetenskaplig evidens och arbeta vidare med uppföljningar av effekt av kuratorers insatser.

Prioriteringsobjekt	Ärendetyp	Svårighetsgrad	Patientnytta	Evidens av patientnytta	Kostnads-effektivitet	Rangordning
Åtgärd: Psykosocialt behandlingsarbete Krishantering Stödsamtal Tillstånd: Patient under pågående behandling / rehabilitering Kris/ psykosocial påfrestning i samband med exempelvis Kronisk sjukdom Palliativ vård	3	Stor	Stor	Beprövad erfarenhet och patienters återkoppling	Minskad vårdkonsumtion Ökad följsamhet till behandling och medicinsk ordination sänker vårdkostnader och minskar behov av övriga samhällsinsatser	

Figur 16. Exempel från Norrbottens arbetsblad.

5.4.2 Vetenskaplig evidens

Om det generellt saknas tradition inom kuratorskåren att värdera kostnadseffektivitet så är det också fallet när det gäller evidensgradering. Kuratorerna i Norrbotten har dock under ett flertal år försökt rusta sig för att ta sig an frågan. Det har skett genom praktisk träning i att söka vetenskaplig evidens med hjälp av bibliotekarie, samt genom fortbildningar om evidens som begrepp och betydelsen av evidens i socialt arbete. De har även bildat ett evidensråd inom ramen för kuratorernas länssamverkan med syfte att arbeta vidare med frågan ur olika perspektiv. Trots detta upplevde ledarna av prioriteringsarbetet att det skulle ha varit värdefullt om det funnits möjlighet till mer stöd kring sökning och gradering av vetenskaplig evidens.

I Kalmar län har kuratorerna vid alla tre sjukhusen i samband med prioriteringsarbetet haft möjlighet att delta i biblioteksutbildning för att uppdatera sina kunskaper kring att söka i databaser och få en orientering kring landstingsbibliotekens resurser. De fick en genomgång av möjliga sökmotorer och hur de själva kan arbeta vidare utifrån olika sökord vilket också gjordes i viss utsträckning. De har även tagit kontakt med företrädare för socionomutbildningen och med det forskarnätverk som finns för att eftersöka effektstudier gällande kuratorers insatser.

Det har dock varit svårt att hitta fram till studier som stöder evidens för kuratorsinsatser. Socionomers forskning i hälso- och sjukvård fokuserar ofta på patienters och deras närståendes upplevelser av sjukdom eller ohälsa och de psykosociala konsekvenserna av dem snarare än utvärderar effekter av åtgärder. Generellt kan det också vara svårt att hämta kunskap från vetenskapliga artiklar inom andra discipliner som ofta tar sin utgångspunkt i olika sjukdomar såsom cancer, magbesvär och kronisk smärta medan sjukdomen i sig är av underordnad betydelse för kuratorers bedömning i prioriteringsarbetet. Det viktiga är istället patientens reaktioner/agerande utifrån aktuell situation och hur kuratorsinsatser kan göra skillnad.

5.4.3 Lagstiftning

Både kuratorerna i Norrbottens läns landsting och Kalmar läns landsting har valt att referera till lagstiftning där lagstiftningen förordar viss åtgärd. Detta gäller exempelvis rätten till psykosocialt stöd för kvinnor som överväger att avbryta en graviditet (Abortlagen 1974:595) eller patienter som behandlas enligt Smittskyddslagen (2004:168). Det gäller även i de fall en psykosocial utredning krävs, så som i samband med ansökan hos Socialstyrelsen om abort efter vecka 18 (Abortlagen 1974:595) eller vid medicinsk utredning gällande assisterad befruktning. När det gäller assisterad befruktning utför kuratorn en psykosocial utredning i enlighet med SOSFS2009:32, lagen om insemination (1984:1140) och lagen om befruktning utanför kroppen (1988:711).

6. VAD PRIORITERAS HÖGT; VAD PRIORITERAS LÅGT OCH VARFÖR?

Rangordningen i den nationella modellen innebär att väga samman bedömningar av svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet samt kvaliteten på kunskapsunderlag. Rangordningen anges i en tiogradig skala;

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

Modellen innehåller inga givna gränsvärden när det gäller svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet. Prioriteringsgraden måste istället betraktas som en kvalitativ bedömning. Även om inga absoluta värden finns så är det viktigt för begripligheten att det finns en logik mellan prioriteringsgrad och bedömningarna av svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet samt kvaliteten på kunskapsunderlagen. Det vore ologiskt om sammantaget låga värden på dessa skulle ge en hög prioritet och vice versa.

Eftersom det ska finnas en logik mellan bedömningar och prioriteringsgrad är det inte säkert att hela rangordningsskalan från 1 till 10 blir aktuell i en verksamhet. I vissa verksamheter där det finns en stor spridning, alltifrån liten svårighetsgrad och liten patientnytta/ kostnadseffektivitet till prioriteringsobjekt med stor svårighetsgrad och stor patientnytta/kostnadseffektivitet, kommer troligen hela rangordningsskalan, från 1 till 10, att finnas representerad. Då svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet varierar mindre kan även rangordningen variera mindre (t ex mellan 3 och 7).

Nedan beskrivs hur själva rangordningen gick till i våra båda exempel samt vad som kom att få hög respektive låg prioritet inom dessa kuratorsverksamheter.

6.1 Beskrivning och reflektion från Kalmar läns landsting

Kuratorerna i Kalmar län har i någon mening endast gjort vertikala rangordningar²². Deltagarna har med andra ord inte rangordnat mellan till exempel kris, sorg, depression och stress utan har valt att endast rangordna mellan de undergrupper som dessa hälsotillstånd har delats upp i (t ex mellan mycket svår, svår, måttlig och liten kris).

²²Vertikala prioriteringar används ibland för att beskriva prioriteringar *inom* ett område t ex en sjukdomsgrupp, klinik eller yrkesgrupp. Övergripande prioritering med mer heterogena val t ex *mellan* olika verksamheter eller patientgrupper kallas ibland horisontell prioritering.

Själva rangordningen gick till så att kuratorerna i storgrupp gick igenom tillstånd efter tillstånd och de bedömningar som dokumenterats i arbetsbladet och diskuterade sig gemensamt fram till prioriteringsgraden. Gruppen ställde sig frågor av typen om det är de som kuratorer utifrån sin kompetens och möjliga åtgärder som till exempel ska möta patienten vid mycket svår kris? Gör deras åtgärder kanske mer nytta för patienten med svår krisreaktion och bör i så fall dessa patienter prioriteras högre? Kan patienter med liten krisreaktion klara sig utan åtgärd från kurator och därför ges låg prioritet? Rangordningen har sedan legat ute på intranätet möjlig för var och en av kuratorerna att komma med reflektioner kring. Efter ett visst stoppdatum har prioriteringarna där betraktats som att de fått ett slutgiltigt godkännande av deltagande kuratorer.

6.1.1 Hög och låg prioritet

Ett exempel på hur en prioritering kan se ut i Kalmar finns i Figur 17 nedan. Tillståndet *Mycket svår sorg* har bedömts ha mycket stor svårighetsgrad och åtgärder riktade mot detta tillstånd kan alltså ges mycket stor patientnytta om aktuella åtgärder anses effektiva. I det här fallet konstaterade kuratorsgruppen att patientnyttan vid detta tillstånd är mycket stor när det gäller *Stöd vid sorgearbete* och *närståendestöd*, stor när det gäller *Personalstöd* men endast liten när det gäller *Samordningsfunktionen* som ansågs mindre effektiv än de andra insatserna. Detta har lett fram till att vid mycket svår sorg har stöd vid sorgearbete och närståendestöd erhållit rangordning 1, stöd till personal rangordning 3 medan samordningsfunktionen däremot rankats lågt, prioriteringsgrad 10.

Tillstånd	Åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta	Stöd för effekt	Kostnads-effekt	Rang-ordning
Mycket svår sorg, komplicerad	QK008 Stöd vid sorgearbete	Mycket stor	Mycket stor	Beprovad erfarenhet	Ej bedömbart	1
	QT011 Närståendestöd	Mycket stor	Mycket stor	Beprovad erfarenhet Evidens finns	Kan påverka sjuk-skrivningstid	1
	AU120 Samordnings-funktion	Mycket stor	Liten	Beprovad erfarenhet		10
	QV001 Information och undervisning om hälsa och ohälsa.Handledning av personal	Mycket stor	Stor	Beprovad erfarenhet	Ej bedömbart	3

Figur 17. Exempel från Kalmar läns arbetsblad.

Ett annat exempel gäller hälsotillståndet *svårigheter att hantera allmänna uppgifter och krav*. Där konstaterade gruppen att en förutsättning för att kuratorsinsats kan bli aktuell är att det finns en vårdrelation med patient eller anhörig, att det finns ett svagt nätverk, att det finns en dålig insikt hos patienten kring dennes problem och att sjukdomen är varaktig. Först då blir tillståndet så svårt eller nyttan så pass stor med kuratorns åtgärder att en insats är motiverad, med en varierad prioriteringsgrad från 3-7 beroende på vilken åtgärd det gäller (Lundin m fl 2009).

Lagreglerade åtgärder betraktades automatiskt som högt prioriterade²³. Det handlar om psykosocial utredning att bifoga abortansökan men också psykosociala utredningar i samband med donationer, som inte är lagreglerat men som finns med i vårdprogram på nationell nivå (Socialstyrelsen 2011).

6.2 Beskrivning och reflektion från Norrbottens läns landsting

Kuratorerna i Norrbotten arbetade med att bedöma patientnytta och svårighetsgrad på hemmaplan, bedömningar som sedan redovisades för hela länets kuratorer i samband med länsmöten. Gruppen delades under länsmötena in i mindre grupper där deltagarna gick igenom ett antal prioriteringsobjekt och rangordnade. Resultaten redovisades i storgrupp för ytterligare diskussion och korrigeringar. Slutligen redigerade de tre kuratorerna som ledde prioriteringsarbetet samtliga prioriteringsobjekt så att alla 1:or , 2:or osv skulle vara likvärdiga utifrån de bedömningar som gjorts. En sammanställning skickades ut till länets kuratorer och chefer för godkännande inför en slutgiltig rapportering till länschefen. I det exempel som följts från Norrbotten blev den slutliga prioriteringsgraden 2-3 (Figur 18).

²³ Enligt riksdagens riktlinjer får hälso- och sjukvård som är reglerad genom särskild lagstiftning anses garanterad resurser och kan därmed inte prioriteras så lågt så att de ransoneras bort. Hit hör t ex vård enligt smittskyddslagen, psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och legala aborter (Socialdepartementet 1996).

Prioriteringsobjekt	Ärende- typ	Svårig- hets- grad	Patient- nytta	Evidens av patientnytta	Kostnads- effektivitet	Rang- ordning
Åtgärd: Psykosocialt behandlingsarbete Krishantering Stödsamtal Tillstånd: Patient under pågående behandling / rehabilitering Kris/ psykosocial påfrestning i samband med exempelvis Kronisk sjukdom Palliativ vård	3	Stor	Stor	Beprövad erfarenhet och patienters återkoppling	Minskad vård- konsumtion Ökad följsamhet till behandling och medicinsk ordination sänker vårdkostnader och minskar behov av övriga samhälls- insatser	2-3

Figur 18. Exempel från Norrbottens arbetsblad.

6.2.1 Hög och låg prioritet

Prioriteringsarbetet i Norrbotten har resulterat i 20 prioriteringsobjekt, omfattande åtgärder inom psykosocialt behandlingsarbete, socialjuridiskt arbete och övrigt psykosocialt arbete. Arbetet har gjort det tydligt att det *psykosociala behandlingsarbetet*, d v s patienter som erhåller vård på vårdavdelning eller mottagning och är i behov av kontakt med kurator, prioriteras högre (prioriteringsgrad 2-3) än övrigt arbete. Lägre prioritet (grad 5) får exempelvis *socialjuridiskt arbete* i form av information och vägledning i frågor rörande ekonomi, juridik och sociala frågor. Den slutgiltiga prioriteringsgraden har dock legat högt för samtliga prioriteringsobjekt, förutom ett antal objekt där man bedömt att annan aktör bör utföra åtgärden. Exempel på sådana är socialjuridiska åtgärden att överklaga myndighetsbeslut åt patient, liksom att upprätta testamente åt patient. Generellt menar kuratorerna i Norrbotten att om patienten saknar trygga och stöttande nätverk så ökar både svårighetsgrad och därmed patientnyttan med kurators insats vilket talar för en högre prioritet.

I samband med att Norrbottens läns landstings kuratorer arbetat med kärnuppdraget för professionen och länsövergripande överenskommelser gällande patientgrupper och diagnosområden så har en del lågt prioriterade arbetsuppgifter tagits bort redan innan det aktuella prioriteringsarbetet. Kanske en prioritering utförts redan då tillstånd och åtgärder valdes ut, dvs endast de som ansågs viktiga och angelägna inkluderades i diskussionerna? Om prioriteringsobjekten varit mer detaljerade hade spridningen i rangordningen troligen varit större. Å andra sidan hade då materialet varit omfattande och otympligt att hantera.

En annan reflektion som kuratorerna har kring de höga prioriteringsgraderna är att det är första gången som den nationella modellen används. Om prioriteringsarbetet utförs fler gånger kan det med stor sannolikhet medföra att både ledare och deltagare vågar lite mer, d v s kan vara lite modigare i bedömningarna och därmed få en större spridning på prioriteringsgraderna.

Samtalen kring vilka anledningar som ligger till grund för kuratorers prioriteringar har upplevts viktigare och mer givande än själva rangordnandet. Att hitta en sanning i rangordningen går inte, utan är bara en fingervisning; ”*Alla patienter och närstående vi möter är olika*”. De har olika kunskap, förutsättningar och förmågor att hantera svåra eller nya situationer. Detta gör att svårighetsgrad av tillståndet, nyttan av åtgärden och kostnadseffektiviteten varierar från patient till patient även om prioriteringsobjektet till synes är detsamma²⁴. Patienter kan dessutom ha tillstånd som överlappar varandra. Kuratorn avbryter inte en pågående kontakt för att en eventuell ny åtgärd har en lägre prioritet än den som varit inledningen till kontakten. Detta är ett dilemma som måste hanteras i vardagen, där handledning och etiska analyser är viktiga och till stor hjälp. Kuratorn gör återkommande en ny behovsbedömning. I praktiken kan det vara så att ett socialjuridiskt problem som egentligen prioriteras lägre förhindrar en stödkontakt som har en högre prioritet. Det innebär att först måste problemet med lägre prioriteringsgrad hanteras innan stödkontakten, med högre prioritet, inleds.

²⁴ Beroende på vilken vägledning och detaljnivå som eftersträvas behöver kanske tillståndet preciseras och delas upp i undergrupper för att få fram vad det är som gör att till synes samma tillstånd kan variera mycket t ex då det gäller svårighetsgrad.

7. BAKÅT- OCH FRAMÅTBlickar

Prioriteringsarbetena i Norrbotten och Kalmar län är nu slutförda. Slutförda i bemärkelsen att en prioriteringslista är framtagen i respektive landsting. Det är de första exemplen inom kuratorsverksamhet på systematiska prioriteringsarbeten där nationella modellen använts som stöd i arbetet. Båda verksamheterna kan nu se tillbaka och analysera resultatet utifrån syftet med prioriteringsarbetet. De kan även blicka framåt och diskutera hur erfarenheterna ska kunna omsättas i praktiken. Vilka erfarenheter kan andra kuratorer ha nytta av?

7.1 Resultat av prioriteringsarbetena

Resultatet av de båda arbetena kan beskrivas i fem kategorier;

- underlättande av kommunikation
- tydligare journalmall och uppföljning
- tillvaratagande av erfarenhetsbaserad kunskap
- resursfördelning och avgränsningar av kuratorsuppdraget
- ökad samsyn och vägledning.

7.1.1 Kommunikation

I båda verksamheterna har arbetet med att definiera begrepp för tillstånd och åtgärder tydliggjort kuratorernas arbetsområden. Kuratorerna tänker att de kommer att ha stor hjälp av att ha benämnda tillstånd och åtgärder i kommunikationen med de medicinska enheterna. Det uppfattas ge en ökad tydlighet kring vad som är fokus för deras arbete och en större tydlighet av innehållet i deras arbete. I Norrbotten säger man t ex att om oenighet uppstått med andra aktörer inom vården om vilka arbetsuppgifter kuratorn bör prioritera har det underlättat argumentationen. Det kan vara av stort värde inte minst för en nyanställd eller för den kurator som inte har så mycket erfarenhet att falla tillbaka på. En nyanställd ställs, enligt erfarenheter i Kalmar län, oftare inför krav att utföra uppgifter som istället bör utföras av annan aktör för att därigenom bättre tillvarata kuratorns kompetens. Ur ett verksamhetsperspektiv har båda prioriteringsarbetena underlättat introduktionen av nyanställda, både nya kuratorer och nya chefer på olika nivåer i organisationen. Arbetena uppfattas överhuvudtaget vara ett underlag för information om verksamheten i olika sammanhang, både inom och utanför organisationerna.

I Kalmar län ställer sig verksamhetsledningen inom HRK och Samrehab frågan hur den fortsatta dialogen med de medicinska enheterna ska se ut.

Hur kan t ex prioriteringsarbetet förankras i klinikernas ledningsgrupper? Hur ska information till verksamhetscheferna se ut?

Eftersom kuratorerna är organiserade på olika sätt ställer det olika krav på hur informationen ska utformas. En kommunikationsplan har påbörjats med hjälp av en av landstingets kommunikatörer. Planen innehåller en bakgrund till prioriteringsarbetet, syfte med kommunikationsplanen samt vilket budskap som ska förmedlas, målgrupper, informationskanaler och talespersoner. Planen ska vara ett stöd och en gemensam plattform för samtliga involverade i implementeringen av resultatet av prioriteringsarbetet inom landstinget. För att kommunikationen ska nå fram till målgrupperna är ambitionen att den ska vara samordnad, enhetlig och tydlig. All kommunikation bör innehålla information som svarar på varför förändringar genomförs i kuratorsverksamheten.

7.1.2 Journalföring och uppföljning av prioriteringar

Tidigare använde sig kuratorerna i Kalmar län av flera olika journalmallar. Det fanns ett behov av samordning liksom att tydliggöra diagnoskoder och åtgärds-koder. Via prioriteringsarbetet har de skapat en gemensam journalmall som de hoppas kommer att innebära en större enhetlighet i diagnossättning och åtgärdsregistrering och på så sätt en större tydlighet i att kommunicera vad kuratorerna gör och varför. I och med att hälsotillstånden är identifierade liksom de åtgärder som kan kopplas till respektive tillstånd menar kuratorerna att uppföljningar kommer att kunna ske på ett sätt som inte har kunnat göras tidigare. Journalanteckningar och sökord utifrån en gemensam mall kan ge de data som möjliggör uppföljning av prioriteringar.

Kuratorsmallen inleds med ”Initiativ till/kontakt från” och ”Kontaktorsak”. Därefter finns rubriken ”Anamnes” där kuratorerna försökt utgå från ICF och formulerat dessa faktorer på ett för dem användbart sätt;

- **Anamnes**

- ***Kroppsfunktion***

- Psykiska funktioner

- Emotionella funktioner (b152)

- Kris

- Sorg

- Depression

Aktivitet och delaktighet

Uppgifter och krav (d200)

Att hantera stress och andra psykologiska krav (d240)

Mellanmännsliga interaktioner och relationer (d700)

Informella sociala relationer (d750)

Familjerelationer (d760)

Intima relationer (d770)

Omgivningsfaktorer

Boende

Utbildning

Fritidsintressen

Ekonomiskt liv

Alkohol

Droger

Nästa steg i journalmallen är avsnittet ”Bedömning” som görs utifrån KVÅ-koderna. Det som bedöms är emotionella funktioner, levnadsomständigheter och suicidrisk. Därefter kommer en förteckning över åtgärder, också utifrån KVÅ, till exempel olika typer av samtal, närståendestöd, samordningsfunktion, information och undervisning om hälsa - ohälsa (patientskola, behandling i grupp), telefonsamtal, utredning, anmälan enligt lag, medverkan i teambesök, skicka remiss, extern kontakt etc.

- **Åtgärd** (utifrån KVÅ)

Samtal (olika typer av samtal)

Närståendestöd QT011

Anhöringsamtal XS001

Samordningsfunktion AU120

Konferens med patient (vårdplanering, nätverksmöte) XS007

Information och undervisning om hälsa - ohälsa (QV001)

Patientskola GB002

Behandling i grupp (psykosocial inriktning) QV001

Telefonsamtal

Med patient XS012

Med anhörig (företrädare för patienten) XS011

Utredning – psykosocial AU004

Anmälan enligt lag GD001

Smittskyddslagen

Socialtjänstlagen

Medverkan i teambesök och gruppteambesök XS010**Smittspårning AV079**

Påbörjad

Avslutad

Skicka remiss XT001**Svar remiss****Extern kontakt XS005**

Journalmallen avslutas med ”Planerade åtgärder” och diagnos-/åtgärds-koder även dessa med ovanstående KVÅ-koderna som sökord.

Kuratorerna i Norrbottens läns landsting har sedan tidigare arbetat för att ha en enhetlig struktur på journalföringen, med gemensamma sökord och manual. Där har prioriteringsarbetet inte påverkat journalföringen. Däremot menar de att ett kommande utvecklingsarbete skulle kunna vara att ta ställning till om och hur ICF och KVÅ skulle kunna införas i kuratorsverksamheten och eventuellt justera journalföringen. Oavsett journalsystem trycker också de på vikten av att hitta ett system för att följa upp hur resultatet av prioriteringarna används. Mötet med patienten i vardagen kräver att den enskilde kuratorn kan ta hänsyn både till det utförda prioriteringsarbetet men också se den enskilde patienten som unik, i ett helhetsperspektiv. System behövs också för att följa upp prioriteringsarbetet på verksamhetsnivå, vid uppföljningar av olika beslut och när nya beslut fattas exempelvis vid tillskott eller neddragningar av resurser.

7.1.3 Samlad erfarenhetsbaserad kunskap

”Prioriteringsarbetet har varit ytterligare ett sätt att vaska fram det guld av kunskap som finns i kuratorsgruppen”. Så beskriver kuratorerna i Norrbotten en av fördelarna med prioriteringsarbetet Vid de återkommande länsträffarna. har de ett diskussionsforum för att samverka och synliggöra den kompetens som finns i yrkeskåren, och prioriteringsarbetet har både i samband med utförandet men även efteråt varit en av flera viktiga diskussionsfrågor. Även kuratorerna i Kalmar läns landsting instämmer i värdet av gemensamma diskussioner. De gemensamma arbetsdagarna, då alla kuratorer har varit inbjudna tillsammans med ansvariga chefer, men även arbetet på hemmaplan har möjliggjort tillfällen för reflektion och tydliggörande av den erfarenhetsbaserade kunskapen.

7.1.4 Resursfördelning och avgränsningar i kuratorsuppdraget

I båda kuratorsverksamheterna fanns en önskan om att med hjälp av prioriteringsarbetet både klargöra en lämplig resursfördelning och att avgränsa kuratorernas uppdrag. Båda verksamheterna vittnar om att avgränsningarna nu blivit tydligare, både i direkt patientmöte och i mötet med samverkanspartner.

Ute i verksamheten har arbetet gett stöd för vilka åtgärder som ska eller inte ska utföras av den enskilde kuratorn. Prioriteringsarbetet har varit till stöd då verksamheter tvingats till neddragningar av personal. Det har då underlättat en omstrukturering av det dagliga arbetet.

Sammantaget är upplevelsen att kuratorernas arbetsuppgifter kommer att vara mer tydligt kopplade till deras formella kompetens. I Kalmar län har lathundar skapats som ska finnas tillgängliga som hjälp både för kuratorerna själva och för övrig vårdpersonal.

Dessa innehåller information om anhörigstöd (tillgång till anhörigombud, korttidsboende), boende (för bostadslösa patienter), ekonomi (när inneliggande patient inte kan betala räkningar, fullmakter, god man/förvaltare), kommunala frågor (hemtjänst, särskilt boende, trygghetslarm, personlig assistent, bostadsanpassning, hjälpmedel) och information om möjlig hjälp vid missbruk. Lathundarna tar upp en del av de frågor som tidigare ställts till enskild kurator. Lathundarna ska nu enhetligt redigeras och ingå i kommunikationsplanen till de medicinska enheterna.

Men även om tydligheten i kuratorns uppdrag beskrivs som en positiv effekt av prioriteringsarbetet finns också en baksida. I Kalmar län är ledningen medveten om att prioriteringsarbetet delvis har skapat en oro hos den enskilda kuratorn. Osäkerheten har varit kopplad till eventuella negativa reaktioner från de medicinska enheter som kuratorerna normalt arbetar för när dessa enheter inte fortsättningsvis har tillgång till kuratorns åtgärder på samma sätt som de är vana vid. Oron hos kuratorerna handlade också om att kanske inte behövas om vissa uppgifter tas bort. De har mötts av blandade reaktioner från de medicinska enheterna: å ena sidan fick bland annat en av enheterna upp ögonen för nya användningsområden för kuratorn (från att ha erfarenhet av kuratorn som huvudsaklig praktisk fixare kom de att förstå att de även kan använda kuratorn vid olika krisreaktioner hos deras patienter), å andra sidan uppstod frågan vem som nu ska göra de uppgifter som de brukar få hjälp av kuratorn med.

En förändrad resursfördelning behöver följas upp av en konsekvensbeskrivning utifrån vilka och hur många patienter som har berörts, om en övervältring har ägt rum och gett organisatoriska konsekvenser. Denna typ av uppföljning menar verksamhetsledningen i Kalmar län inte ska ske för snabbt, kanske efter ett år, och då initieras via LänsFoU. En annan typ av uppföljning kan vända sig till företrädarna för de kliniker som enskild kurator arbetar för med frågor som; får enskild enhet den insats de anser att deras patienter behöver? Uppföljning kan också ske genom patientutvärdering: får enskild patient den insats av kurator som gör skillnad för personen?

En annan viktig fråga som hänger samman med framtida resursfördelning är att fundera vidare kring vilken kompetens som kommer att behövas för att klara de framtida uppdragen för kuratorn – i dag finns det inom HRK en önskan om att kuratorerna, förutom socionomutbildning, ska ha en vidareutbildning i grundläggande psykoterapi, dvs steg 1-utbildning. Att nu prioriterade hälsotillstånd och vårdkedjor tydliggjorts upplevs underlätta för att skapa en långsiktig övergripande kompetensplanering som sedan kan ligga till grund för individuella kompetensplaner.

7.1.5 Skapandet av samsyn och vägledning

Det kanske viktigaste resultatet av prioriteringsarbetet beskrivs i Norrbotten vara att det har fördjupat förståelsen och samsynen inom kuratorsgruppen i länet. Det har varit viktigt att alla kuratorer varit delaktiga i processen och de återkommande diskussionerna längs vägen. Det är under processens gång som samsyn uppstått, vilket är en förutsättning för att kunna erbjuda norrbottningarna en likvärdig vård. *”Det är vägen som är mödan värd”*.

Ökade förutsättningar för likvärdig vård uppfattas även vara ett viktigt resultat i Kalmar län. Enskilda kuratorer i Kalmar läns landsting har haft önskemål om att prioriteringsarbetet där skulle fungera som en styrning av deras arbete som inte har funnits tidigare. Tidigare har det varit mer upp till den enskilda kuratorn att göra olika val, vilka patienter man möter, längd på kontakt (antal samtal) etc. Ökad samsyn har nu uppnåtts även om det i kuratorsgruppen finns de som önskat komma ännu längre t ex genom att skapa överenskommelser kring längd på kontakt.

Ett annat intressant sätt att arbeta mot en ännu större *samsyn* är om någon profession eller verksamhet tar ett nationellt grepp för att diskutera prioriteringar. Kuratorerna i Norrbottens läns landsting ställde sig frågan om det skulle vara möjligt och önskvärt att genomföra ett nationellt prioriteringsarbete för kuratorer? Ja säger de, ett nationellt övergripande arbete skulle förmodligen vara möjligt att genomföra men det skulle kräva kompetent och god ledning vad gäller både prioriteringsarbete och kuratorsverksamhet samt inte minst omfattande arbetsinsatser. Vinsterna skulle vara att verksamheter som saknar organisatoriska förutsättningar att genomföra ett prioriteringsarbete för kuratorer skulle kunna dra nytta av ett nationellt genomfört arbete. Likvärdigheten i det kuratorsarbete som utförs över landet skulle öka. En tänkbar risk är att nationellt övergripande prioriteringar skulle kunna tolkas allt för bokstavligt och få negativa konsekvenser på så sätt att det troligen inte fullt ut skulle kunna belysa helheten och kontexten i kuratorns vardag. Att inte själv vara delaktig i ett prioriteringsarbete kan möjligen också påverka acceptansen för de prioriteringar som tas fram.

8. VAD FINNS ATT LÄRA AV KURATORERNAS PRIORITERINGSARBETE?

Två kuratorsverksamheter, från början ovetandes om varandra, har nu prövat att genomföra systematiska prioriteringsarbeten med stöd av den nationella modellen för öppna prioriteringar. Deras arbeten har många likheter med varandra men också skillnader både i hur man valt att tillämpa modellen och hur arbetet lagts upp. Även om deras fokus har varit unikt, med siktet inställt på sociala och psykosociala behov och åtgärder, så liknar i mycket deras erfarenheter de som andra professioner och verksamheter gjort i andra prioriteringsarbeten. Det finns med andra ord mycket lärdom att hämta för andra kuratorer som önskar arbeta systematiskt med prioriteringar med riksdagens etiska plattform och riktlinjer som grund. Nedan sammanfattas kortfattat några av dessa erfarenheter samt möjliga utvecklingsbehov.

8.1 Att tillämpa den nationella modellen inom kuratorsverksamhet

För att diskutera prioriteringar behövs *en systematisk metod* vilket båda kuratorsenheterna samstämmt skriver under på. Den nationella modellen upplevdes framför allt underlätta en öppen diskussion med tydliga ramar för vad som bör lyftas i resonemanget om prioriteringar. Ställningstaganden vad det gäller den etiska plattformen är dock inte självklara och oftast inte enkla. Vilka hälsoproblem (oavsett om de är medicinska, psykiska eller sociala) kan anses som svårare än andra? När ger åtgärder så god patientnytta att de talar för en hög prioritet? Och när är kostnaderna för dessa insatser rimliga i relation till vad patienter kan vinna i hälsa? Trots att detta är beslut som dagligen görs vittnar många verksamheter om en ovana att verbalisera och motivera dessa ställningstaganden. Så ock kuratorerna i detta arbete. Bedömningarna i nationella modellen upplevdes här som ett nytt tankesätt, svårt och tidskrävande, likväl som stimulerande och givande.

Modellen innehåller många moment som kräver gemensamma diskussioner för att skapa konsensus kring *begrepp och olika skalor*. Att definiera tillstånd och åtgärder är ett omvittnat tidskrävande moment i ett prioriteringsarbete. En av kuratorsverksamheterna har valt att använda etablerade klassifikationer, ICF och KVÅ, vilket i det långa loppet kan underlätta detta moment. Innan klassifikationer är etablerade i en verksamhet krävs dock ett mått av gemensamt arbete för att skapa en samsyn kring betydelsen av olika begrepp. Diskussioner kring innebörden av tillstånd och åtgärder kommer troligen alltid att vara ett viktigt moment för att tydliggöra prioriteringar i en verksamhet.

När det gäller innebörden av de olika skalor som finns i nationella modellen är de i dagsläget inte definierade. Referenser för vad som är t ex mycket stor kontra stor svårighetsgrad skapas av dem som tillämpar modellen. I och med att fler och fler tillämpar modellen skapas så småningom fler och fler bilder av vad som rimligen kan ingå i de olika graderingarna. Sedan år 2011 pågår ett utvecklingsarbete i Prioriteringscentrums regi med ett beslutstöd för prioriteringar på individnivå. Det tar också sin utgångspunkt i riksdagens riktlinjer och den etiska plattformen och överensstämmer i stort i sina bedömningsvariabler med den nationella modellen. Skillnaden är att här definieras innebörden i de olika skalstegen. På längre sikt kanske den typ av manual även skulle kunna tas fram för nationella modellen som ytterligare stöd för prioriteringsdiskussioner på grupp/policynivå.

En större fråga när det gäller förståelse för den nationella modellen är förstås de **tolkningar av riksdagens riktlinjer** för prioriteringar som modellen vilar på. Prioriteringsarbetet som kuratorerna utfört har aktualiserat frågan om hur människovärdesprincipen ska tolkas. Enligt den får inte omgivningsfaktorer som t ex sociala förhållanden utgöra prioriteringsgrund. För kuratorer har omgivningsfaktorer en stor betydelse för att avgöra behovet av psykosocialt stöd. Socialstyrelsen har i en uppföljning som utfördes år 2007 påtalat behovet av att förtydliga vissa saker i riktlinjerna (Socialstyrelsen 2007, Prioriteringscentrum 2007). Hur vården ska förhålla sig till omgivningsfaktorer borde vara en sådan fråga att diskutera då den inte bara har bäring inom kuratorsverksamheter utan även spelar en viktig roll inom andra verksamheter i vården.

8.2 Att skapa en arbetsprocess

Även om den nationella modellen visade sig vara ett viktigt verktyg för kuratorernas prioriteringsarbete är ett sådant arbete långt mer än en teknik, det är ett samtal och arbetsprocess som bedrivs i en **kontext**. Inom rehabiliteringsverksamheterna i Kalmar läns landsting har t ex ledningen konsekvent valt att använda sig av den nationella modellen för verksamhetens olika professioner under ett antal år. De menar att de med denna metod har hittat ett sätt att kommunicera möjligheter och svårigheter i yrkesroller och uppdrag mot såväl patienter, medarbetare som landstingsledning. För kuratorerna i Kalmar län har prioriteringsarbetet med andra ord utförts i ett organisatoriskt sammanhang där nationella modellen är känd och används som ingång till vidare utvecklingsarbete.

Även för kuratorerna i Norrbotten har prioriteringsarbetet varit en del av ett pågående utvecklingsarbete, där tidigare utvecklingsarbeten länkats in i frågan om prioriteringar och där arbetet med prioriteringar sedan länkat vidare i ytterligare utvecklingsarbeten. Prioriteringsarbete är med andra ord sällan en artskild aktivitet i en verksamhet utan har många beröringspunkter med kvalitetsarbeten och andra typer av utvecklingsarbeten.

Liksom i alla andra utvecklingsarbeten måste även här poängteras vikten att ha ett tydligt *syfte* med prioriteringsarbetet. Verksamhetsledningen i Samrehab och HRK understryker att det är viktigt såväl med ett grundsyfte (i deras fall ”Rätt insats, vid rätt tillfälle på rätt vårdnivå”) men också ett mer handfast och konkret syfte. Att förankra och att anpassa syftet utifrån den lokala verksamheten är något som ledningen här fortsatt kommer sträva efter. Vikten av detta har bekräftats i kuratorernas arbete där yrkesgruppen träffats och gått på djupet i professionsfrågor. Ledningen menar att det är ur detta, lokalt förankrade sätt att arbeta med prioriteringar som man når en förståelse för syftet och på så sätt hittar motivation att genomföra verksamhetsutveckling.

Det upplevs också viktigt att det finns ett *stöd* i organisationen, gärna på flera nivåer. Att ha ett chefsbeslut på att arbetet ska utföras, att skapa en tydlig ledning för själva arbetet och att dessutom ha tillgång till metodstöd kring nationella modellen är en erfarenhet som kuratorerna delar med många andra. Det går att spara in på många (men inte alla!) diskussioner om hur modellen är tänkt att tillämpas om tillgång finns till sådant stöd. Att läsa hur andra tillämpat modellen är av stort värde men kan behöva kompletteras med professionellt stöd för att inte ramla i samma gropar som andra. I Kalmar län har man med stöd av Prioriteringscentrum med åren byggt upp en organisation med lokala metodstödjare med stor erfarenhet av att tillämpa modellen.

Från Norrbotten kommer rådet att *avgränsa* sitt prioriteringsarbete. Det är en nödvändighet för att arbetet ska vara hanterbart och arbetsinsatsen rimlig. En genomtänkt avgränsning underlättar för deltagarna att behålla fokus och motivation. Det ökar förutsättningarna att arbetet slutförs och kommer till användning i den dagliga verksamheten. ”*Den som gapar efter mycket mister ofta hela stycket*”.

En annan erfarenhet gäller *sammansättningen av deltagarna* i prioriteringsarbetet. Beroende på vad arbetet syftar till kan detta variera. Att ta fram gemensamma prioriteringar för en patientgrupp kan gynnas av en mångprofessionell sammansättning. Ibland behövs dock professionsvisa prioriteringsarbeten som i detta fall när en yrkesgrupp för första gången skulle ge sig på att öppet diskutera sina prioriteringar. Öppenhet när det gäller prioriteringar kan handla såväl om intern som extern öppenhet.

Ofta finns en ovana att mer systematiskt diskutera prioriteringar också inom en profession eller verksamhet. Många av kuratorerna i Kalmar län hade arbetat på sin klinik i många år och hamnade lätt i försvar av befintliga prioriteringar som vuxit fram i verksamheten. En synpunkt om en kuratorsåtgärd kan lätt uppfattas som kritik av den enskilda medarbetare som brukar tillämpa just den åtgärden. Att vidga diskussionerna till att gälla andra enheter än de närmaste kollegorna kan öppna upp och bädda för givande erfarenhetsutbyte. Kuratorerna i Kalmar län föredrog därför att föra sina diskussioner i storgrupp .

En annan gemensam erfarenhet med andra prioriteringsarbeten är att hålla ett relativt högt tempo i processen för att inte mellan träffarna glömma bort hur tankarna och resonemangen gick.

Slutligen, prioriteringsarbete är sällan ett moment i en verksamhet som genomförs vid ett tillfälle och då upplevs som den fulländade processen. Båda verksamheterna i denna rapport vittnar om att prioriteringsarbeten kräver tålamod att tillåta *successivt lärande* med att arbeta med prioriteringar. Ur ett verksamhetsledningsperspektiv i Samrehab och HRK är kuratorernas prioriteringsarbete en del av verksamheternas långsiktiga arbete. Detta arbete fortsätter kontinuerligt och successivt förädlas användandet av den nationella modellen för prioriteringar. Ledningen menar att de har lärt sig att förädlingen tar tid och att tålamod är en nyckel. *Långsiktighet* diskuteras även bland Norrbottens kuratorer. Det är en framtida utmaning att återkommande genomföra prioriteringsarbeten, för att behålla det framtagna prioriteringsdokumentet aktuellt och levande. I utmaningen ligger att bevara entusiasm och energi och att med eller utan externt stöd lyckas komma vidare i processen, att ”mogna” i sitt förhållningssätt till att både genomföra och i vardagen tillämpa gemensamt fastslagna prioriteringarna.

Den nationella modellen för öppna prioriteringar har nu prövats av kuratorer både i norr och söder och det har visat sig att den fungerar som ett stöd även för denna yrkesgrupp, men kräver (liksom för andra) tid, engagemang och tydlig ledning. De genomförda arbetena har bidragit till en utveckling av det kuratorsarbete som utförs men också synliggjort behov av fortsatt utveckling inom flera områden som t ex uppföljning av nyttan med kuratorns insats. Prioriteringsarbetet har med andra ord givit viktiga ringar på vattnet.

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 läns landsting. 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 regionsamverkan. Linköping. PrioriteringsCentrum. Rapport 2011:1.

Broqvist M. 2006. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster prövar metod för prioriteringar – ett samarbetsprojekt mellan FSA och LSR. Linköping. Prioriteringscentrum. Rapport 2006:5.

Broqvist M, Branting Elgstrand M, Carlsson P, Eklund K & Jakobsson A. 2011. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Linköping. Prioriteringscentrum, Rapport 2011:4.

Carlsson P, Kärvinge C, Broqvist M, Eklund K, Hallin B, Jacobsson C, Jacobsson Ekman G, Källgren 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.

Cullberg J. 2006. Kris och utveckling. Stockholm: Natur och Kultur.

Edin U, Gunnarsdotter A, Tegnevik T, Broqvist M (red). 2011. Att prioritera i team i tvärprofessionell verksamhet. Ett exempel från habiliteringen. Linköping. Prioriteringscentrum. Rapport 2011:6

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.

Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. 1989.
<http://unicef.se/barnkonventionen>. Hämtat 2013-05-24.

FSA, LSR. 2008. Samtal om öppna prioriteringar. Ett studiematerial från Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. FSA, Nacka.

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

Jergeby U & Sundell K. 2008. Evidensbaserat socialt arbete. I Jergeby U. (red). Evidensbaserad praktik i socialt arbete. Mölnlycke: Gothia Förlag.

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

Lundin A, Benkel I, de Neergaard G, Johansson B-M & Öhring C. 2007. Kurator inom hälso- och sjukvård. Studentlitteratur.

Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979 Apr;134:382-9.

National Comprehensive Cancer Network. <http://www.nccn.org/index.asp>. Hämtat 2013-06-03.

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.

Rane K, Wajngot A, Wändel P E, Gåfvells C. 2011. Psychosocial problems in patients with newly diagnosed diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2011 Sep;93(3):371-8.

Socialdepartementet 1974. Abortlagen (1974:595).

Socialdepartementet. 1982. Hälso- och Sjukvårdslag (1982:763, 1997:142, 2009:979).

Socialdepartementet 1983, Lag 2009:979.

Socialdepartementet 1984. Lagen om insemination (1984:1140).

Socialdepartementet 1988. lagen om befruktning utanför kroppen (1988:711).

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

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

Socialdepartementet 2004. Smittskyddslagen (2004:168).

Socialstyrelsen. 2003. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion. Material från Socialstyrelsens e-plats, www.sos.se/plus/skrift.htm. 2012-11-21.

Socialstyrelsen 2006. God vård: Om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen 2002. Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret (SOSFS 2002:1).

Socialstyrelsen 2007. Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens analys utifrån rapporten ”Vårdens alltför svåra val?”. <http://www.socialstyrelsen.se>

Socialstyrelsen 2009. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning (SOSFS2009:32).

Socialstyrelsen. Klassifikation av vårdåtgärder KVÅ. Material från Socialstyrelsens e-plats, www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva. Hämtat 2013-05-20.

Socialstyrelsen. Exempel på lathund inom kuratorsområdet. <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva/exempel-pa-lathundar>. Hämtat 2013-05-20.

Socialstyrelsen 2011. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

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

Sundhetsstyrelsen. 2009. <http://www.sst.dk/Publ/Publ2009/MTV/Patientuddannelse/Patientuddannelse.pdf> f. Hämtat 2013-06-04.

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

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

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatry Scand* 1983; Jun ; 67(6):361-30.

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 Ijuset 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 och 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 och 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 och 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 ³/₄ 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 och 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 och Sven-Olof Junker.

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

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

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

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

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

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

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

2008:1 Kan rättvisa procedurer stärka förtroendet för prioriteringar? Ann-Charlotte Nedlund och 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 och Ulf Stenstrand.

2008:4 Prioritering av multisjuka 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 och 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 Tvärprofessionell 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 och 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.

2010:4 Öppna prioriteringar i Landstinget Västmanland. Ann Östling, Per Weitz, Karin Bäckman och Peter Garpenby.

2011:1 Öppna prioriteringar inom nya områden. Logopedi, nutritionsbedömning, habilitering och arbetsterapi. Eva Andréén, Mats Andréén, 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 och Anders Jakobsson.

2011:5 Öppna prioriteringar och extern legitimitet. En experimentell undersökning om hur människor uppfattar information om prioriteringar av sjukvård. Jenny de Fine Licht.

2011:6 Att prioritera i team i tvärprofessionell verksamhet. Exempel från habilitering. Ulrike Edin, Anette Gunnarsdotter, Tomas Tegnevik och Mari Broqvist (red).

2011:7 Att tillämpa den etiska plattformen vid ransonering. Fördjupad vägledning och konsekvensanalys. Lars Sandman och Gustav Tinghög.

2012:1 Triage som prioriteringsinstrument på akutmottagning - en etisk analys av RETTS. Lars Sandman, Niklas Ekerstad och Katrin Lindroth.

2012:2 Prioritering och finansiering av läkemedel för behandling av patienter med sällsynta sjukdomar. Per Carlsson, Mikael Hoffmann, Lars-Åke Levin, Lars Sandman och Johanna Wiss.

2013:1 Ett decennium senare - Resursfördelningsprocessen i Landstinget i Östergötland 2012. Karin Bäckman.

2013:2 Multikriteriaanalyser vid prioriteringar inom hälso- och sjukvården - kriterier och analysmetoder. Erik Gustavsson och Johanna Wiss.

2013:3 Kuratorer prioriterar - Tillämpning av den nationella modellen för öppna prioriteringar. Helena Bucht, Birgitta Hall, Ingrid Johansson, Sofia Erlandsson, Agneta Tinnert, Titti Fränkel, Mari Broqvist