

Ett praktiskt försök
Nationell prioriteringsmodell tillämpad i
Landstinget i Kalmar Län

*Monica Ahlström, Ulrika Blomé, Mari Broqvist,
Ingrid Göransson, Anna-Karin Nilsson, Ulla Pettersson*

PrioriteringsCentrum 2008:5

ISSN 1650-8475

FÖRORD

Under de senaste fem åren har jag i mitt arbete vid PrioriteringsCentrum fått uppleva ett sådant accelererande intresse för prioriteringsfrågor och vilja till metodutveckling inom arbetsterapi och sjukgymnastik som på många sätt skulle jag vilja påstå saknar motstycke inom svensk hälso- och sjukvård idag. Från att vara i det närmaste en icke-fråga står viljan till systematiskt prioriteringsarbete högt både på verksamheternas agenda och hos de förbund som organiserar dessa yrkesgrupper. I denna rapport får ni ta del av det första systematiska försöket inom rehabilitering i Sverige att tillämpa den nationella modellen för prioriteringar i klinisk vardag. Jag har, med uppdrag att vara ett metodstöd, haft förmånen att på nära håll få följa detta arbete liksom jag tidigare följt modellprojektet i Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) samt framtagande av den nationella modellen. Sammantaget ger detta mig anledning att fundera över var vi står idag när det gäller tillämpning av modellen.

Det är uppenbart att det sätt att tänka som finns i modellen inte faller självklart på plats. Ändå menar de som prövat, som t ex nu projektgruppen i Kalmar län att den är helt självklar och rimlig. Vari ligger då svårigheten? En förklaring tror jag handlar om hur själva begreppet prioriteringar används. Fortfarande har det en negativ klang, förväxlas lätt med ransoneringar och därmed finns hos flera ett inbyggt motstånd mot att överhuvudtaget arbeta med frågan. Den första utmaningen att ta sig an är därför att lyckas förmedla bilden av prioriteringsarbete som ett sätt att uppnå en så rättvis vård som möjligt i bemärkelsen att riksdagens etiska plattform verkligen tillämpas. Att sedan göra prioriteringar öppet kommer alltid att vara svårt, oavsett vilken modell vi väljer.

Ett annat problem verkar handla om behovsbegreppet. För många är stora behov synonymt med hur ”sjuk” man är. Mitt intryck är att många som arbetar i vården är vana att tänka endimensionellt när det gäller prioriteringar; antingen prioriterar man efter tillståndets olika svårighetsgrad *eller* prioriterar man efter hur angelägna olika åtgärder är. Att kombinera dessa båda aspekter i enlighet med riksdagens riktlinjer måste medvetandegöras och ges tid att sätta sig.

I och med det projekt som här presenteras har flera viktiga steg tagits för att göra den nationella modellen ännu mer konkret och tillämpbar. Det finns nu t ex ett lovande initiativ att försöka definiera olika svårighetsgrader och olika grader av patientnytta, ett försök som också inrymmer ambitionen att använda sig av ICF:s begrepp. Även riskbedömningen, som också var ett område som i modellprojektet pekades ut som viktigt att utveckla, har här bearbetats.

Liknande försök har gjorts t ex inom hjälpmedelsverksamheten i Västerbottens läns landsting

(<http://Websrv1.vll.se/Ramverk.nsf/Hjalpmedelshandbok?OpenFrameSet>). Jag ser med spänning fram mot att andra verksamheter prövar och utvärderar dessa olika instrument och på så sätt bidrar till den fortsatta utvecklingen på området.

I detta projekt har med rätta lagts mycket energi på att underlätta dokumentationen av prioriteringar bl a genom att integrera dessa med behandlingsriktlinjer. Arbete med behandlingsriktlinjer kan ibland uppfattas som artskilt från prioriteringsarbete trots att det i båda fallen handlar om att välja ut de insatser som ger den största nyttan vid olika tillstånd. Att förmedla sambandet mellan prioriteringsarbete och annat kvalitetsarbete är troligen viktigt för motivationen och känslan av sammanhang. Att integrera arbetet med behandlingsriktlinjer och prioriteringar har bl a diskuterats i LSR liksom av Föreningen Sveriges Habiliteringschefer, båda mycket lovvärda initiativ.

Hur kan då det framtida användandet av den nationella modellen komma att se ut? Hittills har vi framför allt betraktat den som en tankemodell för prioriteringar på gruppnivå. Eva Arvidsson och medarbetare har dock undersökt hur primärvårdsläkare och sköterskor resonerat kring modellen i mer patientnära arbete (CMT 2007:6). Användbarheten på individnivå är högst intressant eftersom riksdagens riktlinjer för prioriteringar gäller för alla nivåer i sjukvården – också i mötet mellan den enskilda behandlaren och patienten. Oprövad är också användningen av modellen som resursstyrande samt hur öppenhet vad det gäller prioriteringar mot allmänheten bör se ut eller hur den skulle tas emot. När det gäller öppenheten i Kalmar län är den än så länge en intern öppenhet inom landstinget, vilket i sig fortfarande är ovanligt om vi ser till Sverige i stort.

Det är naturligtvis fortfarande svårt att säga hur ett ”optimalt” prioriteringsarbete ska gå till. Vissa av de svårigheter som diskuteras i denna rapport och som har att göra med tolkningen av riksdagens riktlinjer, måste lösas på nationell nivå på initiativ från regeringen. Kunskapsstöd om prioriteringar byggs kontinuerligt upp t ex i form av studiecirkelmateriel som nu finns tillgängligt via FSA och LSR. Att bygga upp och sprida goda exempel kommer också fortsättningsvis att vara viktigt för alla som vill starta ett mer systematiskt prioriteringsarbete.

Till sist, stort tack till er i Kalmar län som vågat ge er in på vägar som ni inte alltid vetat vart de skulle leda och vågat prova utan att från början ha haft alla svaren och att jag fick vara med er på den resan.

Linköping maj 2008-05-30

*Mari Broqvist
Konsult
PrioriteringsCentrum*

SAMMANFATTNING

Idag finns en nationell modell för hur öppna vertikala prioriteringar kan genomföras. Den är resultatet av de samlade erfarenheterna av att omsätta riksdagens riktlinjer för prioriteringar i praktiskt prioriteringsarbete. Modellen är framtagen av Socialstyrelsen, PrioriteringsCentrum samt flera vårdförbund och landsting gemensamt. Också FSA och LSR har ställt sig bakom den. Fram tills nu har det dock saknats praktisk erfarenhet av att tillämpa modellen inom arbetsterapi och sjukgymnastik. Men sedan drygt två år tillbaka har de båda rehabiliteringsenheterna Samrehab och Rehab Söder i Landstinget i Kalmar län med stöd av PrioriteringsCentrum bedrivit ett prioriteringsarbete i enlighet med modellen. Det är deras erfarenheter denna rapport handlar om.

Prioriteringsarbetet har med nära stöd av verksamhetsledningarna letts av en projektgrupp bestående av arbetsterapeuter och sjukgymnaster från de båda enheterna som fungerat som handledare, ansvarat för metodutveckling och utbildning samt kontinuerligt utvärderat arbetet. Själva tillämpningen av den nationella modellen har ett antal utvecklingsgrupper inom olika specialistområden stått för. De har valt ut och rangordnat tillstånd och olika åtgärder som de ansett angelägna att ta fram prioriteringar för.

Ett av syftena med prioriteringsarbetet i Samrehab och Rehab Söder var att få till stånd länsövergripande prioriteringar inom vissa verksamheter och/eller för vissa sjukdomstillstånd för en mer likvärdig vård. Idag finns elva sådana prioriteringsordningar presenterade på landstingets intranät och ytterligare ett tiotal är under bearbetning. Utöver vinsterna med det förbättrade samarbetet mellan länsdelarna har alltså den interna öppenheten i prioriteringarna ökat. Alla anställda kan lätt få fram prioriteringsordningarna via basenheternas hemsidor när man behöver det. Andra vinster av prioriteringsarbetet är att kännedomen och kunskapen om riksdagens riktlinjer för prioriteringar har ökat, att en större del av basenheternas verksamhet idag är faktabaserad än innan prioriteringsarbetet startade samt att den kliniska erfarenheten har tillvaratagits och dokumenterats på ett mer systematiskt sätt än tidigare. Det har dessutom skett en utveckling av den nationella modellen som har blivit mer konkret vad det gäller svårighetsgrad och nytta. En majoritet av deltagarna i utvecklingsgrupperna har haft en positiv inställning till att arbeta med prioriteringar utifrån modellen och upplever också att de erhållit ett språk som gör det möjligt att kommunicera prioriteringar med politiker och landstingsledning.

I rapporten presenteras också de frågor kring modellens olika steg som dykt upp under arbetets gång. Tre frågor har dominerat; syftet med prioriteringsarbetet, tolkningen av modellen samt dokumentationen av prioriteringsarbetet.

II

Syftet har inte alltid upplevts som helt klart och sambandet mellan prioriteringsarbetet och annat kvalitetsarbete som t ex framtagande av behandlingsriktlinjer har varit otydligt. När det gäller tolkningen av modellen har t ex graderingen av svårighetsgrad och patientnytta gett upphov till frustration. Också den skriftliga presentationen av prioriteringsordningarna har stundtals upplevts som krånglig och svår att förmedla till övriga medarbetare på ett användbart sätt.

Alla de åtgärder som projektgruppen vidtagit för att underlätta de svårigheter som dykt upp delar de här med sig av i rapporten. Likaså pekar de ut viktiga förutsättningar för ett prioriteringsarbete (som t ex tid, kompetens, kontinuitet och legitima deltagare). Syftet med att pröva om den nationella modellen för öppna vertikala prioriteringar är användbar i Samrehab och Rehab Söders prioriteringsarbete är uppnådd och det har inte framkommit något som ger anledning att ifrågasätta modellens grundstruktur. Förslag har dock givits bl a avseende bedömning av svårighetsgrad och patientnytta för att ytterligare underlätta tillämpningen.

Nu planerar enheterna att gå vidare med sitt prioriteringsarbete, dels genom att fortsätta att ta fram behandlingsriktlinjer som kombineras med prioriteringar men också genom att ytterligare utveckla prioriteringsstödet för de enskilda medarbetarna i deras dagliga patientarbete. Om andra verksamheter i Sverige följer efter detta exempel från Kalmar län med att öppet redovisa hur de hanterar prioriteringar i sin verksamhet kommer ytterligare nya erfarenheter att hjälpa metodutvecklingen på traven.

INNEHÅLL

1. INLEDNING.....	1
1.1 VARFÖR PRIORITERA?.....	1
1.2 RIKSDAGENS RIKTLINJER FÖR PRIORITERINGAR.....	3
2. NATIONELL MODELL FÖR ÖPPNA PRIORITERINGAR.....	6
2.1 ATT BESTÄMMA SYFTE MED ETT PRIORITERINGSARBETE.....	7
2.2 ATT IDENTIFIERA OCH AVGRÄNSA OMRÅDE FÖR PRIORITERING.....	8
2.3 ATT IDENTIFIERA PRIORITERINGSOBJEKT.....	8
2.4 ATT SAMLA OCH VÄRDERA FAKTA.....	9
2.5 ATT VÄGA SAMMAN FAKTA OCH RANGORDNA.....	11
2.6 ATT PRESENTERA EN RANGORDNING.....	12
3. PRIORITERINGSPROJEKTET I LANDSTINGET I KALMAR LÄN.....	13
3.1 REDOVISNING AV PRIORITERINGSPROJEKTET.....	13
3.2 PROJEKTETS SYFTE.....	14
3.3 PROJEKTORGANISATION OCH DELTAGARE.....	14
3.3.1 <i>Projektets ledning</i>	15
3.3.2 <i>Projektgruppen</i>	16
3.3.3 <i>Utvecklingsgrupper</i>	16
3.3.4 <i>PrioriteringsCentrum</i>	17
3.4 GENOMFÖRANDET.....	17
3.4.1 <i>Planering</i>	18
3.4.2 <i>Utbildningsinsatser och information till hela personalgruppen</i>	18
3.4.3 <i>Prioriteringsarbete i utvecklingsgrupper</i>	19
3.4.4 <i>Utvärderingar under projektiden</i>	21
3.4.5 <i>Resursdag</i>	22
3.4.6 <i>Utveckling av begrepp och anvisningar för tillämpning av den nationella modellen</i>	23
3.4.7 <i>Spridning av framtagna prioriteringar</i>	23
4. HUR VI VALDE PRIORITERINGSOMRÅDE.....	25
4.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	25
4.2 UPPLEVDA FÖRDELAR.....	25
4.3 UPPLEVDA SVÅRIGHETER.....	25
4.4 ÅTGÄRDER FÖR ATT UNDANRÖJA HINDER.....	26
5. ERFARENHETER AV ATT VÄLJA PRIORITERINGSOBJEKT.....	28
5.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	28
5.2 UPPLEVDA FÖRDELAR.....	29
5.3 UPPLEVDA SVÅRIGHETER.....	30
5.4 ÅTGÄRDER FÖR ATT UNDANRÖJA HINDER.....	30
6. ERFARENHETER AV ATT BEDÖMA SVÅRIGHETSGRAD.....	32
6.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	32
6.2 UPPLEVDA FÖRDELAR.....	33
6.3 UPPLEVDA SVÅRIGHETER.....	33
6.4 ÅTGÄRDER FÖR ATT UNDANRÖJA HINDER.....	34

7. ERFARENHETER AV ATT BEDÖMA PATIENTNYTTA.....	39
7.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	39
7.2 UPPLEVDA FÖRDELAR.....	39
7.3 UPPLEVDA SVÅRIGHETER	40
7.4 ÅTGÄRDER FÖR ATT UNDANRÖJA HINDER.....	40
8. ERFARENHETER AV ATT BEDÖMA KOSTNADSEFFEKTIVITET.....	44
8.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	44
8.2 UPPLEVDA FÖRDELAR.....	44
8.3 UPPLEVDA SVÅRIGHETER	45
8.4 ÅTGÄRDER FÖR ATT UNDANRÖJA HINDER.....	45
9. ERFARENHETER AV ATT RANGORDNA	46
9.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	46
9.2 UPPLEVDA FÖRDELAR.....	47
9.3 UPPLEVDA SVÅRIGHETER	47
9.4 ÅTGÄRDER FÖR ATT UNDANRÖJA HINDER.....	48
10. HUR PRESENTERADES PRIORITERINGSORDNINGEN OCH FÖR VEM?	49
10.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT VID DOKUMENTATION AV PRIORITERINGARNA.....	49
10.1.1 <i>Upplevda fördelar</i>	49
10.1.2 <i>Upplevda svårigheter</i>	49
10.1.3 <i>Åtgärder för att undanröja hinder</i>	50
10.2 ÖPPENHET INOM LANDSTINGET	52
11. RESULTAT AV UTVÄRDERINGAR I UTVECKLINGSGRUPPERNA	54
12. AVSLUTANDE REFLEKTIONER	59
12.1 VAD VI UPPNÅTT MED VÅRT ARBETE SÅ HÄR LÅNGT	59
12.2 SLUTSATSER KRING DEN NATIONELLA MODELLEN.....	60
12.3 SLUTSATSER KRING ARBETSPROCESSEN	61
12.3.2 <i>Slutsatser om allmänna villkor för prioriteringsarbete</i>	63
12.4 TANKAR OM VÅRT FRAMTIDA PRIORITERINGSARBETE	66
REFERENSER.....	68

1. INLEDNING

”Nästa steg är att pröva principerna i arbetsmetoden i praktiskt prioriteringsarbete. Erfarenheter från ett sådant arbete är viktigt att dokumentera och sprida för den fortsatta utvecklingen av metoder och stöd i andras prioriteringsarbete.”

Ovanstående citat är hämtat från rapporten *”Arbetsterapeuter och sjukgymnaster prövar metod för prioriteringar – ett samarbetsprojekt med FSA och LSR”* (Broqvist 2006 s 56). I den rapporten redovisas ett antal förslag för att skapa mer medvetna och öppna prioriteringar inom rehabilitering och i bättre samklang med riksdagens riktlinjer än vad som hittills varit fallet. Ett av förslagen handlade om att praktiskt pröva den metod för prioriteringar som tidigare diskuterats i ett modellprojekt med Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR). Det är erfarenheter från ett sådant praktiskt prioriteringsarbete inom arbetsterapi och sjukgymnastik i Landstinget i Kalmar län (fortsättningsvis kallat prioriteringsprojektet) som vi kommer att presentera i denna rapport. Rapportens ”vi” utgörs av projektgruppens deltagare som också är rapportens författare tillsammans med Mari Broqvist från PrioriteringsCentrum. Som bakgrund ges en allmän inledning om vad prioriteringar inom hälso- och sjukvård är, riksdagens riktlinjer för prioriteringar samt en presentation av den nationella modellen för öppna vertikala¹ prioriteringar.

1.1 Varför prioritera?

Prioriteringar inom rehabilitering har gjorts så länge som själva företeelsen rehabilitering har existerat. Prioriteringar inom rehabilitering kommer alltid att behöva göras, liksom inom all annan vård. Någon kanske invänder att detta är ett onödigt pessimistiskt synsätt; ska inte istället strävan vara att arbeta för att få tillräckligt med resurser för att tillgodose behoven av rehabilitering i befolkningen? För att bättre förstå varandra är det i sammanhanget viktigt att definiera vad begreppet prioriteringar står för.

Att prioritera innebär att göra ett medvetet val mellan två eller flera alternativ så att en rangordning sker och något sätts före något annat².

¹ Begreppet vertikala prioriteringar är inte helt entydigt men innebär i första hand prioriteringar som görs inom en sjukdomsgrupp, en klinik eller yrkesgrupp (Liss 2004).

² För mer utförliga begreppsdefinition se Liss P-E. 2004. Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys. rapport 2004:9. PrioriteringsCentrum, Linköping.

Så länge som inte allt kan göras för alla samtidigt måste någon typ av rangordning skapas – någon måste komma före någon annan som då får vänta. Detta är ett faktum som det är svårt att bortse från. Inte heller görs lika mycket för alla patienter. Några får långa rehabiliteringsperioder, andra korta, enstaka insatser. Några får låna kostnadsfria hjälpmedel, andra hänvisas till att själva köpa lämpliga produkter på öppna marknaden. Dessa val görs dagligen, ibland under stor vanda, ibland utan att de uppfattas som valsituationer. Prioriteringar sker inte bara i kliniskt arbete utan görs på alla nivåer i hälso- och sjukvården. En rehabiliteringsenhet kan spegla många olika prioriteringar, t ex hur stor del av resurserna som läggs på den ena patientgruppen (t ex psykiatri) jämfört med en annan (t ex strokepatienter). På landstingsnivå kan det handla om hur stor del av tillgängliga resurser som överhuvudtaget ska avsättas till rehabilitering jämfört med t ex opererande verksamhet.

Även om själva grundvalen för prioriteringar är resursbrist (att inte kunna göra allt för alla samtidigt) är det viktigt att påpeka att prioriteringar sker såväl i tider av stabilitet som vid nedskärningar men också då resurser tillförs sjukvården. Vid s k satsningar (d v s tillskott av resurser) görs val (medvetna eller omedvetna) mellan flera möjliga alternativ som t ex ”nya” patientgrupper eller nya behandlingsinsatser. Att prioritera innebär alltså inte att skära ned, även om begreppet ofta används så i vardagligt språkbruk. Att skära ned handlar istället om att *ransonera* vården, d v s att medvetet begränsa vården så att behoven av vård inte blir optimalt åtgärdade (utifrån vad som kunskapsmässigt vore önskvärt). Även om begreppet sällan används i sjukvårdsdebatter så finns det många exempel på ransoneringar som de flesta som arbetar inom offentlig vård väl känner igen. Det kan t ex handla om att acceptera en lägre grad av självständighet för en ”färdigrehabiliterad” patient (s k målransonering), att ha väntetider som inte upplevs som optimala utifrån de behov av vård som finns (s k tidsransonering) eller att helt enkelt lyfta bort vissa insatser från den offentliga vården trots att de förväntas göra nytta t ex vissa hjälpmedel (s k bortval). Ransoneringar kan läggas ut som generella sparbeting på all verksamhet (s k ”osthyvel”) utan särskiljan mellan olika behov av vård. Önskvärt är dock att ransoneringar föregås av prioriteringar – vilka behov ska tillgodoses optimalt och vilka behov ska det inte?

Att verka för användandet av en enhetlig terminologi när det gäller prioriteringar och ransoneringar är troligen ett viktigt steg oavsett om det handlar om samtal på den egna arbetsplatsen eller i mer övergripande sammanhang.

1.2 Riksdagens riktlinjer för prioriteringar

Om utgångspunkten är att prioriteringar i vården inte går att undvika så är det frågan om på vilka grunder dessa ska ske. Ska köprincipen gälla, d v s att människor alltid får sina behov åtgärdade i den ordning de söker vården oavsett vad det gäller för typ av behov? Eller ska lotten få avgöra i vilken turordning eller vilken omfattning som vården ska tillgodose människors behov av vård? Då skulle ju alla ha samma chans att dra en vinstlott. De flesta medborgare i Sverige avfärdar väl dessa principer som orimliga som grund för prioriteringar. Det gjorde också riksdagen när den 1997 beslutade om vilka riktlinjer som ska gälla för prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. Vad som kommit att kallas *den etiska plattformen* utgör kärnan i riksdagens riktlinjer och har inarbetats i nu gällande lagstiftning för hälso- och sjukvården (HSL 1982:763) Den etiska plattformen innebär att prioriteringar inom såväl landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård ska grundas på

Människovärdesprincipen som innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Det är oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka p g a kronologisk ålder, födelsevikt, livsstil, ekonomiska och sociala förhållanden.

Behovs- solidaritetsprincipen som anger att resurserna bör satsas på den människa eller den verksamhet som har de största behoven medan de med mindre behov ska stå tillbaka. Mer av vårdens resurser ska alltså ges de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Behovets storlek bör enligt Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) bedömas efter sjukdomens och skadans svårighetsgrad. Regeringen (Socialdepartementet 1996/97) markerade att behovets storlek sannolikt också beror på dess varaktighet. Detta kan dock inte utgöra enda grunden vid en bedömning om en person har behov av vård eller ej. I behovsbegreppet ingår också nyttan med en insats; man har endast behov av det som gör nytta och motsatt kan det inte finnas behov av något som inte gör nytta.

Kostnadseffektivitetsprincipen slutligen innebär att vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas. Att använda vårdens resurser på ett sätt så att de inte ger bästa möjliga hälsa innebär alltså att handla oetiskt enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Utöver dessa grundläggande etiska principer (som exemplifierades av fyra prioriteringsgrupper) har riksdagen dessutom på olika sätt förtydligat och markerat vad huvudmännen ska beakta vid prioritering.

I rapporten *Vårdens alltför svåra val?* (PrioriteringsCentrum 2007) sammanställs dessa intentioner i ett antal punkter (hämtade från Prioriteringsutredningens slutbetänkande SOU 1995:5, regeringens proposition 1996/97:60 samt Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14);

- Att människor som till följd av sin sjukdom eller skada har nedsatt förmåga till självbestämmande eller tydliggörande av sina behov förtjänar speciell uppmärksamhet vad det gäller att få sina behov av vård bedömda. Bedömningen i det enskilda fallet avgör sedan hur prioriterad den personens behov av olika vårdinsatser ska vara.
- Att behovstäckningen ska vara större för de som är högt prioriterade än för de som är lägre prioriterade.
- Att samtliga *effektiva* vårdåtgärder ska ges hög prioritet när en sjukdoms- eller diagnosgrupp ges hög prioritet. I andra hand får en avvägning ske mellan olika åtgärder.
- Att vårdåtgärder utan nytta inte bör användas och därmed inte ingå bland prioriteringsalternativen.
- Att patienter men också en bredare allmänhet ska ha tillgång till information om på vilka grunder prioriteringar görs och vilka möjligheter man har att påverka dessa prioriteringar.
- Att vid sjukdom och skada ska livskvalitetsrelaterade behov (som t ex symtomlindring) i princip väga lika tungt som hälsorelaterade behov (d v s botande insatser).
- Att vid alla prioriteringar bör möjligheten till att stimulera till, instruera om och ge stöd för egenvård tas tillvara.
- Att hälso- och sjukvård som är reglerad genom lagstiftning får anses garanterad resurser, t ex rättspsykiatrisk vård.
- Att prioriteringar enligt mallar gäller som vägledning på gruppnivå men att bedömning av den enskilda patientens behov kan leda till avsteg från en generell prioriteringsordning.
- Att huvudmännen har frihet att inte budgetera medel för det som ej anses prioriterat. Besluten är styrande för klinisk praxis men undantag får göras av sjukvårdspersonal om starka skäl föreligger. Politiker uppges ha ansvar för fördelning av resurser till olika verksamheter medan val av behandlingsmetod beskrivs som ett ledningsansvar.
- Att olika samhällsaktörer ska samarbeta vad det gäller prioriteringar.

Det har nu gått cirka tio år sedan riksdagen beslutade om dessa riktlinjer. Genomslagskraften av riktlinjerna har dock under årens lopp ifrågasatts bl a vad det gäller öppenheten i prioriteringar (Riksrevisionen 2004). Nyligen lät Socialstyrelsen därför på regeringens uppdrag PrioriteringsCentrum genomföra en bred uppföljning av riktlinjerna (PrioriteringsCentrum 2007).

Uppföljningen skulle bli gälla i vilken grad riktlinjerna har kunnat omsättas i praktiskt arbete. Finns det problem i tillämpningen och vilka behov finns i så fall av förtydliganden eller förändringar av riktlinjerna? Med PrioriteringsCentrums kartläggning som grund har nu Socialstyrelsen lagt fram ett antal förslag till regeringen vad det gäller riktlinjerna för prioriteringar (Socialstyrelsen 2007). I korthet går förslagen ut på att reformera den etiska plattformen (bli att ta bort eller kraftigt omarbete prioriteringsgrupperna) och att utöka densamma med tydliga principer för generella avgränsningar i det offentliga åtagandet.

2. NATIONELL MODELL FÖR ÖPPNA PRIORITERINGAR

Riksdagens riktlinjer för prioriteringar upplevs som värdefulla men är fortfarande till stor del okända och många tolkningsproblem uppstår när det kommer till praktisk handling. Mycket är dock gjort för att försöka konkretisera riktlinjerna. Flera viktiga aktörer som olika landsting, yrkesförbund och inte minst Socialstyrelsen har under flera år arbetat med metodutveckling på området. Ursprungligen drevs utvecklingen med fokus på läkarinsatser. För att se om den metod för prioriteringar som t ex Svenska Läkarsällskapet prövat också var tillämpbar för arbetsterapeuter och sjukgymnaster genomfördes 2005 ett samarbetsprojekt (fortsättningsvis kallat modellprojektet) mellan PrioriteringsCentrum, FSA och LSR där modellen ingående diskuterades av företrädare för primärvård, geriatrik och specialistområdet ortopedisk, manuell terapi. Svaret blev ett otvetydigt ja, modellen borde fungera också inom rehabiliteringsområdet (Broqvist 2006). Flera försök inom omvårdnadsområdet kom fram till samma ståndpunkt (Jacobsson 2006, Vårdförbundet m fl 2004).

Inom modellprojektet konstaterades dock att det fanns ytterligare att göra för att ta ännu ett steg mot en gemensam arbetsmodell som skulle kunna omfatta alla vårdprofessioner och gynna gränsöverskridande prioriteringsarbete. Att skapa en sådan modell ansågs ha flera fördelar - inte minst för att skapa samsyn i vad som bör ingå i vertikala prioriteringar, underlätta diskussioner och jämförelser samt för att kunna utnyttja material som andra tagit fram. På initiativ av Socialstyrelsen och PrioriteringsCentrum påbörjades sedermera ett arbete med att samla ihop de erfarenheter som hittills byggts upp i landet av att arbeta med systematiska vertikala prioriteringar (Carlsson et al 2007). Tillsammans med representanter från flera landsting och vårdförbund enades man kring vad som idag framstår som den mest rimliga praktiska tolkningen av riksdagens riktlinjer. Den arbetsmodell som blev resultatet av det arbetet har också FSA och LSR ställt sig bakom. Den nationella modellen består av följande steg;

- Identifiering och avgränsning av område för prioritering
- Identifiering av prioriteringsobjekt
- Faktainsamling och värdering av fakta
- Sammanvägning av fakta och rangordning

Det är denna modell som tillämpats i prioriteringsprojektet inom rehabiliteringsenheterna i Landstinget i Kalmar län. Dess olika steg, så som de beskrivs i rapporten *Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård* (Carlsson et al 2007) kommer därför att beskrivas nedan.

2.1 Att bestämma syfte med ett prioriteringsarbete

Som i allt utvecklingsarbete är det viktigt att definiera syfte och mål med ett planerat prioriteringsarbete. Ett viktigt skäl till att diskutera hur prioriteringar i verksamheten ser ut och vad de grundas på är att alla som arbetar med hälso- och sjukvård är skyldiga att följa Hälso- och sjukvårdslagen och riksdagens riktlinjer för prioriteringar i syfte att uppnå en så rättvis vård som möjligt. Andra skäl till att prioriteringsarbeten har startats i Sverige har varit att verksamheten ska expandera eller minska, att verksamhetens uppdrag ska formuleras eller helt enkelt att personalen har känt en otillfredsställelse över arbetsbelastningen ”*gör vi verkligen rätt saker?*”.

Det främsta syftet med ett prioriteringsarbete, enligt de aktörer som arbetat med den nationella modellen, är kanske ändå att skapa underlag för gemensamma diskussioner kring prioriteringar. Diskussionerna kan vara kopplade till ett kvalitetsarbete med fokus på kunskapsbaserad vård och kan handla om att skapa gemensamma indikatorer för olika åtgärder (t ex rimliga väntetider för olika tillstånd och insatser). De kan också vara kopplade till resursstyrning och påverka resursfördelningen i en verksamhet. Riksdagens riktlinjer säger ju att mer resurser ska styras till högt prioriterade tillstånd och åtgärder. I tider av resursbrist är det alltså tillstånd och åtgärder som rangordnats lågt som bör vara föremål för ransoneringar medan i tider av tillskott bör nya resurser tilldelas det som anses som högt prioriterat.

Prioriteringar enligt den nationella modellen kan också leda till att vissa åtgärder bedöms som att de inte borde ha någon prioritet alls utan istället borde utrangeras från verksamheten. Det kan t ex handla om åtgärder där det finns stöd för att åtgärden faktiskt saknar effekt eller har sämre effekt/ökad komplikationsrisk än en annan åtgärd (som alltså bör väljas istället). Dessa åtgärder hamnar med andra ord på en så kallad ”icke-göra”-lista. Likaså förväntas modellen kunna vara användbar för att underlätta ett ordnat införande av nya metoder i vården (såsom FoU-lista dvs forsknings- och utvecklingslista). Med ordnat införande avses en granskning av vilka behov av vård som den nya metoden skulle kunna tillgodose, dess patientnytta, kostnadseffektivitet och vetenskapliga grund i förhållande till redan etablerade metoder innan beslut tas om den ska införas som rutinsjukvård.

Det är viktigt att påpeka att ”prioriteringslistor” som kan bli resultatet av ett prioriteringsarbete utgör en vägledning om prioriteringar för typfallet (jämför med t ex behandlingsriktlinjer). För att kunna göra en prioritering i det enskilda fallet måste alltid en individuell bedömning göras som kan leda till avsteg från en mer generell prioriteringsordning på grund av komplicerande faktorer etc.

2.2 Att identifiera och avgränsa område för prioritering

När ett prioriteringsarbete ska starta finns anledning att fundera över vad detta arbete ska omfatta. Den mest lämpliga indelningen i varje prioriteringsarbete måste anpassas till den situation som prioriteringen ska genomföras i. Gäller det att göra upp en prioriteringsordning enbart för en grupp sjukgymnaster på en vårdcentral eller gäller det prioriteringar av rehabiliteringsinsatser för en hel patientkategori, t ex strokepatienter, oavsett vårdform? Eller är syftet ännu större och gäller vårdinsatser överhuvudtaget för strokepatienter oavsett vårdform (som i Socialstyrelsens nationella riktlinjearbete)? Fördelen med att utgå från hälsoproblem/sjukdomsgrupper är att en sådan indelning utgår från ett patient/befolkningsperspektiv och berör flera verksamheter/huvudmän och flera yrkesgrupper vilket ger en mer allsidig belysning av prioriteringsdilemmat. Samtidigt är det ett stort arbete att organisera ett sådant övergripande prioriteringsarbete och ambitionen får inte bli ett hinder att genomföra prioriteringsarbete också i mindre skala, inom en avgränsad verksamhet.

2.3 Att identifiera prioriteringsobjekt

Själva arbetet med att prioritera startar med att bestämma *vad* som ska rangordnas. Det som rangordnas och som de som ska prioritera väljer mellan kallas prioriteringsobjekt. I den nationella modellen utgörs prioriteringsobjektet av *hälsotillstånd* eller *hälsorisker* kombinerat med *åtgärd*. Båda dessa aspekter måste vara med för att den etiska plattformen ska tillämpas. Att bara rangordna olika tillstånd innebär att man tar hänsyn till tillståndens svårighetsgrad men inte till nyttan med olika insatser. Att bara rangordna olika insatser innebär å andra sidan att man bara ser till nyttan med olika insatser och inte till hur svåra olika tillstånd är i förhållande till varandra. Exempel på prioriteringsobjekt kan vara;

- Bröstcancer - *operation*
- Ökad hälsorisk (t ex person äldre än 65år) - *influenzvaccinering*
- Misstänkt lunginflammation - *läkarbedömning*
- Dagligrökare - *behandling av utbildad rökavvänjare*

Att välja prioriteringsobjekt enbart efter diagnoser anses inte alltid vara tillräckligt när det gäller t ex rehabilitering.

Där behöver man kanske istället dela in tillstånd utifrån funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar, delaktighetsinskränkningar eller hindrande omgivningsfaktorer t ex;

- Svårigheter vid personlig vård vid MS -
hjälpmedelsutprovning
- Strokepatienter med icke-fungerande socialt nätverk -
anhörigstöd

Likaså kan det vara viktigt att olika faser i ett sjukdomsförlopp delas upp i olika prioriteringsobjekt då svårighetsgraden av tillståndet kan variera över tid likväl som att olika insatser gör olika nytta i olika skeden (t ex RA tidigt skede – *egenvårdsråd*). Även bedömningar kan behöva tas med i en rangordning eftersom vissa bedömningar kan anses ha högre prioritet än andra beroende på hur allvarligt tillstånd som misstänks/hur snabbt åtgärder behöver sättas in.³

Man tvingas ofta till en kompromiss mellan exakthet, fullständighet och praktisk hanterbarhet då prioriteringsobjekt ska anges. För att inte få ett ohanterligt stort antal objekt att rangordna rekommenderas att fokusera på typfall (t ex vanliga patienter eller klinisk verksamhet med påtaglig regelbundenhet), tillstånd eller åtgärder som representerar stor volym eller åtgärder som upplevs som kontroversiella (t ex etiska dilemma, dyr behandling, osäkerhet om nyttan). Sammanhanget där prioriteringar ska göras avgör detaljeringsgraden.

2.4 Att samla och värdera fakta

För att omsätta de etiska principerna i riksdagens riktlinjer för prioriteringar är det rimligt att vid prioriteringar ta hänsyn till;

- svårighetsgraden för olika tillstånd
- patientnyttan med olika åtgärder
- kostnadseffektiviteten med dessa åtgärder⁴

³ Vad som menas med bedömning anges inte i riksdagens riktlinjer bara att alla har rätt till bedömning om det inte är uppenbarligen obehövligt(2a§).

⁴ Egentligen skulle det räcka att bedöma bara svårighetsgrad och kostnadseffektivitet eftersom förväntad patientnytta ingår i bedömningen av kostnadseffektivitet. Grunderna för en prioritering anses dock bli lättare att följa om både svårighetsgrad, patientnytta och kostnad redovisas separat.

När det gäller *svårighetsgrad* rekommenderas att sammanväga både *aktuell hälsotillstånd* (d v s lidande, grad av funktionsnedsättning och livskvalitet) och *prognos* (d v s risk för förtida död, risk för funktionshinder⁵ och nedsatt livskvalitet). Hur dessa begrepp från regeringens proposition (Socialdepartementet 1996/97) ska förstås är inte helt självklart. Vad är det i realiteten som ska bedömas för att bestämma svårighetsgraden? I varje konkret prioriteringsarbete måste deltagarna klargöra vad de vägt in i sina bedömningar när det gäller svårighetsgrad. I ett längre perspektiv finns vinster i att använda en gemensam terminologi, oberoende av profession, då vårdbehov ska definieras och beskrivas. Man kan här få stöd av t ex ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health med utgångspunkt från WHO) som omfattar olika dimensioner av hälsa och funktionshinder, nämligen;

- **Strukturavvikelse;** innebär en förlust av eller avvikelse i kroppsstruktur, d v s i organ eller lemmar (t ex avsaknad av hand/fingrar).
- **Funktionsnedsättningar;** innebär en förlust av eller avvikelse i en fysiologisk funktion (t ex nedsatt ledstabilitet, smärta, nedsatt medvetenhet, motivation eller minne).
- **Aktivitetsbegränsningar;** innebär svårigheter som en person kan ha att genomföra aktiviteter (t ex svårigheter att förflytta sig, att kommunicera eller att kunna bistå andra t ex ta hand om sina barn).
- **Delaktighetsinskränkningar;** handlar om de sociala konsekvenserna av ett funktionshinder (t ex svårigheter att klara viktiga livsområden som utbildning, arbete och sysselsättning).⁶
- ICF omfattar också bl a begrepp för fysiska, sociala och attitydmässiga **omgivningsfaktorer** som påverkar hälsotillståndet (t ex personligt stöd av familj eller allmänna sociala stödinsatser).

Beroende på i vilket sammanhang prioriteringsarbetet görs kan en eller flera av dessa dimensioner vara aktuella. Inom rehabilitering avgörs ofta lidandets svårighetsgrad av hur stora aktivitetsbegränsningar som tillståndet medför.

⁵ I nationella modellen användes ursprungligen ordet invaliditet. Socialstyrelsens terminologiråd rekommenderar dock att detta begrepp samt begreppet handikapp istället ersätts av funktionshinder vilket är den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. (Socialstyrelsens nyhetsbrev 2007). Detta begrepp kommer fortsättningsvis att användas i denna rapport.

⁶ Det finns ingen skarp gräns mellan aktivitet och delaktighet i ICF utan utrymme finns för olika användningssätt (Socialstyrelsen 2003).

I den nationella modellen föreslås att svårighetsgraden graderas enligt skalan *mycket stor, stor, måttlig* och *liten*. I den nationella modellen finns inga kriterier angivna för dessa steg men det anses viktigt att de som arbetar med prioriteringar redovisar vad de lägger in i de olika skalstegen.

Den *förväntade nyttan* ska bedömas utifrån i vilken grad en åtgärd påverkar ett hälsotillstånd. Om det t ex är ett tillstånd som bedöms ha stor svårighetsgrad - i vilken grad minskar en åtgärd den svårighetsgraden? Eller om det finns en stor risk för ohälsa - i vad mån förhindrar den aktuella åtgärden att den risken inträffar? Dessutom ska komplikationsrisken med själva åtgärden vägas in i bedömningen av nyttan. Om komplikationsrisken är stor med en åtgärd anses det rimligt att tänka att nyttan med åtgärden bedöms som lägre. Också när det gäller patientnyttan rekommenderas skalan *mycket stor, stor, måttlig* och *liten*.

Kostnadseffektivitet är en kvot mellan hälsoeffekt och kostnad av en åtgärd. Även om hälsoekonomiska studier ofta saknas bör man i lokala projekt åtminstone resonera om kostnader i de fall där dessa uppgår till sådana belopp att man upplever att de påverkar prioriteringar på ett avgörande sätt.

Den nationella modellen innehåller också ett moment av värdering av fakta. Det innebär att underlaget som bedömningarna av svårighetsgrad och patientnyttan baseras på ska värderas. Kraven måste här anpassas till vilken aktör det är som arbetar med prioriteringar. Nationella projekt som t ex Socialstyrelsens riktlinjearbete har stora krav på systematik och fullständighet i sökningen efter evidens medan lokala projekt (beroende på resurser och möjligheter) istället kanske grundar sina bedömningar på den samlade beprövade erfarenheten som tas fram genom diskussioner i arbetslaget. Faktaunderlaget redovisas i så fall mer med egna ord.

2.5 Att väga samman fakta och rangordna

Trots önskemål från olika aktörer finns det hittills inget invändningsfritt sätt att kvantitativt räkna fram en prioriteringsnivå. Istället rekommenderas att man kvalitativt väger svårighetsgrad, nytta samt kostnad mot varandra i enlighet med riksdagens riktlinjer. Hur förhåller det sig då med evidens, kan bara de åtgärder där evidens finns vara högt prioriterade? Här finns ingen riktlinje att luta sig mot men praxis i Socialstyrelsens riktlinjearbete har blivit att åtgärder som är väl dokumenterade och visar god patientnytta har företräde framför sådana där det vetenskapliga underlaget saknas eller är svagt *om allt annat är lika*.

Rangordningen föreslås att göras i en 10-gradig skala där 1 anger det som är högst prioriterat och 10 det som är lägst prioriterat.

Några kriterier för dessa grader finns ännu inte vilket t ex kan innebära att en 2:a inom ett prioriteringsarbete, t ex för en viss sjukdom, inte självklart kan likställas med en 2:a i ett annat prioriteringsarbete, för en annan sjukdom. Denna typ av s k horisontella prioriteringar (Liss 2004), d v s prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper eller olika verksamhetsområden, kräver fortsatta diskussioner där olika prioriteringsordningar jämförs och ånyo värderas för att uppnå konsensus.

2.6 Att presentera en rangordning

Att på något sätt redovisa grunderna för de bedömningar som ligger till grund för prioriteringar är en viktig del i arbetet med öppna prioriteringar. I den nationella modellen finns inga krav på hur en rangordning ska presenteras för olika intressenter. Presentationssättet måste anpassas efter syftet med prioriteringsarbetet så att det blir användbart till det som det är ämnat för. De delar som enligt riksdagens riktlinjer är viktiga i en prioritering är tillståndets svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet vilka därför bör redovisas, liksom den grund (t ex evidens, beprövad erfarenhet) som bedömningarna av dessa vilar på. Det finns dock fördelar med mer enhetliga presentationssätt för att underlätta kommunikationen mellan de som arbetar med systematiska prioriteringar. Ett förslag på en sådan presentation redovisas därför i den nationella modellen och redovisas längre fram i denna rapport när projektet i Landstinget i Kalmar län presenteras.

3. PRIORITERINGSPROJEKTET I LANDSTINGET I KALMAR LÄN

Inom de båda rehabiliteringsenheterna Rehab Söder och Samrehab i Landstinget i Kalmar län hade arbetsterapeuter och sjukgymnaster under en längre tid efterfrågat metoder för prioriteringar samt en tydligare beskrivning av verksamheternas uppdrag. De hade på olika sätt försökt finna en struktur för att göra mer systematiska prioriteringar, men inte lyckats särskilt väl.

Hälso- och sjukvården har förändrats vilket även påverkat rehabiliteringen i Kalmar län. Patientunderlaget har förändrats, dels genom en ökning av antalet äldre över 65 år, dels på grund av att folksjukdomar som till exempel stress, belastningssjukdomar och hjärt- och kärlsjukdomar har ökat. Även organisatoriska förändringar såsom nedläggningar av avdelningar inom slutenvården samt nedläggningar av äldreboenden har inneburit att allt fler vårdas och rehabiliteras i det egna hemmet eller i öppen vård. Kortare vårdtider i slutenvården har medfört att det krävs snabbare insatser från rehabiliteringspersonal i form av bedömningar och snabbt påbörjad rehabilitering. Dessutom har landstinget haft ett spararbete som inneburit personalnedskärningar också inom rehabiliteringsområdet. Allt detta innebär en ökad press på personalen.

För att tillförsäkra att de med störst behov av insatser får den vård de behöver var efterfrågan av tydligare prioriteringar stor inom verksamheterna. För att rätt insatser, baserade på kunskap och evidens, skall väljas på ett strukturerat och rättvist sätt behövdes en allmänt accepterad modell att utgå ifrån. Någon modell för prioriteringar eller annan förebild för hur ett prioriteringsarbete kan bedrivas hade hittills saknats. I samband med en prioriteringskonferens i Göteborg 2005, presenterades en sådan modell som gav inspiration till projektet "Prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik i Landstinget i Kalmar län".

3.1 Redovisning av prioriteringsprojektet

Inledningsvis kommer syftet, organisationen och genomförandet av projektet att kort redovisas. Presentationen följer sedan stegen i den nationella modellen. Under varje steg kommenteras hur vi i Kalmar län lagt upp vårt arbete (ett exempel från arbetet i utvecklingsgruppen Hand ligger som bilaga 1), vilka fördelar vi sett med det arbetssätt vi valt men också vilka svårigheter som uppstått och hur vi hanterat dessa svårigheter.

I kapitel 12 görs en sammanfattande reflektion kring vilka vinster projektet gett så här långt, hur den nationella modellen fungerat liksom själva arbetsprocessen och dess villkor samt slutligen vilka framtidsplaner som finns i Rehab Söder och Samrehab när det gäller prioriteringsarbete.

3.2 Projektets syfte

När projektet startade formulerade ledningen för rehabiliteringsverksamheterna följande förväntningar på vad prioriteringsarbetet på lång sikt skulle bidra till:

- Att de åtgärder som utförs inom rehabiliteringsverksamheten ska bygga på kvalitetsarbete.
- Att prioriteringar inom rehabilitering ska styras av patientbehovet och ge en rehabilitering som bygger på evidens, är patientnyttig och kostnadseffektiv.
- Att ge personalen ett stöd och en ökad trygghet i det vardagliga prioriteringsarbetet vilket förväntas bidra till en förbättrad arbetsmiljö.
- Att beskriva arbetsterapins och sjukgymnastikens uppdrag.
- Att öka förtroendet bland beställarna, genom att visa att besluten av öppna prioriteringar grundar sig på en etisk plattform och i högsta möjliga grad är evidensbaserade.

Det mer kortsiktiga syftet med prioriteringsprojektet i Landstinget i Kalmar län har varit:

- Att i praktiskt prioriteringsarbete prova användbarheten av den modell för prioriteringar som diskuterats i modellprojektet inom FSA och LSR (sedermera den nationella modellen för prioriteringar⁷).
- Att få till stånd gemensamma prioriteringar för arbetsterapi och sjukgymnastik i Landstinget i Kalmar län, för i ett första skede, vissa utvalda verksamhetsområden och/eller sjukdomsgrupper.
- Att dokumentera resultatet i en rapport i PrioriteringsCentrums rapportserie.

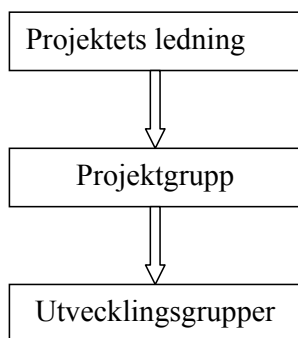
3.3 Projektorganisation och deltagare

Prioriteringsprojektet har genomförts inom länets rehabiliteringsverksamheter med fokus på prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik.

⁷ Då projektet startade fanns ännu inte den nationella modellen publicerad (2007:1) men så snart denna publicerats var det den prioriteringsmodellen som tillämpades i projektet.

Alla arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom såväl sluten som öppenvårdsrehabilitering är organiserade i två basenheter; Rehab Söder (södra länsdelen) och Samrehab (norra länsdelen). Sammanlagt arbetar cirka 200 arbetsterapeuter och sjukgymnaster här. Andra professioner som arbetar i basenheterna är dietister, kuratorer, läkarsekreterare och undersköterskor. Rehab Söder innefattar Länssjukhuset i Kalmar med tre enheter: Akutsoma, Geriatriska Rehabiliteringskliniken, Psykiatriska kliniken, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken samt tre primärvårdsenheter: Kalmar-Torsås, Nybro-Emmaboda och Öland. Samrehab består av Oskarshamns sjukhus, Västerviks sjukhus med de båda enheterna Akutblocket och Rehab-Psyk samt fyra primärvårdsenheter; Västervik, Oskarshamn, Hulfsfred-Vimmerby och Mönsterås-Högsby.

Ur dessa båda rehabiliteringsenheter har en projektorganisation byggts upp bestående av projektets ledning, en projektgrupp och utvecklingsgrupper (figur 1).



Figur 1. Projektorganisationen

3.3.1 Projektets ledning

Projektansvariga har varit de båda verksamhetscheferna i Samrehab och Rehab Söder. Tillsammans med projektgruppen lade de fast ramarna för projektet. Verksamhetscheferna har också förankrat och presenterat projektet hos politiker, landstings- och sjukhusledningar samt skapat ekonomiska förutsättningar för genomförandet. Båda verksamhetscheferna har deltagit vid de utbildningstillfällen som genomförts samt återkommande medverkat vid projektgruppens möten. De har också tagit del av de prioriteringsarbeten som gjorts av utvecklingsgrupperna, innan dessa prioriteringsordningar presenterats på landstingets interna hemsidor.

Två av projektgruppens representanter är med i basenheternas ledningsgrupper och har varit den förmedlande länken mellan utvecklingsgrupperna och verksamhetsledningen.

3.3.2 Projektgruppen

En projektgrupp bestående av två arbetsterapeuter, en verksam inom slutenvården och den andra inom primärvården, samt tre sjukgymnaster med motsvarande arbetsfält, har varit de drivande i projektet. Eftersom kunskapen om den nationella modellen inte fanns inom enheterna fick gruppen först sätta sig in i denna för att sedan kunna fungera som handledare i det praktiska prioriteringsarbetet.Handledningen har inneburit att representanter från projektgruppen har deltagit vid möten i de utvecklingsgrupper som engagerats i projektet, dels när det varit aktuellt att informera om nya steg i projektet eller när utvecklingsgrupperna har bett om stöd. Tre av projektgruppens medarbetare var dessutom själva aktiva deltagare i utvecklingsgrupper.

Projektgruppen har även ansvarat för att utveckla anvisningarna för tillämpning av den nationella modellen, genomfört utvärderingar samt initierat, planerat och genomfört utbildningsdagar.

3.3.3 Utvecklingsgrupper

Utvecklingsgruppernas uppgift i prioriteringsprojektet var att tränga in i modellens uppbyggnad och att sedan arbeta och dokumentera enligt den.

Inom Samrehab har man sedan sex år haft grupper inom följande fem ämnesområden: Psykosomatik, neurologi, ortopedi, rörelse/stöd-hand och smärta. Dessa leds av arbetsterapeuter eller sjukgymnaster med eller på väg mot specialistkompetens⁸. Som en del i dessa arbetsterapeuters och sjukgymnasters särskilda uppdrag har ingått att bilda utvecklingsgrupper. Utvecklingsgrupperna har tidigare haft i uppgift att ta fram den kliniska kunskapen inom områden de funnit intressanta, bl a genom att praktiskt öva på olika undersöknings- och behandlingsmetoder, samt att koppla samman denna praktiska färdighet med tillgängliga evidens och befintliga vårdprogram/kedjor.

Inom Rehab Söder hade man hösten 2005 börjat bilda utvecklingsgrupper men med ett mer tydligt uppdrag att ta fram behandlingsriktlinjer snarare än att träna undersöknings- och behandlingsmetoder. Dessa grupper fick också uppdraget att vara aktiva i prioriteringsprojektet.

⁸ FSA och LS R utfärdar specialistkompetens i arbetsterapi respektive sjukgymnastik inom olika specialistområden. För specialistkompetens krävs bland annat magisterexamen med fördjupningsarbete inom specialiteten och yrkeserfarenhet inom specialistområdet.

Ambitionen var att ta fram grupper inom följande åtta ämnesområden: Neurologi, ortopedi, metabola syndromet, smärta- psykosomatik, andning-cirkulation, pediatrik, gerontologi-geriatrik samt onkologi.

Utvecklingsgrupperna var sammansatta av personer som hade anmält intresse av att delta i utvecklingsarbete inom det aktuella ämnesområdet. Ambitionen var också att grupperna skulle vara sammansatta av både arbetsterapeuter och sjukgymnaster och komma från olika verksamhetsområden; d v s primärvård och sjukhusvård. En geografisk spridning var önskvärd i den meningen att flera olika enheter skulle vara representerade. Oftast bestod grupperna av deltagare från samma basenhet men inom något område arbetade grupperna länsövergripande (t ex inom handrehabilitering, Reumatoid Artrit och psykiatri).

3.3.4 PrioriteringsCentrum

Det fanns ett intresse hos PrioriteringsCentrum att i metodutvecklingssyfte följa ett praktiskt försök att tillämpa den nationella modellen för vertikala prioriteringar i klinisk verksamhet. Centrumet har därför stött projektet med projektmedel samt metodstöd där en person från centrat har följt projektgruppens arbete⁹ genom att delta i deras möten samt hållit i utbildningsinsatser för personalen under projekttiden. Dessutom har PrioriteringsCentrum genomfört en enkätstudie före projektstart och efter avslutat projekt med syfte att kartlägga om och på vilket sätt grunderna för prioritering förändrats under projekts gång. Resultatet från den studien planeras att redovisas senare i PrioriteringsCentrums rapportserie.

3.4 Genomförandet

Prioriteringsprojektet har i huvudsak genomförts i följande steg;

1. Planering
2. Utbildningsinsatser och information till hela personalgruppen
3. Prioriteringsarbete i utvecklingsgrupper
4. Utvärderingar under projekttiden
5. Resursdag
6. Utveckling av begrepp och anvisningar för tillämpning av den nationella modellen.
7. Spridning av framtagna prioriteringar

⁹ Mari Broqvist, PrioriteringsCentrum.

3.4.1 Planering

Före projektstart hade Samrehab's ledningsgrupp kontaktat PrioriteringsCentrum i sökandet efter modeller och erfarenheter från eventuella prioriteringsprojekt inom rehabilitering. Efter att vid prioriteringskonferensen i Göteborg hösten 2005 ha hört om FSA:s och LSR:s modellprojekt väcktes idén att prova om modellen var användbar i Samrehab's och Rehab Söders prioriteringsarbete. Senare under 2005 sammankallade ledningsgrupperna för rehabiliteringsverksamheterna en projektgrupp, stöd från PrioriteringsCentrum beviljades och planeringen av en gemensam utbildningsdag för alla anställda i rehabiliteringsverksamheterna påbörjades.

3.4.2 Utbildningsinsatser och information till hela personalgruppen

Projektet startade med en gemensam utbildningsdag för all personal inom Samrehab och Rehab Söder i syfte att tidigt i projektet introducera den nationella modellen på bred front och öka medvetenheten om riksdagens riktlinjer för prioriteringar. Samma utbildningsprogram genomfördes under två dagar för att all personal skulle ges möjlighet att delta. Även rehabiliteringspersonal från kommunal rehabilitering samt privata sjukgymnaster i länet inbjöds för att sprida projektets tankar till rehabiliteringsaktörer som Samrehab och Rehab Söder har nära samarbete med. Landstingets sjukvårdsdirektör och utvecklingsdirektör samt sjukhuscheferna inbjöds (varav utvecklingsdirektören deltog) också för att höja medvetenheten hos sjukvårdsledning och politiker gällande prioriteringar inom området arbetsterapi och sjukgymnastik samt för att informera om prioriteringsprojektet.

Under utbildningsdagen gavs flera tillfällen till diskussioner och tillämpning av prioriteringsmodellen i mindre grupper. Dagen avslutades med en genomgång av det planerade prioriteringsarbetet. Samtliga arbetsplatser inom Rehab Söder och Samrehab uppmanades att ta fram förslag på tio prioriteringsobjekt (beskrivs utförligare under Kapitel 5).

Utöver den inledande utbildningsdagen har hela personalgruppen haft tillgång till information om prioriteringsprojektet via respektive basenhets hemsida på landstingets intranät. I halvtid informerades alla arbetsplatser, i samband med arbetsplatsträffar, om hur långt man kommit i projektet (bl a mer utförliga anvisningar för prioriteringsarbetet). Under hösten 2008 planeras för en ny seminariedag för all personal där resultatet av prioriteringsprojektet ska presenteras men framför allt ska dagen vara en avstamp för det fortsatta prioriteringsarbetet inom verksamheterna.

3.4.3 Prioriteringsarbete i utvecklingsgrupper

Själva prioriteringsarbetet har bedrivits i enheternas utvecklingsgrupper som fick i uppdrag att prova den nationella modellen. När utvecklingsgrupperna påbörjade sitt arbete med den nationella modellen deltog alltid en eller två personer ur projektgruppen som stöd. Direktiven angående arbetsgången i prioriteringsarbetet var följande:

1. Utifrån det/de objekt ni valt; finns det undergrupper som behöver definieras? Ex lumbago – behöver den delas upp i t ex tidsförlopp, symptombild, aktivitetsnedsättning etc.
2. Ta ställning till tillståndets svårighetsgrad. Vilket tillstånd har störst svårighetsgrad; väg in risken av utebliven behandling. Risken skall bedömas i ¹⁰stor, måttlig eller liten risk.
3. Koppla hälsotillstånd med en eller flera åtgärder.
4. Bedöm patientnyttan; effekten av åtgärden på aktuellt hälsotillstånd till liten/måttlig eller stor nytta¹¹ och effekt på risk.
5. Samla in stöd för effekt av åtgärden, både eventuellt evidens samt den samlade erfarenheten i gruppen.
6. Skatta kostnadseffektivitet (antal behandlingar/tidsåtgång/dyrbar utrustning) i förhållande till nyttan.
7. Sammanväg och rangordna objekten utifrån fakta från punkt 1-6 ovan.

En schematisk beskrivning, hämtad ifrån den nationella modellen, där de etiska principerna har tolkats i ett antal centrala komponenterna (svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet) lämnades till utvecklingsgrupperna som stöd i det fortsatta arbetet (figur 2).

¹⁰ Denna skala kom senare att revideras i och med den nationella modellen till mycket stor, stor, liten och måttlig.

¹¹ Även denna skala ändrades till mycket stor, stor, måttlig och liten med tillägget ingen nytta.

Människovärdesprincipen		
Behovs- och solidaritetsprincipen	Kostnadseffektivitetsprincipen	
Hälsotillståndets svårighetsgrad	Patientnytta/effekt av åtgärd	Åtgärdens kostnadseffektivitet
*Aktuellt hälsotillstånd -lidande -funktionsnedsättning -livskvalitet	*Effekt på aktuellt hälsotillstånd -lidande -funktionsnedsättning -livskvalitet	*Direkta kostnader -åtgärder i hälso- och sjukvård -andra åtgärder t ex resor
*Risk för -förtida död -funktionshinder/fortsatt lidande -försämrad livskvalitet	*Effekt på risk -förtida död -funktionshinder/fortsatt lidande -försämrad livskvalitet	*Indirekta kostnader ...i förhållande till patientnytta

Figur 2. De centrala komponenterna som bör beaktas vid prioritering enligt nationell modell¹².

För dokumentation av prioriteringsobjekten, insamlade fakta och rangordningen uppmanades utvecklingsgrupperna att använda nedanstående arbetsblad (figur 3), vilken är en något förändrad variant¹³ från det arbetsblad som rekommenderas i nationell modell.

¹² Ur "Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård" Per Carlsson m fl, PrioriteringsCentrum 2007:1 (s 23).

¹³ Avvikelser från den nationella modellens arbetsblad är följande: Tillägget "ingen" under rubriken patientnytta, samt tilläggen inom parentes och under de övriga rubrikerna samt "icke.göra" under rubriken rangordning.

Gradering i arbetsbladet vid vertikal prioritering

Datum:

Utvecklingsgrupp:

Kontaktperson:

Hälsotillstånd och åtgärd	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta/ effekt av åtgärd	Stöd för effekt	Uppskattad kostnads-effektivitet	Rangordning
	Mycket stor Stor Måttlig Liten	Mycket stor Stor Måttlig Liten Ingen	Stark Måttlig Litet (Ev redovisa med ord)	Stor Måttlig Liten (Redovisa med ord)	1-10 (1=högsta och 10=lägsta prioritet) Icke-göra FoU (endast i forskning)

Figur 3. Arbetsblad för fakta och rangordning.

Utvecklingsgrupperna valde ett eller flera prioriteringsobjekt att arbeta med fram till steget rangordning. När alla fakta var insamlade och dokumenterade i ovanstående arbetsblad skickades dessa arbetsblad på remiss till alla arbetsplatser för att få in förslag på rangordning av tillstånd/åtgärder. Senare ändrades detta förfaringsätt till att utvecklingsgrupperna själva fick föreslå rangordningstal/inhämta synpunkter från motsvarande utvecklingsgrupp i andra länsdelen och därefter skicka rangordningen vidare till verksamheternas ledning för kännedom innan de publicerades på verksamheternas interna hemsidor.

Utvecklingsgrupperna har träffats mellan sju och 20 gånger sammanlagt under projekttiden. Deltagarantalet i varje grupp har varierat mellan tre och elva personer.

3.4.4 Utvärderingar under projektiden

Prioriteringsarbetet har regelbundet utvärderats. En första utvärdering gjordes när prioriteringsarbetet pågått ett halvår. Utvecklingsgrupperna fick svara på vilka prioriteringsobjekt man valt att arbeta med, hur långt man kommit med dessa och hur man planerade att fortsätta sitt arbete.

De fick också kommentera modellen; vad som varit lätt samt vilka svårigheter eller otydligheter de upplevt. Varje utvecklingsgrupp lämnade ett gemensamt svar och samtliga grupper besvarade frågorna.

En andra utvärdering gjordes efter att prioriteringsprojektet pågått ytterligare några månader. En enkät (bilaga 2) skickades ut till alla grupper som arbetat med den nationella modellen samt till cheferna inom Rehab Söder och Samrehab (totalt 99 personer). Den slutliga svarsfrekvensen, efter påminnelse, var 72 procent. Enkäten innehöll fem frågor där man ombads ta ställning till modellens användbarhet vad gäller evidens, patientnytta och kostnadseffektivitet samt i vilken utsträckning modellen kan vara ett prioriteringsstöd och bidra till att beskriva arbetsterapiens och sjukgymnastikens uppdrag.

Ytterligare en utvärdering, med samma frågor, gjordes under februari 2008. Syftet var att få en bild av hur deltagarna i utvecklingsgrupperna, efter att ha arbetat med prioriteringsmodellen i två år, såg på användbarheten av modellen och om tolkningarna av begreppen upplevdes som lättare än vid tidigare utvärderingar. Dessutom efterfrågades hur prioriteringsmodellen i fortsättningen kunde användas inom rehabiliteringsverksamheterna. Svarsfrekvensen för den sista utvärderingen var 53 procent.

3.4.5 Resursdag

För att få tillfälle att diskutera och föra processen med prioriteringsarbetet vidare initierades en särskild resursdag när projektet pågått i cirka ett år. Eftersom erfarenheterna av att tillämpa den nationella modellen inom rehabilitering var synnerligen begränsade behövde vi få hjälp med att belysa de frågeställningar som kommit upp i projektet. Kommentarer till frågorna i den andra utvärderingen samt samlade erfarenheter från diskussionerna i utvecklingsgrupperna sammanfattades till 16 frågeställningar (bilaga 3) som ställdes till de inbjudna resurspersonerna. Dessa frågeställningar rörde bland annat resonemang kring hur svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet bör bedömas samt hur man kan tänka kring rangordningen. Frågan om hur prioriteringar av sjukskrivna förhåller sig till människovärdesprincipen lyftes också fram.

Inbjudan gick till medlemmar i samtliga utvecklingsgrupper, områdescheferna inom Rehab Söder och Samrehab, landstingspolitiker med särskilt ansvar för sjukvårdsfrågor, landstingets utvecklingsdirektör och sjukvårdsdirektören. Cirka 100 personer deltog inklusive utvecklingsdirektören och tre politiker. Dagen innehöll föreläsningar där inbjudna föreläsare från FSA, LSR, PrioriteringsCentrum och Socialstyrelsen belyste de frågeställningar som formulerats i projektet. Dagen blev också ett möte för erfarenhetsutbyte och resonemang kring modellen.

För att få underlag till att arbeta fram en ökad tydlighet av bedömningen kring svårighetsgrad och patientnytta delades deltagarna in i grupper och diskuterade vad som karaktäriserar tillstånd med de olika svårighetsgraderna liten, måttlig, stor och mycket stor och hur dessa definitioner skulle kunna användas inom respektive diagnosområde. Deltagarna fick också lämna förslag på hur de bäst dokumenterar sitt prioriteringsarbete i modellens arbetsblad samt bestämma vilka prioriteringsobjekt man ville arbeta vidare med i grupperna. Det blev en dag som visserligen väckte många nya frågor men som också gav många en större insikt om vad prioriteringsmodellen kan tillföra i verksamheternas kvalitets- och utvecklingsarbete.

3.4.6 Utveckling av begrepp och anvisningar för tillämpning av den nationella modellen.

De frågeställningar som ställts samman och som belystes av föreläsarna under resursdagen samt resultatet av gruppdiskussionerna blev ett underlag för projektgruppens vidare arbete. Vår uppgift under våren 2007 var att försöka förtydliga modellen bl a genom att ange vad som kan beaktas vid bedömning av tillståndens svårighetsgrad samt vid patientnytta och vad de olika skalstegen står för. Anvisningarna (bilaga 4) förtydligades också vad det gäller hur stöd för effekt ska dokumenteras, kostnadseffektivitet samt vad rangordningen ska ske i förhållande till. Dessa anvisningar måste fortfarande betraktas som ett arbetsmaterial som får utvärderas efterhand de prövas.

3.4.7 Spridning av framtagna prioriteringar

De rangordningar som hittills gjorts finns nu att läsa om på en intern hemsida i Landstinget i Kalmar län. Prioriteringsordningar för elva tillstånd är här presenterade. Några är stora sjukdomsgrupper som t ex RA och kronisk smärta, där flera olika faser beskrivs och förslag på flera åtgärder har värderats. Andra tillstånd och åtgärder är betydligt mer avgränsade och preciserade. De områden som är genomarbetade och ligger på den interna hemsidan är:

- **ALS** -utprovning av elrullstol
- **Carpaltunnelsyndrom** -konservativa och postoperativa åtgärder
- **Distal radiusfraktur** - efterförlopp, information och träning
- **Epicondylalgi** - akut, subakut, kronisk
- **Fallbenägenhet** olika funktionsnedsättning och åtgärder - fallbenägenhet grupp1, fallbenägenhet grupp 2, fallbenägenhet grupp 3
- **Fotledsfraktur** - belastningsbar fraktur och utprovning av rullstol, ej belastningsbar fraktur och utprovning av rullstol
- **Huvudvärk** - olika svårighetsgrader och åtgärder
- **Höftledsoperation** - bakre snitt, hjälpmedelsutprovning

- **MS** olika stadier och åtgärder - EDSS 0-1.5, EDSS 2.0-2.5, EDSS 3.0-6.5, EDSS 7.0-9.5
- **RA** vuxen med nedsatt aktivitetsförmåga (at d v s arbetsterapi), referenslista (at), stabil sjukdom och utan omfattande leddestruktioner (sg d v s sjukgymnastik), stabil sjukdom och omfattande leddestruktioner (sg), medicinskt välkontrollerad RA (sg)
- **Långvarig smärta**

Flera av utvecklingsgrupperna vill omsätta dessa prioriteringsarbeten i form av behandlingsriktlinjer. Arbetet har därför pågått parallellt med att ta fram rubriker för behandlingsriktlinjer där bedömningen av svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet, evidens och rangordning också skulle ingå.

4. HUR VI VALDE PRIORITERINGSOMRÅDE

Vi övergår nu till att beskriva prioriteringsarbetet i Rehab Söder och Samrehab enligt varje enskilt steg i den nationella modellen. Det första steget efter att syftet var definierat (sid 18), handlade om att bestämma vad arbetet skulle omfatta och därmed hur det skulle organiseras.

4.1 Tillvägagångssätt

I prioriteringsprojektet har vi valt att utgå från patientgrupp/sjukdomsgrupp. Valet av patientgrupper för prioriteringsarbetet styrdes av vilka specialiteter vi hade utvecklingsgrupper för i länet och därmed arbetsterapeuter och sjukgymnaster som kunde antas vara intresserade av att arbeta med prioriteringar. Utvecklingsgrupperna fick i sin tur fritt välja vilka patientgrupper/sjukdomsgrupper de ville belysa.

4.2 Upplevda fördelar

Vi såg det som en fördel att använda redan etablerade fora, i detta fall utvecklingsgrupper, i prioriteringsarbetet. Vi tror att vi sparade tid på detta, då både intresse för utvecklingsarbete, stor kompetens och erfarenhet inom respektive område samt vanan att söka evidens redan fanns här. I många av grupperna fanns en kreativ kombination av arbetsterapeuter och/eller sjukgymnaster med både lång klinisk erfarenhet men även relativt nyutbildade yrkesverksamma, med vana av artikelsökning och faktagranskning.

En annan fördel var att utvecklingsgrupperna täckte in en förhållandevis stor del av verksamheterna samt att de utgick från patientgruppen oavsett om patienterna omhändertas i primär- eller slutenvård. De länsövergripande grupperna borgade för en ökad samstämmighet i omhändertagandet i länet och ett mindre beroende av olika organisationsformer.

4.3 Upplevda svårigheter

Prioriteringsprojektet har varit omfattande och på så sätt komplicerat att styra. Det är dels ett geografiskt stort område som omfattats av arbetet, dels har många individer i utvecklingsgrupperna involverats, individer som i sin tur representerade ett ännu större antal medarbetare. Vi har två stora basenheter med delvis olika kulturer som skulle komma samman i ett gemensamt arbetssätt kring prioriteringar.

Emellanåt har vi pendlat mellan hopp och förtvivlan, optimism och misströstan när det har gällt att hålla ihop arbetet och driva det framåt.

I de utvecklingsgrupper inom Rehab Söder som inte redan var etablerade vid projektets start tog det längre tid att komma igång med prioriteringsarbetet. Processen att bilda en grupp tar tid. I dessa grupper fanns inte heller någon sammankallande person utsedd från början med uppgift att få igång gruppen medan Samrehab's grupper var väl inarbetade och hade en gruppledare som fungerade som sammankallande. Ytterligare en svårighet var att utvecklingsgrupperna inte hade uppdraget prioriteringar på agendan från början. Det ursprungliga uppdraget för dessa grupper var att ta fram den kliniska kunskapen och där kunde prioriteringsarbetet upplevas som ett avsteg från detta. I en av grupperna sa deltagarna bl a: *"Ska vi inte få hålla på med det som är bland det roligaste med att vara sjukgymnast, att få diskutera med kollegor, fortbilda sig, utvecklas?"*

Det fanns också områden inom rehabilitering där verksamheterna inte lyckades sätta samman en utvecklingsgrupp, som t ex andning-cirkulation och pediatrik. Gruppen för metabola syndromet startade, men upphörde p g a för få deltagare. Alla verksamhetsfält har därmed inte ännu fått tillfälle att sätta sig in i den nationella modellen.

Eftersom patientgrupper/sjukdomsgrupper valdes som prioriteringsområde och representationen i utvecklingsgrupperna var geografiskt spridd, blev avstånden en försvårande faktor när grupperna skulle träffas. Några hade i inledningsskedet svårt att få kontinuitet i sitt arbete.

Projektledningen har valt att bedriva prioriteringsarbetet med stor valfrihet snarare än att styra inom vilka områden prioriteringar borde tas fram. Följden har blivit att en begränsad del av verksamheten genomlysts i detta arbete och ledningen har ännu inte hunnit värdera betydelsen av just de prioriteringsordningar som tagits fram.

4.4 Åtgärder för att undanröja hinder

Projektgruppen har lagt ner mycket tid på att hjälpa till i uppstarten av utvecklingsgrupperna. I Rehab Söder t ex som saknade sammankallande personer gick projektgruppen in och arrangerade det första mötet.

För att överbrygga de geografiska avstånden delade deltagarna i utvecklingsgrupperna upp arbetsuppgifterna för att var och en skulle kunna driva arbetet framåt mellan mötestillfällena.

De använde sig av videokonferenser och telefonmöten samt kommunicerade med varandra via e-post. Om vi i stället utgått från ett verksamhetsområde som till exempel primärvården i Västervik hade det troligen förenklats och minskat tidsåtgången. Fördelen med att få en prioriteringsordning som hade förankring inom hela länet var dock så stor att den bedömdes uppväga svårigheterna.

Vi i projektgruppen har under arbetets gång mer och mer sett sambandet mellan de fakta som diskuteras i den nationella modellen och det som ingår i behandlingsriktlinjer och att det i hög grad är samma underlag som används. Framtagandet av behandlingsriktlinjer och prioriteringsarbete kan ske parallellt. Detta samband har vi försökt tydliggöra för deltagarna som hellre ville arbeta med behandlingsriktlinjer än prioriteringar. I Rehab Söder har man som tidigare nämnts också tagit fram anvisningar för hur behandlingsriktlinjer och den nationella modellen kan sammanföras i ett dokument (se kap 10). Projektgruppen har också i utvecklingsgrupperna diskuterat nyttan och behovet av prioriteringsarbete för att öka motivationen. Vi upplever att flertalet medarbetare efterhand insåg att arbetet med modellen kan komma patienterna till godo, på grund av den stöd som diskussionerna i grupperna och framtagandet av fakta givit för valet av insatser. En drivkraft för utvecklingsgrupperna blev också insikten om att de onekligen utgör en kunskapsresurs inom sina respektive områden och därmed har ett ansvar vid denna typ av utvecklingsarbete.

När det gäller den begränsade genomlysningen av verksamheten som blev följden av att deltagarna själva fick välja vilka prioriteringar de ville arbeta med, har vi under projektet inte funnit anledning att ändra på detta. Vi har istället behållit fokus på det kortsiktiga syftet i projektet, som var att pröva den nationella modellens användbarhet som redskap vid prioriteringar inom Samrehab och Rehab Söder samt att skapa gemensamma prioriteringar för vissa sjukdomsgrupper. I det framtida prioriteringsarbetet framstår det dock som viktigt att ha en tydligare strategi för valet av vilka patientgrupper/ eller verksamhetsområden som ska ingå.

5. ERFARENHETER AV ATT VÄLJA PRIORITERINGSOBJEKT

När området för prioriteringsarbetet, i detta fall olika specialistområden, var fastlagt så övergick arbetet, i enlighet med den nationella modellen, till nästa steg; att välja ut de tillstånd och åtgärder som skulle rangordnas eller med andra ord att välja prioriteringsobjekt.

5.1 Tillvägagångssätt

Varje arbetsplats inom Rehab Söder och Samrehab fick på den inledande utbildningsdagen i uppdrag att ta fram tio olika prioriteringsobjekt och inom tre veckor skicka dessa till projektgruppen. Vi valde att låta samtliga medarbetare, d v s även de som inte var med i någon utvecklingsgrupp, vara delaktiga i framtagandet av prioriteringsobjekt.

Rekommendationen var att välja tillstånd som antingen var vanligt förekommande i respektive verksamhet eller tillstånd som arbetsterapeuterna/sjukgymnasterna av annan orsak såg behov av att belysa ur ett prioriteringsperspektiv. De utvalda tillstånden skulle dessutom kopplas ihop med en åtgärd i enlighet med rekommendationen i den nationella modellen. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster uppmanades att diskutera yrkesvis och oberoende av varandra för att få en bredd av prioriteringsobjekt att arbeta med. På vissa arbetsplatser visade det sig att deras resonemang skilde sig åt; sjukgymnasterna angav oftare diagnos eller funktionsbegränsning medan arbetsterapeuterna oftare utgick ifrån en aktivitetsbegränsning eller delaktighetsinskränkning.

Totalt kom det in ungefär 450 förslag på prioriteringsobjekt, som sinsemellan såg väldigt olika ut bl a vad det gällde detaljeringsgraden. Insatserna formulerades oftast mycket allmänt t ex: ”Funktionsupprätthållande träning vid kroniska besvär/sjukdomar”. Huvudsakligen var det beskrivningar av olika tillstånd som lämnades in. Väldigt få förslag innehöll både tillstånd och åtgärd. De inlämnade förslagen på prioriteringsobjekt kan kategoriseras i följande grupper:

- Sjukdomsgrupp/diagnos (t ex stroke, neurologi, gonarthros)
- Konsekvenser av sjukdom/skada (t ex oro, fallrisk, förflytningsproblem hos äldre med ålderssvaghet och fallbenägenhet).
- Åtgärd (t ex hjälpmedelsutprovning, uppföljning av elrullstol).

- Kombinerat tillstånd/ åtgärd (t ex sena stadier av neurologisk sjukdom och kontrakturprofylax).
- Fas i sjukdomsförloppet (t ex kroniska besvär, nytillkomna besvär, nydebuterad RA).

Alla föreslagna prioriteringsobjekt grupperades utifrån de olika utvecklingsgruppernas specialistområden och skickades ut till respektive grupp som valde ut det objekt de ville arbeta med. Uppmaningen var att välja ett förhållandevis avgränsat prioriteringsobjekt. Valen gjordes ofta utifrån något gruppen upplevde som angeläget och intressant att diskutera t ex sådant som de har stor volym av i sin verksamhet eller där de kände sig osäker på nyttan med olika insatser. Utifrån det/de objekt grupperna valde ombads de ta ställning till om det fanns undergrupper som behövde definieras (t ex RA – behöver den delas upp i t ex tidsförlopp, symptombild, aktivitetsnedsättning e t c?).

Drygt trettio prioriteringsobjekt valdes ut och elva av dem presenterades i april 2008 på landstingets interna hemsida. Ett tiotal prioriteringsordningar var då nästan klara för presentation och ytterligare var påbörjade.

5.2 Upplevda fördelar

Sammankopplingen av tillstånd och åtgärd har inneburit ett nytt sätt att tänka som leder till att vi och våra kollegor i högre grad än tidigare tar hänsyn till nyttan av olika åtgärden. Det har också inneburit att svårighetsgrad och nytta i högre grad kopplas ihop och att en mer sammantagen bild utgör underlag för prioritering än vad som troligen skulle ha varit fallet annars.

Vi såg det som en fördel att samtliga medarbetare primärt fick vara delaktiga i att ta fram prioriteringsobjekt. Objekten blev på så sätt förankrade i det kliniska vardagsarbetet. Förhoppningen var också att delaktigheten skulle göra att ett intresse för prioriteringar skulle väckas och att när prioriteringarna sedan presenterades på hemsidorna intresset för att ta del av innehållet skulle vara större än om man inte alls involverats i arbetet. Vi såg det också som en fördel att utvecklingsgrupperna sedan själva fick välja det objekt de ville arbeta med för att öka motivationen att starta med prioriteringsarbete.

5.3 Upplevda svårigheter

Arbetet med att definiera prioriteringsobjekt upplevdes olika svårt på olika arbetsplatser. Flera hade problem med att koppla ihop tillstånd med åtgärd. Många utgick från sjukdomsgrupp utan koppling till åtgärd då de tänkte på prioriteringar. En anledning till det kan vara att i klinisk vardag så blir sjukdomen eller skadan första fokus innan ställningstagande gjorts tills vilka insatser som är lämpliga. En annan anledning kan vara att den prioriteringsordning som presenterades av Prioriteringsutredningen i ”Vårdens svåra val” (SOU 1995:5), i stor utsträckning utgick från olika tillstånd (t ex kroniska sjukdomar) och dessa prioriteringsgrupper kände alla i verksamheterna till. Att ta fram kopplingen tillstånd *och* åtgärd verkade vara ett nytt sätt att tänka för våra medarbetare.

På några arbetsplatser hade personalen mycket lätt att plocka fram ett stort antal objekt och tyckte i stället att problemet låg i att begränsa sig och välja ut vad som var viktigast att titta på utifrån ett prioriteringsperspektiv. Det var också svårt att avgränsa prioriteringsobjekten, några blev alldeles för omfattande för att praktiskt kunna gripa sig an (som t ex stroke). Diskussioner fördes också om varje åtgärd skulle belysas för sig eller om det kunde vara hela åtgärdspaket som analyserades som t ex carpaltunnelsyndrom och konservativ behandling (som omfattar både ergonomi, ortos och nervglidning). I klinisk vardag sker ofta en sådan kombination av insatser.

Innan vi i projektgruppen var tillräckligt insatta i modellen så var det svårt att förmedla hur prioriteringsobjekten skulle avgränsas och informationen till medarbetarna om vad ett prioriteringsobjekt är, var i början otydlig.

5.4 Åtgärder för att undanröja hinder

Vid den inledande utbildningsdagen informerades om vad ett prioriteringsobjekt är. Deltagarna hade också fått diskutera i grupper kring några prioriteringsobjekt enligt den nationella prioriteringsmodellen. För de arbetsplatser där man sedan hade svårt att föreslå prioriteringsobjekt eller att avgränsa dessa till mer hanterbara objekt, fanns projektgruppen att tillgå som en diskussionspartner. Det primära syftet i detta projekt var att prova den nationella modellen och det syftet fick vi ofta komma tillbaka till, då deltagarna i sin önskan att göra ett prioriteringsarbete som skulle ha en praktisk nytta, ibland ville ge sig på mycket omfattande och komplexa tillstånd och åtgärder.

Tankesättet att koppla samman både tillstånd och åtgärd behöver helt enkelt tid att sätta sig och orsaken till detta, d v s tillämpning av riksdagens riktlinjer, behöver upprepas. Detta har också gjorts och i takt med att deltagarna i utvecklingsgrupperna satt sig in mer i modellen har det känts mer självklart för dem att koppla ihop tillstånd och åtgärd.

Vi har rekommenderat utvecklingsgrupperna att vid avgränsning av prioriteringsobjekt tänka efter hur detaljerat de måste ange tillstånd och åtgärd för att det ska ha någon betydelse för den fortsatta bedömningen av prioriteringen (t ex är det olika patientnytta, stöd för effekt, kostnadseffektivitet beroende på om tillståndet delas in i ytterligare undergrupper?). Om det blir för detaljerat kan det uppfattas att prioriteringsordningen blir oöverskådlig och därmed svårare att använda kliniskt. Vårt budskap har också varit att ett alltför övergripande prioriteringsobjekt kan innebära att det inte ger vägledning i hur man bör prioritera.

6. ERFARENHETER AV ATT BEDÖMA SVÅRIGHETSGRAD

För att tillämpa riksdagens riktlinjer för prioriteringar behöver, enligt den nationella modellen, fakta insamlas kring;

- Tillståndets svårighetsgrad
- Patientnytta/ Effekt av åtgärd
- Kostnadseffektivitet

Vi kommer nedan att beskriva dessa steg vart och ett för sig, även om det praktiska arbetet i utvecklingsgrupperna inte alltid var så uppdelat utan kunde inrymma diskussioner kring alla dessa dimensioner på ett mer integrerat sätt.

6.1 Tillvägagångssätt

Direktivet till utvecklingsgrupperna när det gällde att bedöma svårighetsgrad var att efter steg ett då de bestämde vad som skulle rangordnas skulle grupperna ta ställning till tillståndets svårighetsgrad och risken av utebliven behandling. Svårighetsgraden skulle graderas enligt skalan mycket stor, stor, måttlig eller liten.

För att komma fram till svårighetsgrad förde grupperna framför allt diskussioner då de fann mycket lite stöd i den vetenskapliga litteraturen för att få stöd i att bedöma detta. Aktivitetsförmåga användes ofta för att beskriva tillståndets svårighetsgrad, särskilt då aktiviteter som hade att göra med ADL/personlig vård. Olika grader av funktionsnedsättning (som t ex smärta/lidande) diskuterades också. I vissa fall användes olika etablerade bedömningsinstrument t ex VAS som smärtskattning, Katz ADL-trappa samt vid Multipel Scleros den s k EDSS-skalan (Expanded Disability Status Scale) vid bedömningen av svårighetsgrad. Tillståndets varaktighet ansågs också som viktigt och de kroniska sjukdomarna bedömdes genomgående ha en större svårighetsgrad just på grund av den livslånga varaktigheten.

Bedömningen av svårighetsgraden ansågs också påverkas av arbetsförmåga, påverkan på livskvaliteten, risken för permanent sjukdom/skada samt påverkan på delaktighet i sociala sammanhang. Patienternas egna resurser t ex copingförmåga (och oro för tillståndet), aktuell livssituation och sociala nätverk sågs också som väsentligt att ta med i bedömningen. Patientupplevelsen av det egna lidandet var en annan aspekt kring svårighetsgrad som diskuterades mycket och konstaterades vara en viktig faktor i den professionella bedömningen.

I den nationella modellen anges, att för att beakta ett hälsotillståndets svårighetsgrad behöver också hänsyn tas till risk för;

- Förtida död
- Permanent skada/sjukdom
- Försämrade livskvalitet

Till att börja med var det ingen som uppfattade att uteblivna arbetsterapeutiska eller sjukgymnastiska insatser skulle kunna leda till förtida död. Men vid diskussionerna kom det fram flera exempel på att man genom att påverka såväl funktionsnivå som aktivitets- och delaktighetsnivå, kunde motverka förtida död. Därför ansågs det relevant att även ta hänsyn till denna risk vid bedömningen av svårighetsgrad.

6.2 Upplevda fördelar

Att få tillfälle att reflektera över vad man väger in i begreppet ”svårighetsgrad” upplever vi har gett ett annat perspektiv och vidgat synen och vetandet kring olika tillstånd i verksamheten. Det ger också perspektiv på det egna verksamhetsområdet i relation till sjukdomar och skador inom andra verksamhetsområden *”hur svårt är det jag arbetar med i relation till annat?”*. Tydligheten om vad som menas med olika svårighetsgrader har ökat.

Nyttan med preventiva åtgärder har tidigare varit föremål för diskussioner i verksamheterna men har då upplevts som svårt att motivera på ett hållbart sätt. Upplevelsen i utvecklingsgrupperna var att den typen av åtgärder nu kunde belysas ur ett annat perspektiv i och med modellen och vinsten med den typen av insatser kunde lättare lyftas fram. Till exempel gällde detta smärtpatienter som söker tidigt och där man ser risken att utveckla ett kroniskt smärtbeteende. Denna patientgrupp bör kanske bedömas, med hänsyn just till denna risk, som ett tillstånd med större svårighetsgrad än om man inte hade beaktat risken vid utebliven insats.

6.3 Upplevda svårigheter

Bedömning av tillståndets svårighetsgrad var ett av de moment som rapporterades vara mest besvärligt i arbetet och som gav upphov till många diskussioner. Deltagarna efterfrågade tidigt i projektet anvisningar för hur man skulle bedöma svårighetsgraden. En av frågeställningarna gällde vad svårighetsgraden vid ett tillstånd ska sättas i relation till.

Ska den jämföras med all ohälsa som sjukvården har att hantera eller ska jämförelse bara ske inom den egna verksamheten (t ex psykiatri) eller inom en enskild sjukdomsgrupp t ex demens?

En annan frågeställning handlade om vad som skulle vägas in i bedömningen. Hur tas t ex omgivningsfaktorer som när- eller frånvaro av närstående med i den sammantagna bedömningen av svårighetsgrad? Deltagarna saknade också definitioner på graderingen mycket stor, stor, måttlig och liten svårighetsgrad. Behovet av ett mer enhetligt sätt att resonera blev tydligt; vilken innebörd ska läggas i de olika graderna?

Bedömningen av risk som en faktor när man ska komma fram till ett tillstånd svårighetsgrad kändes främmande för många. Hur bedömer man sammantaget svårighetsgraden för tillstånd som i sig inte är så allvarliga utan t ex orsakar en kort tids nedsatt arbetsförmåga och sjukskrivning, men obehandlad kan bidra till att personen i fråga drabbas av depression eller annat mycket svårt tillstånd med stora sociala konsekvenser? Riskbedömningen blev med andra ord ibland mycket omfattande och långtgående.

Ofta hamnade också diskussionerna på individnivån och det var svårt att tänka i typfall och på gruppnivå eftersom ohälsans konsekvenser uppfattas så olika mellan olika individer.

6.4 Åtgärder för att undanröja hinder

I början av prioriteringsarbetet fanns uppenbart otillräcklig vägledning när det gällde att bedöma svårighetsgrad. Projektgruppen erfor snart att det var nödvändigt att ge utvecklingsgrupperna tydligare ramar och direktiv för detta.

Frågan kring vad svårighetsgrad rimligen kan relateras till togs upp med de inbjudna föreläsarna på resursdagen. Budskapet där var att den praxis som hittills finns kring att diskutera svårighetsgrad (t ex i Socialstyrelsens riktlinjearbete) talar för att tillstånd ska relateras till andra tillstånd *inom* det område som är aktuellt för prioriteringar. Gäller det t ex prioriteringar inom RA så ställs olika tillstånd som kan vara aktuella vid den sjukdomen i relation till varandra. Gäller prioriteringsordningen för stroke så ställs de olika tillstånden som kan uppstå vid den sjukdomen i relation till varandra. Gäller det däremot att prioritera mellan olika sjukdomar i exempelvis rörelseorganen eller inom psykiatri måste olika sjukdomstillstånd jämföras med varandra inom det aktuella verksamhetsområdet, eller som i vårt fall inom respektive utvecklingsgrupps område.

Den andra, stora frågan gällde vad som skulle vägas in vid bedömningen av svårighetsgrad. För att underlätta utarbetade projektgruppen ett diskussionsunderlag ”*Underlag för diskussion om tillståndets svårighetsgrad*”, (tabell 1) där man stegvis tar fram underlag för bedömning av svårighetsgrad. Underlaget tog fasta på de förslag som tagits fram av utvecklingsgrupperna under resursdagen. Projektgruppen beslöt att utgå från ICF:s terminologi i syfte att göra detta mer bekant för medarbetarna. Begreppen i det internationella klassifikationssystemet ICF har också varit uppe till förslag då den nationella modellen togs fram. Långsiktigt menade de aktörerna att en mer enhetlig och distinkt begreppsapparat som kan förstås av olika yrkeskategorier kan underlätta ett gemensamt prioriteringsarbete.

I diskussionsunderlaget kan man ta ställning till vilken påverkan som det aktuella tillståndet oftast har i kroppsfunktionen, hur stort hjälpbehovet är i dagliga aktiviteter, vilka begränsningar tillståndet innebär för delaktighet, hur lång varaktighet tillståndet brukar ha samt risken vid utebliven insats. Observera att varje variabel i diskussionsunderlaget bedöms för sig och alltså kan variera i svårighetsgrad inom ett och samma tillstånd.

Diskussionsunderlaget spreds till grupperna så snart det färdigställts med betoningen att det skulle ses som ett material i ständig utveckling. Den senaste versionen redovisas i tabell 1 och har ännu inte hunnit utvärderats.

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

Tabell 1. Underlag för diskussion om tillståndets svårighetsgrad.

Det rekommenderas också i diskussionsunderlaget att

- bedömningsinstrument som är relevanta för tillståndet kan användas för att ta fram graden av funktionsnedsättning;
- hänsyn tas till om tillståndet kräver hjälp i form av personligt stöd men däremot inte till om aktiviteten kräver hjälpmedel eller ej för att kunna utföras;
- kortare varaktighet minskar svårighetsgraden, medan längre varaktighet ökar svårighetsgraden.
- risk bedöms enligt aspekten försämrat tillstånd alternativt risk för allvarligt tillstånd.

