

**Arbetsterapeuter och sjukgymnaster prövar  
metod för prioriteringar  
- ett samarbetsprojekt med FSA och LSR**

*Mari Broqvist*

*PrioriteringsCentrum 2006:4*

ISSN 1650-8475

---

PrioriteringsCentrum • Landstinget i Östergötland • 581 91 Linköping

**Telefon:** 013-22 20 00 (vxl) **Telefax:** 013-22 77 99

**Hemsida:** <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>

**E-post:** [prioriteringscentrum@lio.se](mailto:prioriteringscentrum@lio.se)



## FÖRORD

PrioriteringsCentrum har i en tidigare rapport analyserat om det går att tillämpa den arbetsmodell för vertikala prioriteringar, som bland andra Socialstyrelsen använder, inom prevention. Slutsatsen är att det är möjligt att bedöma preventiva insatser för riskfaktorer enligt samma villkor om svårighetsgrad, nytta, kostnadseffektivitet och evidens som vid vertikala prioriteringar av medicinska behandlingar. Begreppet ”sjukdomstillstånd” i modellen byts ut mot ”specifik riskfaktor” som det hälsoproblem mot vilken åtgärder ska riktas.

I denna rapport fortsätter vi redovisningen av erfarenheter av vertikala prioriteringar inom olika områden. Slutsatserna från rehabiliteringsområdet går i samma riktning, nämligen att arbetsmodellen är användbar men att man känner sig främmande inför vissa termer. Det finns framförallt ett behov av att karakterisera de olika tillståndens svårighetsgrad på ett annorlunda sätt. Inom kort kommer PrioriteringsCentrum att rapportera om liknande erfarenheter från prioriteringar av omvårdnadsinsatser.

Jag har blivit allt mer övertygad om att det är möjligt att använda ett likartat sätt att arbeta med vertikala prioriteringar oavsett inom vilket område av hälso- och sjukvård man befinner sig. Detta är mycket positivt eftersom många med mig inser att prioriteringar måste vara gränsöverskridande. Det gäller inte bara samarbete mellan sjukvårdshuvudmän, verksamhetsområden utan också mellan olika yrkesgrupper.

*Linköping mars 2006*

*Per Carlsson  
Föreståndare, PrioriteringsCentrum*



## FÖRFATTARENS FÖRORD

Den här rapporten har tillkommit tack vare ett intresse och en vilja hos yrkesförbunden Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund att ta sig an den typ av svåra frågor som öppna prioriteringar innebär. De har hörsammat sina medlemmars behov av stöd vad det gäller metoder för att komma fram till prioriteringar som kan uppfattas som rimliga av det stora flertalet.

Under ett års tid har projektdeltagare från de båda förbunden funderat, resonerat och omprövat sitt sätt att se på den prioriteringsmodell som står i fokus för denna rapport. Ibland har de känt sig entusiastiska och trygga i att modellen kommer att fungera som vägledning för prioriteringar bland deras kollegor. Andra gånger har frustrationen över hur komplext detta med prioriteringar är tagit överhanden. Jag vill rikta ett varmt tack till samtliga för ert engagemang och värdefulla tyckande som har lett prioriteringsarbetet inom arbetsterapi och sjukgymnastik i Sverige ett stort steg framåt.

Jag vill dessutom tacka Katrin Lindroth, PrioriteringsCentrum för den redaktionella bearbetningen.

*Linköping, mars 2006*

*Mari Broqvist*



## SAMMANFATTNING

Många sjukgymnaster och arbetsterapeuter påtalar behov av mer stöd för att kunna diskutera och genomföra prioriteringar i sina verksamheter. Användbara metoder efterfrågas. PrioriteringsCentrum har därför under 2005 drivit samarbetsprojekt med Förbundet för Sveriges Arbetsterapeuter och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Projektet har utgått från den arbetsmodell för vertikala prioriteringar som föreslås av Svenska Läkaresällskapet och som i huvudsak tillämpas i Socialstyrelsens prioriteringsarbete. Modellen har sin utgångspunkt i den etiska plattformen i Hälso- och sjukvårdslagen som ska ligga till grund för alla prioriteringar inom hälso- och sjukvård.

Frågan är om den modell som vuxit fram är tillämpbar också för sjukgymnaster och arbetsterapeuter? Det är den fråga som vi i detta projekt försökt besvara. Arbetsmodellens användbarhet har granskats och möjliga anpassningar diskuterats. I huvudsak har vi funnit den användbar och viktig som vägledning i hur riksdagens riktlinjer för prioriteringar kan omsättas i praktiken. Följande slutsatser har dragits vad det gäller metod för vertikala prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik:

- Indelning och avgränsning av ett prioriteringsarbete (t ex i verksamhetsområden eller sjukdomsgrupper) måste avgöras utifrån syftet med arbetet.
- Det är rimligt att prioriteringar görs mellan patientgrupper med olika ohälsotillstånd kombinerat med de arbetsterapeutiska eller sjukgymnastiska insatser som kan vara aktuella. Utöver sjukdom och/eller funktionsnedsättning utgörs ohälsotillstånd inom sjukgymnastik och arbetsterapi också av de konsekvenser som sjukdom/skada ger upphov till (d v s problem att klara olika aktiviteter och kunna vara delaktig). Antalet prioriteringsobjekt måste vara rimligt att hantera vilket påverkar hur noga dessa ska definieras.
- För att bedöma vilka behov av arbetsterapi och sjukgymnastik som är störst är det rimligt att väga in svårighetsgraden för olika tillstånd samt patientnyttan och kostnadseffektiviteten med olika insatser. Hänsyn måste också tas till i vilken sjukdomsfas tillståndet bedöms, om det finns flera komplicerande tillstånd, konsekvenser vid utebliven insats samt vilka fakta eller vilken beprövad erfarenhet som ligger till grund för de bedömningar som görs. Det som var nytt i diskussionerna var att också de drabbades livssituation och sociala nätverk spelar roll i bedömningen av ett tillstånds svårighetsgrad.

## II

- För att komma fram till en viss prioriteringsnivå måste en kvalitativ sammanvägning göras av svårighetsgrad, patientnytta med insats och stöd för detta samt kostnadseffektivitet.
- Projektgrupperna ansåg det rimligt att en prioriteringsordning tydliggörs i en rangordningslista. Denna ska dock ses som ett underlag för interna diskussioner och behöver omarbetas eller kompletteras om den ska kommuniceras till andra.

Projektdeltagarna har också identifierat viktiga utvecklingsområden för tvärprofessionella diskussioner med målsättningen att försöka skapa en gemensam arbetsmodell som kan omfatta alla vårdprofessioner och gynna gränsöverskridande prioriteringsarbete;

- De begrepp som används i ett prioriteringsarbete behöver spegla en bred hälsosyn, allt ifrån organ-, funktions- till aktivitets- och delaktighetsnivå. En mer enhetlig och distinkt begreppsapparat som kan förstås av alla yrkeskategorier behöver prövas.
- Diskussioner behöver föras om vilka risker för försämring av ett tillstånd vid utebliven insats som är rimliga att beakta i ett prioriteringsarbete.
- Diskussioner behöver också föras om hur målet med vårdens insatser påverkar hur man ska se på nyttan med olika insatser och vilka prioriteringar som bör göras. Förutsättningarna för att utveckla mer s k målrelaterade behovsbedömningar behöver undersökas.
- Vidare behövs ett förtydligande om vad som ska ingå i bedömningen av kostnadseffektivitet då många yrkeskategorier i stor utsträckning är beroende av egna skattade kostnadsberäkningar.
- Andra grunder än vetenskaplig evidens för bedömning av patientnytta behöver tydliggöras, t ex innebörden av ”beprövad erfarenhet”.
- Patienters egna upplevelser av hur svårt deras tillstånd är och vilken nytta de ser med olika insatser måste också fångas i ett prioriteringsarbete.
- Behov av förtydliganden eller förändringar av den etiska plattformen för prioriteringar i Hälso- och sjukvårdslagen finns fortfarande kvar. Det gäller t ex vilken hänsyn som kan tas till patienters funktion i samhället och sociala nätverk när det gäller bedömningar av hur svåra tillstånd är och vilken nytta sjukgymnastens och arbetsterapeutens insatser gör.



### III

Samtalet om prioriteringar måste gå vidare såväl inom dessa yrkesgrupper som tillsammans med andra professioner och politiker. Att följa och dokumentera prioriteringsarbete i praktiken är sannolikt ett viktigt nästa steg att ta för att sprida erfarenheter och gemensamt öka kunskapen om vad som gynnar tillväxten av öppna prioriteringar inom sjukgymnastik och arbetsterapi.



# INNEHÅLL

<b>1. BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
1.1 DEN ETISKA PLATTFORMEN .....	1
1.2 ATT PRIORITERA OCH ATT RANSONERA .....	3
1.3 ÖPPNA VERTIKALA PRIORITERINGAR.....	4
1.4 PRIORITERINGAR INOM ARBETSTERAPI OCH SJUKGYMNASTIK .....	5
1.5 BEHOVET AV KONKRETISERING AV DEN ETISKA PLATTFORMEN .....	6
1.6 ARBETSMODELL FÖR VERTIKALA PRIORITERINGAR .....	8
<b>2. PROJEKTETS SYFTE OCH GENOMFÖRANDE</b> .....	<b>12</b>
2.1 SYFTE.....	12
2.2 PROJEKTORGANISATION OCH DELTAGARE .....	13
2.3 GENOMFÖRANDET .....	14
2.4 RESULTATREDOVISNING AV PROJEKTET .....	15
<b>3. INDELNING OCH AVGRÄNSNING AV PRIORITERINGSOMRÅDE</b> .....	<b>16</b>
<b>4. VAD KAN BLI FÖREMÅL FÖR PRIORITERINGAR INOM ARBETSTERAPI OCH SJUKGYMNASTIK?</b> .....	<b>18</b>
4.1 EN INVENTERING AV PRIORITERINGSOBJEKT .....	18
4.2 ATT PRIORITERA MELLAN OLIKA OHÄLSOTILLSTÅND KOMBINERAT MED .....	19
INSATS.....	19
4.2.1 Ohälsotillstånd sett ur arbetsterapeutens/sjukgymnastens perspektiv.....	19
4.2.2 Arbetsterapeutiska/sjukgymnastiska insatser.....	22
4.2.3 Hur detaljerade kan prioriteringsobjekt vara?.....	23
4.4 ATT PRIORITERA MELLAN OLIKA FASER I ETT SJUKDOMSFÖRLOPP.....	24
4.5 SLUTSATSER OM PRIORITERINGSOBJEKT.....	24
<b>5. VILKA ASPEKTER ÄR RIMLIGA ATT TA HÄNSYN TILL VID PRIORITERINGAR?</b> .....	<b>26</b>
5.1 HÄLSOTILLSTÅNDS SVÅRIGHETSGRAD .....	26
5.1.1 Hur bedöma aktuellt hälsotillstånd ? .....	27
5.1.2 Hur kan risk bedömas?.....	28
5.1.3 Ytterligare bedömningsfaktorer för att avgöra ohälsotillstånds svårighetsgrad....	30
5.2 PATIENTNYTTA (EFFEKT AV INSATS) .....	32
5.2.1 Målrelaterad behovsbedömning.....	33
5.3 KOSTNADSEFFEKTIVITET .....	34
5.4 FAKTA, VETENSKAPLIG EVIDENS OCH KLINISK ERFARENHET .....	36
5.5 SAMMANFATTANDE SLUTSATSER OM RIMLIGA ASPEKTER ATT VÄGA IN VID.....	37
PRIORITERINGAR INOM ARBETSTERAPI OCH SJUKGYMNASTIK.....	37
<b>6. VILKET SPRÅK KAN ANVÄNDAS I EN MODELL FÖR</b> .....	<b>40</b>
<b>PRIORITERINGAR?</b> .....	<b>40</b>
6.1 BEGREPP FÖR SJUKDOM/SKADA .....	40
6.2 BEGREPP FÖR FUNKTIONSTILLSTÅND, FUNKTIONSHINDER OCH HÄLSA .....	41
6.3 BEGREPP FÖR ARBETSTERAPEUTISKA OCH SJUKGYMNASTISKA INSATSER .....	42
<b>7. VAD KAN AVGÖRA PRIORITERINGSNIVÅ INOM SJUKGYMNASTIK OCH ARBETSTERAPIN?</b> .....	<b>44</b>
<b>8. HUR KAN PRIORITERINGSORDNINGEN PRESENTERAS?</b> .....	<b>47</b>

<b>9. EXEMPLET PRIORITERINGAR INOM ARBETSTERAPI I.....</b>	<b>49</b>
<b>PRIMÄRVÅRD .....</b>	<b>49</b>
<b>10. GEMENSAM METOD FÖR VERTIKAL PRIORITERING? .....</b>	<b>53</b>
10.1 BEHOV AV METODUTVECKLING.....	53
10.2 ANVÄNDBARHETEN AV ARBETSMODELLEN .....	54
10.3 FORTSATTI STEG I METODUTVECKLING INOM SJUKGYMNASTIK OCH .....	55
ARBETSTERAPI.....	55
<b>11. AVSLUTANDE REFLEKTIONER .....</b>	<b>57</b>
11.1 PRIORITERINGAR – EN GEMENSAM ANGELÄGENHET .....	57
11.2 BEHOV, EFTERFRÅGAN ELLER UTBUD? .....	59
11.3 GRÄNSEN MELLAN DET INDIVIDUELLA OCH GRUPP .....	60
11.4 BEGREPPS BETYDELSE I ETT PRIORITERINGSARBETE.....	61
11.5 DEN ETISKA PLATTFORMEN – BEHOV AV FÖRTYDLIGANDE ELLER FÖRÄNDRING? .....	62
11.6 ÖPPENHET – VAD FINNS ATT BEAKTA? .....	63
11.7 DET FORTSATTI SAMTALET.....	64
<b>REFERENSER .....</b>	<b>67</b>

## 1. BAKGRUND

Den här rapporten handlar om prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik och har sitt fokus på utvecklingen av metod för vertikala prioriteringar.

För att förstå vägen fram till detta utvecklingsarbete måste vi backa tillbaka till 1997 då riksdagen beslutade om vilka riktlinjer som ska styra prioriteringar i hälso- och sjukvården. Vi behöver också inledningsvis definiera vad som menas med prioriteringar och inte minst begreppet öppna prioriteringar. Det nya med riksdagens beslut var nämligen den starka betoningen på vikten av öppenhet och insyn. Men framför allt är det viktigt att beskriva varför det kan anses viktigt med en metodutveckling när det gäller prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik och den arbetsmodell som ligger till grund för det här projektet.

### 1.1 Den etiska plattformen

*”Valet står inte mellan öppna prioriteringar och inga prioriteringar alls utan mellan öppna eller dolda prioriteringar.”*

Peter Garpenby, docent i hälso- och sjukvårdspolitik

Att prioriteringar inom hälso- och sjukvården är ofrånkomliga är idag ett erkänt faktum åtminstone bland dem som själva arbetar i vården. Även om vården skulle tillföras betydande resurser och det i teorin skulle kunna gå att tillfredsställa alla vårdbehov så kan inte allt göras samtidigt; vi måste prioritera vad som ska åtgärdas först och vad som kan vänta. Den statsfinansiella krisen i början av 1990-talet aktualiserade behovet av att tydliggöra på vilka grunder resurserna inom hälso- och sjukvård bör fördelas. En statlig utredning, Prioriteringsutredningen, tillsattes 1992 och kom med sitt slutbetänkande 1995, Vårdens svåra val (SOU 1995:5). 1997 ställde sig riksdagen bakom de riktlinjer för prioriteringar som föreslagits i regeringens proposition 1996/97:60 och som i princip följde förslagen i slutbetänkandet.

Riktlinjerna för prioriteringar innehåller tre etiska principer; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Tillsammans utgör de den etiska plattformen för prioriteringar i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763). All hälso- och sjukvårdspersonal såväl inom landsting som inom kommuner är skyldiga att följa dessa riktlinjer. De etiska principerna är också grunden för det projekt som beskrivs i denna rapport.

*Människovärdesprincipen* innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Det är alltså inte förenligt med denna princip att låta människor stå tillbaka enbart på grund av t ex kön, ålder, social ställning eller inkomst.

*”Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.”*

2 § Hälso- och sjukvårdslagen

*Behovs- och solidaritetsprincipen* anger att resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer etc) där behoven av vård är störst. Solidaritet innebär i det här sammanhanget att de som har mindre behov av vård ska stå tillbaka för dem som har större behov även om konsekvensen blir att inte alla får sina behov tillfredsställda. Ett tillägg gjordes i lagtexten som en följd av Prioriteringsutredningen;

*” .....Den som har största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.”*

2 § Hälso- och sjukvårdslagen

De som är ansvariga för hälso- och sjukvården har ett alldeles särskilt ansvar för att beakta behoven hos de med *nedsatt autonomi*. I Prioriteringsutredningen (SOU 1993:93, SOU 1995:5) menas att den har nedsatt autonomi som saknar eller har nedsatt förmåga att självständigt fatta beslut när det gäller hälso- och sjukvård. Ett autonomt beslut kräver att man har tillgång till adekvat information, att beslutet är frivilligt och att man är kompetent att ta beslut. Exempel på personer med nedsatt autonomi kan vara barn, dementa, gravt psykiskt störda personer och personer med språksvårigheter. När deras behov väl är bedömda ingår de i den vanliga prioriteringsordningen utifrån storleken av sina behov och nyttan av de insatser som kan vara aktuella. De kan alltså inte per automatik betraktas som en prioriterad grupp vilket är en vanlig missuppfattning idag.

*Kostnadseffektivitetsprincipen* är också en etisk princip. Den innebär att hälso- och sjukvården har ett ansvar för att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt utan att hög patientsäkerhet och god kvalitet åsidosätts. Att inte göra detta är att handla oetiskt. Denna princip var i förarbetet till ändringen av HSL underordnad de båda andra etiska principerna.

*”Ledningen av hälso- och sjukvården skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet”*

28 § Hälso- och sjukvårdslagen

När Läkemedelsförmånsnämnden bildades gjorde riksdagen en annan bedömning och gav kostnadseffektivitetsprincipen en högre dignitet (Proposition 2001/02:63).

För att kunna göra en prioritering i det enskilda fallet har alla patienter enligt HSL (§ 2 a) rätt till en medicinsk bedömning *om det inte är uppenbart obehövligt*. Först efter en sådan bedömning är det möjligt att säga om och i så fall vilket behov en enskild person har av hälso- och sjukvård.

## **1.2 Att prioritera och att ransonera**

I vården förekommer två fenomen som ofta förknippas med varandra. Det ena handlar om att göra prioriteringar i vården, det andra om att ransonera vård.

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

I vården kan det t ex handla om att ge en vårdform, en patientgrupp eller en behandlingsinsats företräde framför en annan. Det vi väljer mellan måste dock vara jämförbart så att det verkligen är ett val det handlar om. Att välja mellan en verksam metod och en icke verksam metod kan därför inte kallas att prioritera (Liss 2004).

Att ”prioritera” är *inte* detsamma som nedskärningar och besparingar. Prioriteringar *kan* göras i tider av besparingar för att bestämma vilka patientgrupper som i första hand ska ha tillgång till de resurser som finns kvar. Men prioriteringar kan också göras när sjukvården tillförs pengar för att bestämma vem som ska få företräde till de nya resurserna.

Det andra fenomenet vi behöver klargöra är något som sällan talas om i vården men som ofta görs, nämligen *ransonering*. Ransonering innebär helt enkelt att en begränsning görs av vård som är möjlig att ge utifrån dagens kunskapsläge. Det sker med andra ord ett medvetet val att inte åtgärda vissa behov optimalt. En ransonering kan t ex innebära att lägre *mål* sätts för vården. Kanske begränsas insatsen till att patienten ska klara det mest kroppsnära i personlig vård och att det som har att göra med fritiden faller utanför verksamheten. Eller sätts mål med en lägre självständighetsgrad där patienten istället får räkna med att behöva hjälp i olika aktiviteter. Ransoneringar kan också handla om *tid*. Att minska tillgängligheten genom att förlänga köer så att vårdbehoven inte tillgodoses inom rimlig tid är exempel på detta.

*Kvalitet* kan också ransoneras genom att t ex förskriva hjälpmedel med sämre prestanda. *Indikationsändring* innebär vanligen att en större grad av ohälsa krävs innan åtgärder sätts in. Slutligen kan ransonering helt enkelt innebära att vissa vårdbehov ställs utanför den offentliga vården och inte åtgärdas alls (Liss 2004). När en rangordning gjorts så tas någon form av beslut om vad som ska ske med det som är högt prioriterat likväl med det som är lågt prioriterat. Det är här ransoneringsbeslut kan bli aktuella. Ransoneringar *kan* grunda sig på medvetna prioriteringar där vissa patientgrupper blir föremål för ransoneringar medan annan verksamhet på ett medvetet sätt lämnas orörd. Men de kan också grunda sig på faktorer som t ex starka företrädare för professionen eller patientgrupper och mindre på helhetsbedömningar av behovsbilden i vården. Idag sker mycken ransonering utan möjlighet att utifrån bedöma om besluten grundar sig på medvetna prioriteringar baserade på intentionerna i Hälso- och sjukvårdslagen (Liss 2004).

### **1.3 Öppna vertikala prioriteringar**

*”Det är viktigt att de bakomliggande skälen till och principerna för prioriteringar redovisas öppet. Dessa har sin grund i värderingar av olika slag. De värderingar som styr såväl tillgången till hälso- och sjukvård som de prioriteringar som anses nödvändiga måste i princip kunna delas av det stora flertalet i befolkningen.”*

Prop. 1996/97:60

Vad finns det då för krav för att en prioritering ska kunna kallas öppen? Även om propositionen ger en viss vägledning så finns ännu inget etablerat språkbruk för begreppet ”öppna prioriteringar”. Per-Erik Liss, PrioriteringsCentrum, har arbetat fram den definition som idag troligen är den mest vedertagna i diskussionerna i Sverige kring öppenhet. Definitionen kan sammanfattas så att besluten, grunderna och konsekvenserna av en prioritering ska vara tillgängliga för alla som önskar ta del av dem för att prioriteringen ska anses vara till fullo öppen (Liss 2004).

Ett annat begrepp som finns anledning att stanna upp vid är *vertikala prioriteringar*. Här är språkbruket lite instabilt. I Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård definieras vertikal prioritering som en rangordning inom ett verksamhetsområde (t ex primärvård) eller inom en sjukdomsgrupp (t ex rörelseorganens sjukdomar) till skillnad från *horisontell prioritering* som avser prioritering mellan olika verksamhetsområden eller mellan olika sjukdomsgrupper ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).



## **1.4 Prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik**

I Prioriteringsdelegationens slutbetänkande (SOU 1995:5) betonades att annan vårdpersonal än läkare hittills hade spelat en undanskymd roll i diskussioner om hur vårdens resurser skulle användas och fördelas. Här betonades att sjukvårdshuvudmännen måste ta ansvar för att utveckla metoder för prioriteringar där alla personalgrupper deltar. För att öka kunskapen om vad som styr de prioriteringar som arbetsterapeuter och sjukgymnaster gör i sitt patientnära arbete och hur de resonerar kring öppna prioriteringar har PrioriteringsCentrum därför genomfört ett antal intervjuer med dessa yrkesgrupper (Broqvist 2004). Samtidigt genomfördes intervjuer med liknande resultat inom omvårdnad (Lämnås och Jacobsson 2004, Höglund 2003) och kommunal omsorg (Lund 2003, Hammarström 2004).

Resultatet av intervjuerna med arbetsterapeuter och sjukgymnaster visade att det rådde en stor variation i medvetenheten och öppenheten kring vilka prioriteringar som gjordes och på vilka grunder. Det fanns många olika faktorer som påverkade och som konkurrerade med de principer som enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska gälla för prioriteringar. Den remitterande läkarens kompetens och intresse, politiska styrsystem och viljeyttringar, yttre fysiska förutsättningar som t ex lokalers utformning, den egna kompetensen och det egna intresset, arbetsplatsens kultur och traditioner samt yrkesprestige är några exempel. Patienters egen upplevelse av behov påverkade också starkt sjukgymnasters och arbetsterapeuters prioriteringar (Broqvist 2004).

Det faktum att det finns mycket som hotar tränga undan riksdagens riktlinjer för prioriteringar är på inget sätt unikt för dessa yrkesgrupper. Även Riksrevisionen, som granskat regeringens och berörda myndigheters arbete med att konkretisera riksdagens riktlinjer, konstaterar att riktlinjerna överlag är relativt okända och troligen i liten utsträckning påverkar styrningen av hälso- och sjukvård (RIR 2004:9).

Intervjuerna visade också att det sällan fördes mer övergripande behovsdiskussioner på gruppnivå. Det pågick inte något organiserat nationellt prioriteringsarbete inom arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas professionella organisationer. Däremot fanns exempel på lokala sådana, ofta som en viktig arbetsmiljöfråga på arbetsplatser där personalen angett en hög stresskänsla. Studien visade också att dessa yrkesgrupper sällan deltog i tvärprofessionella prioriteringsdiskussioner. Socialstyrelsens riktlinjearbete utgjorde här ett viktigt undantag inte minst vad det gäller arbetet med strokeriktlinjerna där flera arbetsterapeuter och sjukgymnaster fanns representerade ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

Det finns flera argument som talar för en fortsatt utveckling av öppna prioriteringar när det gäller dessa yrkesgrupper. För politiker handlar det om att få mer heltäckande beslutsunderlag i sitt prioriteringsarbete. För den enskilda yrkesinnehavaren verkar öppna prioriteringar vara en viktig arbetsmiljöfråga för att definiera och avgränsa sitt uppdrag. För enskilda patienter skall det förhoppningsvis leda till en mer ändamålsenlig och rättvis tillgång till vård. Den framtida patienten spås ställa ökade krav på insyn och delaktighet i vården likväl som patienter med nedsatt autonomi behöver känna trygghet i att också deras behov uppmärksammas.

I samband med den tidigare intervjustudien med arbetsterapeuter och sjukgymnaster identifierades ett antal möjliga utvecklingssteg;

- Att bygga upp kunskap om vad prioriteringar innebär och den lagmässiga regleringen av prioriteringar inom hälso- och sjukvård.
- Föra övergripande behovsdiskussioner för de patientgrupper som arbetsterapeuter eller sjukgymnaster arbetar med.
- Utveckla metoder för prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik.
- Skapa delaktighet i prioriteringsdiskussioner på alla nivåer med andra yrkesgrupper och med politiker.
- Utveckla metoder för offentliggörande av prioriteringar till patienter och allmänhet.

Genom att arbeta vidare med dessa utvecklingsfrågor skulle mer medvetna och öppna prioriteringar kunna bli möjliga inom arbetsterapi och sjukgymnastik vilket i sin tur skulle möjliggöra en större insyn i hur behov kopplade till rehabiliteringsinsatser tillgodoses i vården idag (Broqvist 2004).

### ***1.5 Behovet av konkretisering av den etiska plattformen***

Riksrevisionen påtalade i sin revisionsrapport nödvändigheten av att utveckla och konkretisera riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvård så att de får genomslag i praktisk vårdvardag (RIR 2004:9). Många olika vårdaktörer har upplevt samma behov. Detta behov har lett fram till en mängd olika aktiviteter i Sverige idag.

Några få landsting har en viss erfarenhet av att göra öppna prioriteringar. Landstinget i Östergötland startade till exempel i mitten av 1990-talet ett omfattande arbete (s k medicinskt programarbete) för att skapa kunskapsunderlag för öppna prioriteringar. I samband med detta arbete påbörjades arbetet med att konkretisera den etiska plattformen (Nyrén 1999).

År 2003 offentliggjordes de första prioriteringarna med stort massmedialt och politiskt intresse (Bäckman, Lindroth och Carlsson 2005). Även Västra Götaland har utarbetat en modell för prioriteringar som tillämpats i ett omfattande arbete där regiongemensamma vertikala prioriteringsunderlag har tagits fram inom flera olika specialiteter ([www.vgregion.se/prioriteringar](http://www.vgregion.se/prioriteringar)).

Svenska Läkaresällskapet är en annan viktig aktör som intressent för prioriteringar. År 2000 tillsattes en prioriteringskommitté vars syfte var att få läkare mer engagerade i att ta fram underlag till politiska prioriteringar. De ansåg att det skulle vara av stort värde att enas om en enhetlig arbetsmodell för vertikala prioriteringar i landet. Flera av Läkaresällskapets sektioner har därför arbetat aktivt med att utveckla och föreslå arbetssätt för att ta fram prioriteringslistor inom olika specialiteter. Förhoppningen var att dessa ska fungera som stöd i lokala prioriteringsdiskussioner. Arbetet resulterade i ett förslag till en arbetsmodell för vertikala prioriteringar. Denna metod skulle på inte betraktas som färdigutvecklad utan det poängterades att det finns behov av fortsatt framtida erfarenhetsutbyte kring metoder för prioriteringar (Svenska Läkaresällskapet 2004).

Socialstyrelsen arbetar också med att utveckla metoder för tillämpning av riksdagsbeslutet om prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Sedan 1996 har Socialstyrelsen arbetat med att ta fram riktlinjer för vård och behandling av patienter med svåra kroniska sjukdomar. Från och med år 2000 har de också i uppdrag av staten att ta fram beslutsstöd för prioritering i samband med riktlinjerna. Hittills har sådana riktlinjer utarbetats för hjärtsjukvård, astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom samt venös tromboembolism. Arbeten pågår med riktlinjer för tre vanliga former av cancer, stroke samt depression och ångestsyndrom. Planering pågår också för riktlinjer för demenssjukdomar och preventiv hälso- och sjukvård. Syftet med Socialstyrelsens prioriteringsarbete är att skapa en mer behovsstyrd vård och ökad effektivitet och rättvisa i hälso- och sjukvården oavsett var i Sverige man bor. I huvudsak används samma arbetsmodell för vertikala prioriteringar i Socialstyrelsens riktlinjearbete som den modell som Svenska Läkaresällskapet föreslår ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

För att undersöka om det alls är möjligt att göra prioriteringar på andra områden än vad det gäller medicinska insatser genomfördes 2003 ett försök inom omvårdnadsområdet. Projektet genomfördes i samarbete mellan Svensk sjuksköterskeförening, Vårdförbundet och Svenska Läkaresällskapet. Slutsatsen av arbetet var att det är möjligt att göra öppna prioriteringar av omvårdnadsinsatser, i det aktuella fallet inom strokevård. Den modell för prioriteringar av omvårdnadsåtgärder som togs fram i projektet avvek på några punkter från Svenska Läkaresällskapets modell.

Fortsatt utvecklingsarbete för att ta fram en mer generell modell för alla omvårdnadsproblem ansågs behövas (Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet 2004)

### **1.6 Arbetsmodell för vertikala prioriteringar**

I det här projektet har utgångspunkten varit den arbetsmodell<sup>1</sup> för vertikala prioriteringar som förordas av Svenska Läkaresällskapet 2004 och består av följande komponenter:

- *Indelning och avgränsning av prioriteringsområde*

Vid allt prioriteringsarbete måste en avgränsning och definition av det område som ska bli föremål för prioriteringar (t ex prioriteringar inom hjärtsjukvård) ske.

- *Val och gruppering av det som ska bli föremål för rangordning*

En prioritering innebär alltid en prioritering av något. Nästa steg blir därför att inom det prioriteringsområde som valts bestämma *vad* det är som ska bli föremål för prioriteringar och utifrån detta skapa olika prioriteringsgrupper. Detta något kallas ibland för prioriteringsobjekt. I den arbetsmodell som Svenska Läkaresällskapet förordar utgörs prioriteringsobjektet av olika kombinationer av tillstånd och åtgärder, t ex bröstcancer med åtgärden operation.

- *Bedömning av vad som ska ligga till grund för prioriteringar*

För att komma fram till vilken rangordning som ska gälla måste de aspekter som ska vägas in vid prioriteringar definieras. Svenska Läkaresällskapet föreslår att hänsyn tas till sjukdomstillståndets svårighetsgrad, den förväntade nyttan med insatsen, insatsens kostnadseffektivitet samt evidensgradering. I Figur 1 beskrivs de aspekter som ingår i den arbetsmodell för vertikala prioriteringar som förordas av Svenska Läkaresällskapet<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Termerna arbetsmodell, modell, metod för vertikal prioritering används synonymt i rapporten.

<sup>2</sup> Aspekterna finns inte illustrerade i någon figur i Svenska Läkaresällskapets skrift (2004) varför den istället hämtats från Socialstyrelsens beskrivning av Nationella riktlinjer för Hjärtsjukdomar ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

Figur 1. Grundprinciper för vertikal prioritering

Människovärdesprincipen (Nedsatt autonomi)		
Behovs och solidaritetsprincipen		Kostnadseffektivitetsprincipen
Hälsotillstånd (svårighetsgrad)	Patientnytta (effekt av insats)	Kostnadseffektivitet
<p><b>*Aktuellt hälsotillstånd</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- symtom</li> <li>- funktionsförmåga</li> <li>- livskvalitet</li> </ul> <p><b>*Risk för</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- förtida död</li> <li>- permanent sjukdom/skada</li> <li>- försämrad livskvalitet</li> </ul>	<p><b>*Effekt på aktuellt hälsotillstånd</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- symtom</li> <li>- funktionsförmåga</li> <li>- livskvalitet</li> </ul> <p><b>*Effekt på risk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- förtida död</li> <li>- permanent sjukdom/skada</li> <li>- försämrad livskvalitet</li> </ul> <p><b>*Risk för biverkningar och allvarliga komplikationer av åtgärden</b></p>	<p><b>*Direkta kostnader</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medicinska åtgärder</li> <li>- ej medicinska åtgärder</li> </ul> <p><b>*Indirekta kostnader</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- produktionsbortfall</li> <li>- andra tidskostnader (patient, anhörig m. fl.)</li> </ul> <p><b>i förhållande till patientnyttan</b></p>
<b>FAKTA, VETENSKAPLIG EVIDENS OCH KLINISK ERFARENHET</b>		

Högst upp i figuren finns de etiska principer som utgör utgångspunkten för arbetsmodellen. Här finns också begreppet *nedsatt autonomi* för att påminna om vårdens särskilda ansvar att också bedöma behoven hos dessa patientgrupper.

I riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar har stor betydelse lagts vid hälsotillståndets svårighetsgrad för att avgöra hur stort ett vårdbehov är. Vid värdering av sjukdomens svårighetsgrad bedöms det *aktuella hälsotillståndet*, d v s hur patientgruppers hälsa kan beskrivas i termer av *symtom*, *funktionsförmåga* och *livskvalitet*. Sjukdomens svårighetsgrad bedöms också utifrån *risk för förtida död*, *permanent sjukdom/skada* samt *försämrad livskvalitet*. Svenska Läkaresällskapet anser att det är för tidigt att rekommendera en enhetlig begreppsapparat vad det gäller hur svårighetsgrad ska graderas.

Prioriteringsutredningen slog också fast att patientens förmåga att tillgodogöra sig behandlingen finns inbyggd i behovsbegreppet, eftersom behov definierades som något man har nytta av (Regeringens proposition 1996/97:60). Enligt detta synsätt har man inte behov av något som man inte har någon nytta av.

*Patientnyttan (effekt av insats)* bedöms därför utifrån hur en insats påverkar aktuellt hälsotillstånd och risk för framtida ohälsa. Dessutom vägs komplikationsrisken med insatsen. Det är den genomsnittliga förväntade nyttan för en grupp som åsyftas här oavsett att vissa patienter troligen kommer att ha stor nytta av åtgärder, andra kanske ingen eller liten nytta. Även här sker en gradering av nyttan. Termer som *liten*, *måttlig* eller *stor*<sup>3</sup> har prövats men Svenska Läkaresällskapet anser också här att det är för tidigt att rekommendera en enhetlig begreppsapparat. Patientnyttan bedöms utifrån fakta, vetenskaplig evidens och klinisk erfarenhet och anges i skattningar. Svenska Läkaresällskapet anger inte i sin ursprungliga modell vilken skala graden av stöd ska anges i men talar bland annat om starkt stöd och litet stöd.

Slutligen bedöms *kostnadseffektiviteten* utifrån hälsoekonomiska fakta<sup>4</sup>. Men även där hälsoekonomiska studier saknas måste kostnadseffektiviteten beaktas i form av *direkta kostnader* både för medicinska insatser och insatser av andra personalgrupper samt *indirekta kostnader* i form av produktionsbortfall och andra tidskostnader som t ex anhörigas insats. Kostnadseffektivitet anges i en skala från låg till mycket hög.

- *Sammanvägning till en prioriteringsnivå*

Efter att alla dessa olika aspekter bedömts sker en sammanvägning av svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet samt den evidens dessa bedömningar vilar på så att man kommer fram till en viss prioriteringsnivå och en rangordning av olika tillstånd/insatser uppstår. Svenska Läkaresällskapet föreslår att prioriteringsnivå anges i en skala från 1 till 10. Siffran 1 anger vad som ges högst prioritet och siffran 10 vad som ges lägst prioritet.

- *Presentation av rangordningslista och konsekvensbeskrivning*

Svenska Läkaresällskapet rekommenderar att rangordningen presenteras som en lista med kommentarer. Listan kan beskrivas med följande rubriker (Figur 2):

---

<sup>3</sup> I Socialstyrelsens riktlinjearbete har en mer differentierad skala använts där nyttan sätts i relation till 1-års mortaliteten.

<sup>4</sup> När hälsoekonomiska data har funnits har kostnadseffektiviteten bedömts enligt kostnad per vunnet levnadsår och kostnad per kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs). Fördelen med att använda QALY anses vara att den möjliggör jämförelse mellan insatser som i huvudsak påverkar överlevnad med insatser som i huvudsak ger ökad livskvalitet. Vid beräkning av vunna kvalitetsjusterade levnadsår lägger man ihop både vinst i livskvalitet och överlevnad. Socialstyrelsen talar om låg kostnad <100 000kr per QALY, måttlig <500 000 kr, hög <1 miljon kr och mycket hög >1 miljon kr ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

Figur 2. Rangordningslista vid vertikal prioritering

Hälsotillstånd och Insats	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta/effekt av insats	Stöd för effekt	Uppskattad kostnads-effektivitet	Rangordning
<p>Först beskrivs tillståndet hos patient/patientgrupp och i vilken situation det bedöms/konstateras</p> <p><i>Därefter beskrivs aktuell åtgärd eller alternativa åtgärder (anges kursivt)</i></p>			Ange form av stöd t ex vetenskapliga studier alternativt klinisk erfarenhet		1-10

Rekommendationen är dock att varje rangordningslista som ska användas utanför kretsen av sakkunniga behöver kompletteras med dialog och olika typer av konsekvensbeskrivningar. Läkaresällskapet menar att dessa beskrivningar är särskilt viktiga då prioriteringar kombineras med ransoneringar för att beskriva olika konsekvenser som förväntas uppstå om viss typ av vård inte längre kan erbjudas.

## 2. PROJEKTETS SYFTE OCH GENOMFÖRANDE

Utifrån det utvecklingsbehov och behov av stöd som påvisats inom sjukgymnastik och arbetsterapi när det gäller prioriteringar inledde PrioriteringsCentrum diskussioner med representanter för Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR). Diskussionerna ledde till ett samarbetsprojekt mellan PrioriteringsCentrum och var och ett av förbunden.<sup>5</sup>

### 2.1 Syfte

Syftet med detta samarbetsprojekt har varit att besvara frågan om den arbetsmodell för öppna vertikala prioriteringar som Svenska Läkaresällskapet rekommenderar, och som också i sina huvuddrag används av Socialstyrelsen, är tillämplar också för sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Ger modellen den vägledning som dessa yrkesgrupper behöver för att kunna omsätta de etiska principerna till praktiskt prioriteringsarbete? Finns det anledning att avveckla eller utveckla den? Och vad är i så fall skälen?

Projektet förväntas också bidra till utveckling av en gemensam arbetsmodell för vertikala prioriteringar som många yrkeskategorier kan känna sig bekväma med så att gränsöverskridande prioriteringsdiskussioner kan ske mellan olika professioner, med politiker och i en förlängning också med allmänheten.

Projektet väntas belysa följande frågeställningar:

- Vilken indelning och avgränsning av delområden är rimlig i ett prioriteringsarbete inom arbetsterapi och sjukgymnastik?
- Vad kan bli föremål för prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik?
- Vilka aspekter är rimliga att väga in vid prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik och hur kan dessa beskrivas?
- Hur kan sammanvägningen till en viss prioriteringsnivå göras?
- Vilka prioriteringsnivåer är möjliga inom arbetsterapi och sjukgymnastik?
- Hur kan konsekvensbeskrivningar av utebliven insats beskrivas?
- Hur kan prioriteringsordningen presenteras?

---

<sup>5</sup> I fortsättningen kommer projektet att kallas ”samarbetsprojektet” eller bara projektet även om det bedrivits som två separata projekt, ett inom FSA och ett inom LSR. Med projektgrupperna/ grupperna åsyftas både gruppen inom FSA och LSR om inget annat anges.



- Hur överensstämmer arbetsterapeuters och sjukgymnasters sätt att resonera kring prioriteringar med den modell som rekommenderas av Svenska Läkaresällskapet? Avvikelser och dess orsaker?
- Vilka tankar finns om arbetsmodellens användbarhet inom arbetsterapi och sjukgymnastik?

## **2.2 Projektorganisation och deltagare**

Inom sjukgymnastik utgjorde ett seminarium om prioriteringar hösten 2004 i samarrangemang mellan LSR och PrioriteringsCentrum startpunkten för projektet. Till seminariet hade representanter från LSR:s sektioner, högskolor och vetenskapliga råd inbjudits att delta. Deltagarna kunde där anmäla intresse för att ingå i projektgruppen. Sektionen för gerontologi och geriatrik/äldres hälsa<sup>6</sup> samt Sektionen för ortopedisk manuell terapi (OMT)<sup>7</sup> kom att tillsammans utgöra projektgruppen inom LSR ([www.lsr.se](http://www.lsr.se)). Sammankallande ordförande inom respektive sektion utsåg varsin arbetsgrupp bestående av sammanlagt åtta sjukgymnaster verksamma inom/med god kännedom om respektive verksamhetsområde. Som styrgrupp för projektet har en utredare samt LSR:s FoU-chef fungerat (för deltagarförteckning se bilaga 1).

Inom arbetsterapi beslutade förbundsstyrelsen att bilda en styrgrupp för projektet bestående av ordförande i FSA, en ledamot från FSA:s kvalitetsråd samt ordförande i FSA:s etiska råd. Förbundsstyrelsen utsåg en arbetsgrupp inom verksamhetsområdet primärvård. Arbetsterapeuter inom primärvård ansågs arbeta med en sammansatt patientgrupp med många olika behov som på olika sätt kan spegla arbetsterapeutens verksamhetsområde. Gruppen bestod av sju arbetsterapeuter, jämnt fördelade på landstings- och kommunal primärvård från olika orter i Sverige. En av dessa sju var privat anställd i ett företag med landstingsavtal gällande områdesansvar motsvarande ett primärvårdsområde. I gruppen fanns dessutom en arbetsterapeut verksam som utvecklingssekreterare i Landstinget i Östergötland och med vana av praktiskt prioriteringsarbete framför allt ur ett politiskt perspektiv (för deltagarförteckning se Bilaga 1).

Styrgrupperna/representanter från ledningen inom de båda förbunden har varit ett stöd och en diskussionspartner till grupperna i yrkesspecifika frågor. PrioriteringsCentrum har bidragit med metodkunskap kring prioriteringar, fungerat som sammankallande och har följt och dokumenterat arbetet i såväl styr- som arbetsgrupper (för deltagarförteckning se Bilaga 1).

---

<sup>6</sup> Sektionen för gerontologi och geriatrik arbetar med yrkesutveckling av klinisk verksamhet när det gäller äldres hälsa. Sektionen kommer i fortsättningen att kallas Geriatriksektionen.

<sup>7</sup> Sektionen för ortopedisk manuell terapi arbetar med yrkesutveckling vad det gäller diagnostik och behandling av alla typer av rygg- och ledbesvär.

## 2.3 Genomförandet

För att utveckla metoder för prioriteringar inom sjukgymnastik och arbetsterapi är flera vägar möjliga. En kan vara att förutsättningslöst försöka konkretisera den etiska plattformen och bygga upp egna, yrkesspecifika arbetsmodeller som vägledning vid prioriteringar. I det här projektet valdes istället att utgå ifrån en redan etablerad metod för vertikala prioriteringar och pröva om den var tillämpbar också inom sjukgymnastik respektive arbetsterapi. Att tillvarata andras erfarenheter sågs som angeläget.

Som en start för arbetsdiskussionerna har grupperna använt figuren för grundprinciperna för vertikal prioritering (se Figur 1) samt figuren för rangordningslista för vertikal prioritering (se Figur 2). Utifrån dessa har respektive arbetsgrupp förutsättningslöst diskuterat sig fram till vilka steg de anser viktiga i ett prioriteringsarbete. Allt eftersom arbetet fortskridit och diskussionerna fördjupats har jämförelser gjorts med i första hand med Svenska Läkaresällskapets arbetsmodell men också med hur andra aktörer resonerat när det gäller tillvägagångssätt och vad som bör vägas in vid prioriteringar.

Det finns stora likheter i de sätt som arbetsgrupperna inom FSA och LSR har tagit sig an uppgiften. Något samarbete mellan de båda förbunden har dock inte skett under projekttiden utan respektive förbund har arbetat var för sig. Grupperna har haft sex eller sju mötestillfällen. Deltagarna från OMT och Geriatriksektionen har haft gemensamma möten förutom vid ett tillfälle då sektionerna arbetade var och en för sig.

Respektive arbetsgrupp hade inledningsvis en introduktion som tjänade till att bygga upp kunskapen kring prioriteringar t ex vad det gäller;

- behov av prioritering
- begreppet prioritering och närbesläktade fenomen
- lagreglering och etiska principer för prioritering

Ett viktigt steg i projektet var att reflektera över vilka prioriteringar projektdeltagarna själva gjorde i sin verksamhet och på vilka grunder. Grupperna har sedan provat arbetsmodellen för vertikal prioritering, bl a genom att välja ut och försöka rangordna några utvalda tillstånd och insatser. Mellan mötestillfällena har deltagarna diskuterat och förankrat tankar som väckts i projektet på hemmaplan. Dessutom har olika resurspersoner inbjudits för att tillsammans med grupperna diskutera prioriteringar och etik, kostnadseffektivitet samt erfarenheter från Socialstyrelsens riktlinjearbete om prioriteringar.

Slutsatser och olika frågeställningar som kommit upp har dessutom diskuterats på den nationella prioriteringskonferensen som hölls i Göteborg i september 2005 ([e.lio.se/prioriteringscentrum](http://e.lio.se/prioriteringscentrum)). Projektet avslutades i samband med konferensen.

## **2.4 Resultatredovisning av projektet**

Syftet med detta projekt har inte varit att ta fram kompletta prioriteringsordningar inom primärvård, geriatrik eller ortopedisk manuell terapi. Utöver ett exempel kommer därför inte några sådana listor att redovisas i denna rapport.

*”Man trodde att det skulle ticka ut en rangordningslista men det blev ett modelltänk som vägledning för andra.”*

Det kan också vara värt att inledningsvis poängtera att syftet inte heller var att skapa en handbok över hur man *ska* göra vid vertikala prioriteringar inom sjukgymnastik och arbetsterapi. Det viktiga har istället varit diskussionerna kring hur den prövade arbetsmodellen passar sjukgymnasters och arbetsterapeuters sätt att tänka.

Redan nu ska sägas att projektgrupperna har svarat ett otvetydigt ja på frågan om arbetsmodellen för att ta fram vertikala prioriteringar är tillämpbar också för arbetsterapeuter och sjukgymnaster. I resultatredovisningen kommer samtliga steg i Svenska Läkaresällskapets arbetsmodell att diskuteras, praxis studeras och förbättringsförslag lämnas. Förslagen ska dock ses för vad de är, ett steg i ett pågående utvecklingsarbete där det ofta handlar om att peka på vikten av fortsatta diskussioner, såväl inom de egna professionerna som tvärprofessionellt.

Diskussionerna har kommit att bli mycket lika bland sjukgymnaster och arbetsterapeuter som ingått i projektet. Resultatet av diskussionerna kommer därför att redovisas gemensamt. De citat som finns med i rapporten är hämtade från deltagarna i projektgrupperna, uttalade antingen av sjukgymnaster eller arbetsterapeuter, om inte annat anges.

### 3. INDELNING OCH AVGRÄNSNING AV PRIORITERINGSOMRÅDE

När ett prioriteringsarbete ska starta finns anledning att fundera över vad detta arbete ska omfatta. Inom Svenska Läkaresällskapet har försöken med prioriteringsarbete utgått från olika verksamhetsområden eller medicinska specialiteter (Svenska Läkaresällskapet 2004). Prioriteringsarbetet på Socialstyrelsen har hittills utgått från sjukdomsgrupper, vilket innebär att flera verksamhetsområden och huvudmän berörs ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

I detta projekt har indelningen av prioriteringsarbetet blivit så att

- arbetsterapeuterna valde att utgå ifrån ett *verksamhetsområde*, primärvård, som omfattar en bred och sammansatt patientgrupp med många olika typer av sjukdomar/skador som leder till många olika funktionsnedsättningar och aktivitetsproblem.
- sjukgymnasterna valde en *patientgrupp* - den äldre sjuka patienten, vars behov tillgodoses av flera olika aktörer i vården på olika nivåer och av flera sjukvårdshuvudmän. Även här gäller det en patientgrupp med många olika funktionsnedsättningar och aktivitetsproblem.
- sjukgymnasterna valde också en *behandlingsmetod* som utgångspunkt för sitt prioriteringsarbete. I det här fallet gällde det en särskild sjukgymnastisk specialitet, ortopedisk manuell terapi som kan tillämpas inom många olika verksamhetsområden och på olika diagnosgrupper.

Någon allmän rekommendation om vilka av dessa indelningar som är att föredra när det gäller prioriteringsarbete i praktiken inom sjukgymnastik och arbetsterapi kan inte ges utifrån detta projekt. Syftet med ett prioriteringsarbete måste avgöra hur arbetet organiseras. Den dominerande uppfattningen är dock att ett prioriteringsarbete bör delas in så att det om möjligt omfattar

- *flera huvudmän* d v s både landstingsverksamhet och kommunal verksamhet (eventuellt också andra berörda aktörer) för en och samma patientgrupp då det finns ett värde i att olika synsätt bryts i ett prioriteringsarbete.
- *olika yrkesgrupper* för att skapa gemensamma prioriteringar (även om det kan vara angeläget att starta med ett ”internt” arbete inom sin egen profession för att bygga upp den egna medvetenheten om vad som kan anses som rimliga prioriteringar utifrån sin yrkeskompetens).

- *såväl lokal som nationell nivå* inom sjukgymnastik och arbetsterapi. Det nationella prioriteringsarbetet ansågs behövas för att kunna ta fram bästa möjliga kunskapsunderlag för prioriteringar men också för att synliggöra olika praxis i klinisk vardag i landet och på bästa sätt ge stöd åt lokalt prioriteringsarbete.

## 4. VAD KAN BLI FÖREMÅL FÖR PRIORITERINGAR INOM ARBETSTERAPI OCH SJUKGYMNASTIK?

En stor del av projekttiden ägnades åt att diskutera vad som kan vara lämpliga prioriteringsobjekt inom arbetsterapi respektive sjukgymnastik. Ytterst handlar detta förstås om vad syftet med ett prioriteringsarbete är. Att också prioritera mellan icke-patientrelaterat arbete kan t ex vara högst relevant om det är olika arbetsuppgifter inom en rehabiliteringsverksamhet som ska rangordnas. I det här projektet har prioriteringar endast gällt patienternas behov av hälso- och sjukvård och insatser direkt relaterat till detta. Icke-patientrelaterade arbetsuppgifter har lämnats utanför och kommer inte att kommenteras ytterligare även om sådana uppgifter i praktiken också ingår i de prioriteringar som arbetsterapeuter och sjukgymnaster måste göra.

I den arbetsmodell som Svenska Läkaresällskapet förordar utgörs prioriteringsobjektet av olika kombinationer av tillstånd och insatser som t ex *levercancer kombinerat med kuratorisk uppföljning*. Ibland är diagnosen inte känd utan det är ett symptom eller misstanke om en sjukdom kombinerat med insatsen som utgör prioriteringsobjekt t ex *misstänkt lumbago kombinerat med egenvårdsråd*. Det handlar om prioriteringsobjekt på gruppnivå och som typfall och inte om prioriteringar mellan enskilda individer. För att kunna göra en prioritering i det enskilda fallet måste en individuell bedömning göras som mycket väl leda till avsteg från en mer generell prioriteringsordning.

### 4.1 En inventering av prioriteringsobjekt

Båda projektgrupperna började med att göra en inventering av vad de själva prioriterar emellan i sin vardag. Resultatet blev en lång lista av olika slags prioriteringsobjekt (se Figur 3);

Figur 3. Exempel på prioriteringsobjekt inom arbetsterapi och sjukgymnastik

Neurologipatienter	Förflyttningssvårigheter	Patient med komplicerande faktorer
Personligt besök	Känd patient	Bedöms gå till äldreboende
Kroniska besvär	Fallrisk	Behov av miljöinriktad insats
Strokepatienter	Sjukskriven patient	Påbörjad insats av annan aktör
Yngre patient	Prioriteringsgrupp I	Patient utan komplicerande faktorer
Akut patient	Patient utan hemtjänst	Patient med hemtjänst
Oro	Hjärtsvikt	Patient med nytillkomna besvär
Patient utan anhöriga	Bli gångare	Risk för långtidssjukskrivning
Gonarthros	Palliativ vård	Inkommande remisser från läkare
Kunnig remittent		Patienter som ska skrivas ut
Bibehålla funktioner		Patienter med komplexa behov

Projektgrupperna upplevde det som att ”det spretade” mycket när det gällde hur de beskrev de grupper som de prioriterade emellan. Vissa av de prioriteringsobjekt som kom upp ansåg de själva svåra att förena med prioriteringsriktlinjerna i HSL. Det gällde t ex det som har att göra med vilken som är remittent och det sätt som patienten blir känd hos arbetsterapeuten eller sjukgymnasten på (t ex personligt besök, känd eller icke känd patient). Kvar återstod ett antal faktorer som man fortsatte att pröva som prioriteringsobjekt;

- Sjukdomsgrupp/diagnos (t ex stroke, neurologi, gonarthros)
- Konsekvenser av sjukdom/skada (t ex förflyttningssvårigheter, oro, fallrisk)
- Insatser/målsättningar (t ex behov av att bibehålla funktioner, behov av miljöinriktad insats, palliativ vård)
- Fas i sjukdomsförloppet (t ex kroniska besvär, nytillkomna besvär)

När det gäller gruppering utifrån *personliga faktorer* som t ex ålder och funktion i samhället (t ex yngre patienter, risk för långtidssjukskrivning hos arbetsföra) samt *omgivningsfaktorer* (t ex hemtjänstinsatser eller ej) ansågs dessa också svåra att förena med människovärdesprincipen som säger att ålder och funktion i samhället inte ska ligga till grund för prioritering. Detta kommer dock att diskuteras längre fram i rapporten när ohälsotillståndsvårighetsgrad och patientnytta diskuteras.

## **4.2 Att prioritera mellan olika ohälsotillstånd kombinerat med insats**

I likhet med Svenska Läkaresällskapet ansågs prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik med fördel kunna ske mellan patientgrupper med olika ohälsotillstånd kombinerat med arbetsterapeutiska/sjukgymnastiska insatser. Så här har deltagarna resonerat.

### **4.2.1 Ohälsotillstånd sett ur arbetsterapeutens/sjukgymnastens perspektiv**

Tidigare prioriteringsarbeten inom Svenska Läkaresällskapet (Svenska Läkaresällskapet 2004) och Socialstyrelsens riktlinjearbete visar exempel på att **diagnoser** eller olika sjukdomstillstånd använts som prioriteringsobjekt. Diagnoser är inte på samma sätt i fokus för sjukgymnaster och arbetsterapeuter som den är inom medicinen och lämpligheten som prioriteringsobjekt har diskuterats mycket i projektgrupperna.

*”Har diagnosen någon betydelse när vi gör våra prioriteringar eller ska vi strunta i den?”*

Argument för och emot att prioritera mellan olika diagnosgrupper har förts fram och deltagarna i projektet har pendlat i sina ställningstaganden. Ibland menade deltagarna att diagnosen överhuvudtaget inte spelar någon roll för vilka prioriteringar arbetsterapeuter och sjukgymnaster gör. Argument *mot* att prioritera mellan olika diagnosgrupper har varit:

- att kontakten med sjukgymnast eller arbetsterapeut oftast inte sker utifrån vilken sjukdom eller skada patienten har utan utifrån en nedsättning av någon funktion eller ett problem att utföra en aktivitet,
- att arbetsterapeuter och sjukgymnaster ganska ofta finns i sammanhang där diagnosen inte är känd t ex inom primärvård samt
- att medicinska diagnoser ofta är ofullständiga (särskilt upplevt av sjukgymnaster) och för oprecisa (t ex lumbago). Yrkes specifika diagnoser eller klassificeringar finns i liten utsträckning idag.

Grupperna prövade därför att prioritera utan att ta hänsyn till diagnos t ex mellan patientgrupper med svårigheter med personlig vård vid ledproblem och patientgrupper med förflyttningssvårigheter vid neurologiska sjukdomar. Från diskussionen konstateras att

- Diagnosen, eller rättare sagt den bakomliggande sjukdomen eller skadan, påverkar oftast vilken sjukgymnastisk eller arbetsterapeutisk insats som ska göras. Till exempel är insatsen vid balanssvårigheter helt olika beroende på om orsaken är en stroke eller muskelförtviningsjukdomen ALS.
- Diagnos säger något om både funktionsnedsättningar och prognos. Arbetsterapeuters och sjukgymnasters kunskap om olika sjukdomar/skador gör att de ofta underförstått kan tolka vilken funktionsnedsättning en diagnos för med sig utan att denna behöver preciseras.
- Diagnos används relativt ofta inom läkarkåren som prioriteringsobjekt och en likhet i valet av prioriteringsgrupper underlättar troligen en gemensam prioriteringsdiskussion.
- Vetenskaplig evidens är en viktig del i en prioriteringsdiskussion för att avgöra patientnyttan med en insats. I dagsläget är studier om evidens ofta kopplade just till medicinsk diagnos eller ett visst sjukdomstillstånd.

Det visade sig med andra ord att fördelarna med att om möjligt också utgå ifrån diagnoser då man definierar olika patientgrupper i ett prioriteringsarbete övervägde. ”*Patienter med svårigheter med personlig vård vid artrit*” och ”*Patienter med förflyttningssvårigheter vid MS*” kombinerat med olika insatser ansågs med andra ord att föredra framför de mer oprecisa exemplen ovan. När uppgift om diagnos saknas menade deltagarna att det är relevant att dela in patienter i kategorier utifrån olika **funktionsnedsättningar** (t ex nedsatt ledstabilitet, nedsatt muskelstyrka, nedsatt balans).



Även då en diagnos är känd kan det också vara aktuellt att dela upp en diagnosgrupp i undergrupper utifrån olika funktionsnedsättningar. Stroke är ett exempel på en diagnos som leder till många olika funktionsnedsättningar som behöver preciseras för att kunna ange vilken insats som är aktuell. Sjukgymnasterna resonerade i större utsträckning än arbetsterapeuterna utifrån olika funktionsnedsättningar (t ex förekomst av smärta och dess lokalisation) när de diskuterade vad de skulle prioritera emellan.

Om det fanns tveksamheter då det gäller att prioritera mellan olika diagnosgrupper så var det helt klart i arbetsgrupperna att **aktivitetsbegränsningar** och/eller **delaktighetsinskränkningar** är centrala för att beskriva ohälsa inom såväl arbetsterapi som sjukgymnastik. Diagnosen kan inte stå för sig själv utan fokus i ett prioriteringsarbete inom sjukgymnastik och arbetsterapi måste vara de konsekvenser som följer av en sjukdom eller skada. Aktivitetsproblem har hittills inte varit ett särskilt vanligt prioriteringsobjekt med undantag av omvårdnadsprojektet inom stroke (Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet 2004).

*”De tillstånd som vi anger som prioriteringsobjekt måste vara något som vi har ansvar för och kan påverka och då hamnar vi på funktions och aktivitetsnivå.”*

*”Aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning är grunden i ett prioriteringsarbete ..... och ska alltid finnas med när vi tänker på vad vi ska prioritera.”*

Frågan kom också upp om det är så att man i ett prioriteringsarbete först kan identifiera olika huvudgrupper utifrån aktivitetsproblem och sedan fundera över vilka undergrupper som skulle kunna vara aktuella i form av olika diagnoser och/eller olika funktionsnedsättningar? Detta skulle t ex innebära att man utgick från aktivitetsbegränsningen ”*Problem att klara personlig vård*” och sedan lade till ”*vid frakturer i ben/fot, vid depression, vid Parkinsons sjukdom*” etc. Ett sådant synsätt kändes mindre bekant inom landstingets hälso- och sjukvård där vården organiseras utifrån sjukdom/skada/symtom medan personal inom kommunal vård och omsorg mycket väl kunde känna igen sig i detta sätt att tänka där utgångspunkten är ett problem som en person behöver hjälp med oavsett bakomliggande orsak.

#### 4.2.2 Arbetsterapeutiska/sjukgymnastiska insatser

När det gällde att avgöra vad som blir föremål för prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik ansåg projektgruppen att det var ganska självklart att prioriteringar också görs mellan olika typer av insatser.

*”Vad gör vi för olika insatser vid nedsatt sittförmåga hos äldre och vilka insatser är viktigast? Det är ju en huvudfråga när det gäller prioriteringar.”*

Något som diskuterades mycket var huruvida olika bedömningar eller utredningar också ska rangordnas eller om det ska ses som ett första steg innan prioriteringar kan göras. Hälso- och sjukvårdslagen ger ingen vägledning här annat än att alla har rätt till en bedömning om det inte är uppenbart obehövligt. Deltagarna lutade åt att för de patientgrupper där flera olika sorters bedömningar/utredningar är möjliga bör också dessa rangordnas utifrån vilken patientnytta de gör. I övrigt menade de att de tillstånd som anses ha hög prioritet och ska ha hög prioritet när det gäller tillträde till bedömning.

Andra oklarheter när det gäller tolkningen av lagen uppfattades vara vem som ska göra bedömningen för att det ska räknas som en bedömning samt vad begreppet omfattar. Är det allt från det första ställningstagandet om en person överhuvudtaget har ett hälso- och sjukvårdsbehov till när det gäller vilka sorters utredningar som kan vara aktuella?

Även ”*uppföljning*” diskuterades om det bör finnas med som en egen punkt i en rangordningslista eller om det underförstått ingår då en insats görs. Deltagarna lutade åt att uppföljning oftast får ses som en självskriven del av insatsen. Någon absolut rekommendation menade deltagarna dock inte är möjlig att ge eftersom uppföljning vid vissa ohälsotillstånd eller vid vissa insatser kan vara av alldeles särskild vikt att göra och därmed viktiga att lyfta fram i en rangordning.

I tidigare prioriteringsarbeten finns exempel på att man valt att endast ta med rutinsjukvård, d v s insatser som redan är etablerade i hälso- och sjukvården. Projektgrupperna menade att det finns många områden inom arbetsterapi och sjukgymnastik där det finns en hel del kunskap om patientnyttan, t ex åtgärder vid fallrisk, men där dessa insatser ändå inte införts som rutinsjukvård. Ofta drivs preventiva insatser som särskilda, tidsavgränsade projekt. Deltagarna menade att det borde finnas ett värde i att beskriva vad befolkningen behöver och inte bara vad vården för tillfället tillhandahåller. Om inte sådana insatser kommer med i ett prioriteringsarbete var ska dessa otillfredsställda behov tydliggöras?

*”Tanken rör sig mellan vad vi gör idag och hur vi skulle vilja prioritera om vi fick möjlighet att bygga upp en helt ny verksamhet för x antal kronor.”*

I Socialstyrelsens riktlinjearbete har man valt att rangordna nya metoder som ej genomförs rutinmässigt för sig i en särskild lista.

#### **4.2.3 Hur detaljerade kan prioriteringsobjekt vara?**

Deltagarna provade många olika detaljeringsnivåer på prioriteringsobjekten;

- *Artros med smärtförminnelse och svårighet att lyfta och bära*
- *Svårighet att tvätta sig p g a nedsatt rörlighet i leder*
- *Svårighet med personlig vård p g a problem med leder*
- *Svårighet att tvätta sig p g a artrit*
- *Svårighet att tvätta sig p g a artrit med nedsatt rörlighet i leder*
- *Svårighet med personlig vård vid rörelseorganens sjukdomar – hjälpmedelsutprovning*
- *Svårighet att lyfta/bära föremål p g a rörelseorganens sjukdomar*
- *Ledproblem med svårighet att lyfta och bära föremål*
- *MS med svårighet att klara personlig vård*

Ett dilemma som diskuterades i grupperna var att ju vagare beskrivningen av hälsotillståndet är desto svårare blir det att avgöra svårighetsgraden av tillståndet och nyttan av insatsen. Som exempel kan nämnas prioriteringsobjektet *Svårighet med personlig vård vid rörelseorganens sjukdomar – hjälpmedelsutprovning*.

Beroende på vilken sjukdom/skada det rör sig om kan hjälpmedelsutprovning ha allt ifrån stor till ingen nytta alls. För att kunna bedöma nyttan måste troligen i det här fallet antagligen diagnosen och/eller aktivitetsnedsättningen preciseras mer.

Samma problematik gäller detaljnivån på insatser för att kunna titta på effekten av en insats. Om man t ex som prioriteringsobjekt har ”*sjukgymnastisk insats*” kan detta omfatta allt ifrån insatser med hög evidens kring nyttan till insatser med tveksam nytta. Här kan det alltså vara så att insatsen måste preciseras ytterligare för att en rangordning ska kunna göras.

Å andra sidan uppfattade deltagarna det ibland så att vissa diagnoser/aktivitetsproblem/insatser kunde föras ihop till en och samma patientgrupp och ändå ge samma bedömning vad det gäller svårighetsgrad/effekt av insats. En hög detaljeringsgrad ger ett komplext och tidskrävande prioriteringsarbete om ”allt” ska vara med.

De såg ett värde i att hålla nere antalet komponenter när tillstånd ska beskrivas och att göra grövre grupperingar, som borde kunna fungera också när det gäller patientgrupper med komplexa tillstånd som multisjuka äldre. Att försöka hitta en enhetlig detaljnivå i ett och samma prioriteringsarbete ansågs däremot viktigt för att bedömningar av nytta med insatser ska kunna göras under samma förutsättningar.

#### **4.4 Att prioritera mellan olika faser i ett sjukdomsförlopp**

Alla steg i ett vårdförlopp behöver beaktas i ett prioriteringsarbete inom arbetsterapi och sjukgymnastik, d v s allt från förebyggande, utredningsfasen, under själva rehabiliteringen till det fortsatta livet med ett funktionshinder. Särskilt framhölls värdet av sådana prioriteringsarbeten som tar ett helhetsgrepp och spänner över hela sjukdomsförloppet.

Erfarenheterna i projektet visar att beroende på i vilken fas ett tillstånd bedöms kan en och samma insats få helt olika prioritet. Det som kan vara högt prioriterat vid insjuknandet kanske har låg prioritet i en senare fas och tvärtom. Det som har hög prioritet inom kommunal omsorg kan vara lågt prioriterat under en tidig rehabiliteringsfas. Deltagarna upplevde att de prioriteringar inom hälso- och sjukvård som görs idag lägger mycket fokus på den akuta fasen, möjligen som en följd av att insatser för överlevnad och för att förlänga liv prioriteras högt inom svensk hälso- och sjukvård.

#### **4.5 Slutsatser om prioriteringsobjekt**

På frågan om vad som bör bli föremål för prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik har projektdeltagarna dragit följande slutsatser:

- Arbetsmodellen för vertikala prioriteringar gäller prioriteringar på gruppnivå.
- Det är rimligt att prioritera mellan patientgrupper med olika kombinationer av ohälsotillstånd och sjukgymnastisk eller arbetsterapeutisk insats.
- Ohälsotillstånd inom arbetsterapi och sjukgymnastik är lika med de konsekvenser som sjukdom/skada ger upphov till i form aktivitets- och eventuella delaktighetsproblem.

- Diagnos och/eller funktionsnedsättning behöver också finnas med när man i ett prioriteringsarbete ska definiera mellan vilka grupper prioriteringar ska ske.
- ”Bedömning” och ”uppföljning” kan ses som en del av den arbetsterapeutiska eller sjukgymnastiska insatsen. Om det är av särskild vikt att dessa utförs eller om olika metoder att bedöma eller att följa upp behöver vägas mot varandra kan också dessa insatser behöva rangordnas.
- Även insatser som idag inte görs rutinmässigt kan behöva beaktas i ett prioriteringsarbete. Det kan t ex gälla preventiva insatser som ofta drivs som tidsbegränsade projekt trots att det finns kunskap om patientnytta med dessa insatser.
- Detaljnivån på prioriteringsobjekten måste vara en avvägning mellan att få ett praktiskt hanterbart antal grupperingar att rangordna mellan samtidigt som de måste vara så precisa att svårighetsgrad och patientnytta kan bedömas. Sammanhanget där prioriteringar ska göras måste troligen avgöra detaljeringsgraden.
- Alla faser i ett sjukdomsförlopp/vårdförlopp behöver, beroende på i vilken verksamhet prioriteringsarbetet ska göras, beaktas.

## 5. VILKA ASPEKTER ÄR RIMLIGA ATT TA HÄNSYN TILL VID PRIORITERINGAR?

När projektdeltagarna bestämt vad som rimligen kan bli föremål för prioritering inom sjukgymnastik och arbetsterapi uppstod nästa fråga; vad behöver arbetsterapeuter och sjukgymnaster ta ställning till för att bedöma vems behov som är störst?

Utgångspunkten för diskussionerna har varit de aspekter som föreslagits av Svenska Läkaresällskapet och som finns med i figuren för grundprinciperna för vertikal prioritering (se Figur1) samt figuren för rangordningslista (se Figur 2), d v s

- Hälsotillståndets svårighetsgrad
- Patientnytta (effekt av insats)
- Kostnadseffektivitet
- Fakta, vetenskaplig evidens och klinisk erfarenhet (stöd för effekt)

### 5.1 Hälsotillståndets svårighetsgrad

För att bedöma vilka behov av arbetsterapi och sjukgymnastik som är störst är det rimligt att väga in hur ”svåra” olika tillstånd är. Detta rådde det stor enighet om i projektgrupperna. Avgörande för ett tillståndets svårighetsgrad är de konsekvenser som sjukdomen/skadan ger upphov till för den drabbade patientgruppen. Dock anses bedömningen av hur svårt ett tillstånd upplevs också vara beroende av

- var i sjukdomsförloppet tillståndet bedöms (akut, kroniskt etc)
- om hänsyn behöver tas till flera olika problem, d v s tillstånd med multiproblematik<sup>8</sup>
- hur de drabbades livssituation och sociala nätverk ser ut med tanke på vilka konsekvenser sjukdomen/skadan för med sig
- patienters egna upplevelser av hur svårt tillståndet är

---

<sup>8</sup> Fas i sjukdomsförloppet och multiproblematik kan, enligt resonemanget i kap.4, ses som tillstånd som man prioriterar emellan (t ex stroke i akut fas, demens med multiproblematik) inom sjukgymnastik och arbetsterapi och diskuteras inte vidare i detta kapitel.

I den arbetsmodell som prövats har hänsyn tagits till aktuellt hälsotillstånd samt risk (se Figur 4).

Figur 4. Bedömningsfaktorer för hälsotillstånds svårighetsgrad

Hälsotillstånd (svårighetsgrad)	
*Aktuellt hälsotillstånd	*Risk för
- symtom	- förtida död
- funktionsförmåga	- permanent sjukdom/skada
- livskvalitet	- försämrad livskvalitet

### 5.1.1 Hur bedöma aktuellt hälsotillstånd ?

För att bedöma ett hälsotillstånds aktuella svårighetsgrad har Socialstyrelsen utgått från

- Symtom
- Funktionsförmåga
- Livskvalitet

Under projektets gång har innebörden av dessa begrepp och den vägledning de ger för sjukgymnaster och arbetsterapeuter kommit att diskuteras många gånger. Begreppet **symtom** uppfattades i projektgrupperna som tecken på sjukdom och starkt kopplat till organnivå som t ex andfåddhet, feber, blodbrist etc. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster fokuserar sällan (eller aldrig?) på organnivå vilket gjorde att symtom i denna betydelse inte kändes relevant för att bedöma tillstånds svårighetsgrad.<sup>9</sup>

Om man däremot med ”symtom” menar kroppens fysiologiska och psykologiska funktioner så anses det relevant att bedöma i ett prioriteringsarbete inom sjukgymnastik och arbetsterapi. Det kan t ex handla om hur mycket smärta ett tillstånd brukar ge och hur stora kognitiva störningar det kan orsaka. Angående ”**funktionsförmåga**” refererar deltagarna till olika professionella modeller där innebörden av funktionsnedsättning handlar just om nedsättning av olika enskilda funktioner t ex nedsatt ledrörlighet, rörelsesmärta, nedsatta minnesfunktioner etc. Vari ligger då skillnaden mellan symtom och funktionsnedsättning? Innebörden av de båda begreppen upplevdes i det här sammanhanget som oprecisa och förvirrande.

Något som ansågs viktigt inom sjukgymnastik och arbetsterapi för att bedöma svårighetsgrad av ett tillstånd är patientens egen upplevelse. Frågan är hur denna bedömning på bästa sätt låter sig göras.

<sup>9</sup> Inom vissa verksamhetsområden som t.ex. inom handkirurgi eller barnhabilitering kan dock bedömningar på organ- eller snarare kroppsdelnivå t ex avsaknad av en kroppsdel, vara relevant för att bedöma hur svårt ett tillstånd är. Begreppet symtom brukar dock inte användas i denna bemärkelse.

Det fanns en osäkerhet i arbetsgrupperna om patientupplevelsen fångas av det som i arbetsmodellen kallas **livskvalitet**. Vad är det egentligen som ska tas hänsyn till när det gäller att bedöma livskvaliteten vid ett visst tillstånd är? När det gäller funktionsnedsättningar finns många mätinstrument som används i klinisk vardag medan mätinstrument för livskvalitet upplevdes som mindre kliniskt spridda. Det ansågs finnas en risk för att livskvalitetsbedömningen istället görs utifrån bedömarens eget perspektiv på vad som är livskvalitet och att inte samma krav ställs på fakta och vetenskaplighet som i övrigt i ett prioriteringsarbete. Deltagarna hade uppfattningen att patienternas upplevelse vid ett givet hälsotillstånd kan variera kraftigt.

*”En person med MS som har svårt att prata kan skatta sin livskvalitet väldigt lågt medan en annan med samma problem kan tycka sig ha en hög livskvalitet.”*

Vid prioritering krävs därför en noggrann genomgång av studier av livskvalitetsskattningar på gruppnivå vid bedömning av olika sjukdomar/skador och dess konsekvenser. I vilken omfattning sådana studier finns var okänt i projektgrupperna. Det fanns med andra ord en osäkerhet kring hur livskvalitet på ett seriöst sätt kan användas i bedömningen av ett tillstånd svårighetsgrad. För att det ska ge vägledning i ett prioriteringsarbete måste begreppet troligen definieras och operationaliseras ytterligare eller ersättas av andra relevanta sätt att fånga patientupplevelsen i prioriteringssammanhang.

Det är tydligt att både arbetsterapeutens och sjukgymnastens syn på ett tillstånd svårighetsgrad grundar sig på en bred bedömning, allt ifrån avsaknaden av kroppsdelar, nedsättningar i funktioner till möjligheter att vara delaktiga i olika aktiviteter. Särskilt aktivitetsbegränsningar uppfattas som centrala för att beskriva vilken grad av ohälsa som finns på individ- och gruppnivå. Om en sjukdom anses orsaka stora nedsättningar när det gäller aktivitetsförmåga innebär det med andra ord att svårighetsgraden är stor.

### **5.1.2 Hur kan risk bedömas?**

Att bedöma prognosen för ett tillstånd och vad konsekvenserna blir vid utebliven insats menade projektgrupperna är ett viktigt steg i ett prioriteringsarbete. Vad händer om olika behov åtgärdas respektive inte åtgärdas? Det visade sig emellertid att deltagarna var ovana vid att tänka i termer av risk vilket är det begrepp som används i arbetsmodellen. Det gällde dock inte alla. Sjukgymnasterna från OMT-sektionen hänvisade till terminologi gällande ryggproblematik som handlar om risk för allvarlig kroppsskada, risk för kronicitet etc.



I omvårdnadsprojektet om stroke och prioriteringar (Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet 2004) användes istället för risk begreppet ”*Konsekvens av utebliven insats*” där fysiska och psykosociala följder vägdes in om en omvårdnadsinsats inte utfördes. Flera av gruppdeltagarna tyckte att det sättet att tänka är att föredra.

I den ursprungliga arbetsmodellen anges att för att beakta ett hälsotillstånd svårighetsgrad behöver hänsyn tas till risk för;

- Förtida död
- Permanent sjukdom/skada
- Försämrad livskvalitet

”**Risk för förtida död**” diskuterades länge om det var relevant att bedöma inom arbetsterapi och sjukgymnastik. Gruppernas första reaktion var att arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska insatser inte har den effekten att de förhindrar död. Den ståndpunkten reviderades delvis efter fortsatta diskussioner bl a med tanke på mobilisering vid hjärnskador, självmordsprevention inom psykiatri och förhindrande av inaktivitet vid demens. Även om en insats inom sjukgymnastik eller arbetsterapi sällan eller aldrig har som uttalat mål att förhindra död så kan det finnas en risk för förtida död om insatsen uteblir vilket bör tas hänsyn till vid bedömning av ett tillstånd svårighetsgrad.

”**Risk för permanent sjukdom/skada**” uppfattades också begreppsmässigt svårt att tillämpa då sjukgymnastens och arbetsterapeutens fokus sällan är att åtgärda sjukdomen och skadan i sig utan dess konsekvenser i form av funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar eller delaktighetsinskränkningar. Uteblivna insatser av dessa yrkesgrupper ansågs inte leda till att sjukdomar/skador blev permanenta men däremot att konsekvenserna av tillstånden kunde bli permanenta. Inte bara permanenta utan också långvariga tillstånd ansågs värda särskild uppmärksamhet vid riskbedömning även om gränsen däremellan knappast kan anses skarp. Detsamma gäller om tillståndet riskerar att försämrans vid utebliven insats eller ej, d v s, blir patientgruppen i allmänhet sämre om inte insatsen görs? Med anledning av tidigare diskussioner kring hur livskvalitet bäst bedöms fanns motsvarande osäkerhet kring bedömningen av ”**risk för försämrad livskvalitet**”. Grupperna menade dock att det är väsentligt att bedöma patientupplevelsen av svårighetsgraden varför en fortsatt diskussion behövs om hur detta bäst låter sig göras.

En annan fråga har gällt om och i så fall på vilket sätt preventiva insatser också kan bedömas utifrån svårighetsgrad, nytta och kostnadseffektivitet. Några deltagare förespråkade att när risk bedöms kan också *risk för framtida skada/sjukdom/ohälsa* vägas in. Om det finns ett aktuellt ohälsotillstånd och inget görs kan det ju finnas en risk att ytterligare, nya ohälsotillstånd tillstöter.

När det gäller primärprevention fanns det de som menade att detta måste hanteras i ett särskilt spår när det gäller prioriteringar. Här handlar det ju inte om ett aktuellt ohälsotillstånd där svårighetsgraden kan bedömas utan risk för en framtida ohälsa. Alla var dock ense om att det är oerhört viktigt att preventiva insatser finns med i ett prioriteringsarbete och ställs i relation till andra insatser som görs.

Viktiga frågor som bör ställas vad det gäller riskbedömningen är;

- Finns det risk för att tillståndet leder till **förtida död** om inte arbetsterapeutisk eller sjukgymnastisk insats genomförs?
- Finns det risk för att tillståndet **försämras** om inte arbetsterapeutisk eller sjukgymnastisk insats genomförs?
- Finns det risk för att tillståndet blir **långvarigt** eller **permanent** om inte arbetsterapeutisk eller sjukgymnastisk insats genomförs?
- Finns det risk för **framtida ohälsa** (inkluderat funktionsnedsättning/aktivitetsbegränsning/delaktighetsinskränkning) om inte arbetsterapeutisk eller sjukgymnastisk insats genomförs?

### 5.1.3 Ytterligare bedömningsfaktorer för att avgöra ohälsotillståndets svårighetsgrad

*”Det fattas något i modellen”*

*”Så är det allt det där andra som styr vad jag prioriterar.”*

Ytterligare två faktorer som kan avgöra ett tillståndets svårighetsgrad inom arbetsterapi och sjukgymnastik är dels patienternas livssituation och dels vilket socialt nätverk de omges av.

När det gäller livssituation verkar det vara ett faktum att *funktion i samhället* (t ex om man är yrkesverksam eller ej eller om man t ex tar hand om en sjuk närstående) likväl som *personliga faktorer* i form av ålder har betydelse när det gäller val av vilket behov som går före ett annat – ett faktum som upplevs laddat och som sällan diskuteras öppet.

Resonemanget i projektgrupperna kan sägas bygga på två olika motiveringar till att åldern kan ha betydelse vid prioriteringar. Eftersom både arbetsterapeuter och sjukgymnaster fokuserar på konsekvenser av sjukdom/skada i form av svårigheter att klara olika aktiviteter kan detta skilja sig betydligt beroende på vilken fas i livet en person är.

Det går inte att säga generellt att en sjukdom/ skada ger en viss mängd aktivitetsbegränsningar - detta är beroende av den ”aktivitetsmängd” de drabbade har. Yngre personer som drabbas av stroke kan ha svårt att klara det mer personnära (påklädning, matsituationen etc) men de kan också få problem med sin arbetssituation och föräldraroll. För äldre patienter kan samma sjukdom/skada kanske ge en aktivitetsbegränsningen i det personnära medan arbete och föräldraroll inte på samma sätt är aktuellt. Aktivitetsbegränsningen blir därmed större för den yngre än för den äldre. Enligt detta sätt att resonera så har åldern i sig ingen betydelse utan det handlar om i vilken omfattning sjukdomen/skadan ger upphov till begränsningar i aktiviteter.

Den andra motiveringen till att åldern har betydelse är kopplad till det som nästa kapitel handlar om, nämligen patientnyttan med en insats, där yngre *kan* ha större möjlighet att tillgodogöra sig rehabiliterande insatser än äldre. Flera exempel gavs på att det fanns åldersgränser som begränsar tillgång till rehabiliterande insatser. Att klargöra på vilka grunder sådana åldersgränser satts måste anses mycket angeläget för att ge möjlighet till insyn och en fördjupad diskussion.

En annan fråga som diskuterades livligt gällde betydelsen av sociala nätverk eller *s k omgivningsfaktorer*, för att bedöma ett tillstånd svårighetsgrad. Det ansågs inte ovanligt idag att personer i eget boende utan hemtjänstinsats eller närstående prioriteras före personer i särskilt boende eller personer med hemtjänst/närstående vid i övrigt likartade tillstånd. Ett skäl skulle vara att aktivitetsbegränsningen kan ses som större hos den som saknar fungerande stöd. Om personer som bor i eget boende utan socialt nätverk har förflyttningssvårigheter kan det innebära att dessa personer inte alls kan klara sina toalettbesök eller att tillreda sin mat. Personer med samma förflyttningssvårigheter men som har hjälp kan kanske klara dessa aktiviteter tack vare hjälpen.

Att ta hänsyn till patienters livssituation och sociala omgivningsfaktorer vid bedömning av svårighetsgrad är alltså viktigt för sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Patientgrupper med förflyttningsproblem vid stroke *utan* personligt stöd och relationer rangordnas i jämförelse med patientgrupper med förflyttningsproblem vid stroke *med* fungerande personligt stöd och relationer. Ett annat alternativ är att istället hantera detta som en övergripande princip; om en patientgrupp med viss aktivitetsbegränsning dessutom har ett icke fungerande socialt stöd ska det bedömas ha en högre svårighetsgrad och större risk än grupper med samma tillstånd men där fungerande stöd finns.

En central fråga att fortsätta diskutera är dock hur detta sätt att resonera överensstämmer med de etiska principerna i HSL.

## 5.2 Patientnytta (effekt av insats)

*”Det här prioriteringsarbetet har lett in oss på frågor om hur vår verksamhet ser ut, vad vi faktiskt gör och vad vi vet om nyttan med våra insatser.”*

Enligt prioriteringsutredningen har man inte behov av något som man inte har någon nytta av. Att ställa sig frågan hur den insats man som sjukgymnast eller arbetsterapeut gör påverkar ett hälsotillstånd och/eller framtida hälsorisker anses vara en viktig del i ett prioriteringsarbete. Ofta är det så att några personer har stor nytta av en insats medan andra med samma hälsotillstånd har liten nytta av samma insats. Flera gånger fick grupperna påminna sig om att tänka prioriteringar på gruppnivå; att det är den förväntade nyttan de ska försöka bedöma.

En annan diskussion när det gäller patientnyttan har med tidsperspektiv att göra. Inom rehabilitering kan det dröja länge innan nyttan av en insats går att bedöma. Det kan mycket väl vara så att det är en annan huvudman eller en annan aktör som i praktiken har bäst förutsättningar att utvärdera nyttan av den insats som en arbetsterapeut eller sjukgymnast gör i ett tidigare skede varför det ansågs viktigt att bedöma patientnyttan så länge som en förändring sker. Varaktigheten i patientnyttan ansågs också relevant att fundera över; hur ska en mycket kortvarig patientnytta vägas jämfört med en bestående?

Även när det gäller patientnyttan fördes diskussioner om ålderns betydelse där ofta yngre patienter kan ha en större rehabiliteringspotential än äldre. Det poängterades dock att naturligtvis måste en noggrann genomgång av vetenskaplig evidens göras för att fastställa om yngre verkligen har större nytta av en viss insats.

Att ta hänsyn till om det finns några komplikationer med insatsen ansågs också viktigt även om komplikationer är ovanliga inom arbetsterapi och sjukgymnastik. De exempel som kom upp i diskussionen handlade om komplikationer till akupunktur eller till olika insatser inom psykiatri där bl a suicidrisk måste beaktas.

Gruppernas sätt att se på patientnytta överensstämde väl med den ursprungliga arbetsmodellen där följande aspekter finns med;

Figur 5. Bedömningsfaktorer för patientnytta

Patientnytta (effekt av insats)		
*Effekt på aktuellt hälsotillstånd	*Effekt på risk	*Risk för biverkningar och allvarliga komplikationer av åtgärden
- symptom	- förtida död	
- funktionsförmåga	- permanent sjukdom/skada	
- livskvalitet	- försämrad livskvalitet	

### 5.2.1 Målrelaterad behovsbedömning

Ett återkommande diskussionsämne har varit om inte nyttan med en insats måste sättas i relation till ett givet mål. I Prioriteringsutredningen sägs att vård behövs om den är ändamålsenlig i den bemärkelsen att den kan nå sitt syfte (SOU 1995:5). Nyttan med en insats sätts i relation till syftet eller målet med insatsen. Enligt det här sättet att resonera behöver också målet vara känt för att en bedömning av behovet ska kunna göras. Ett vårdbehov utgör då gapet mellan *det aktuella ohälsotillståndet* och *det önskvärda hälsotillståndet* (behovets mål) och vårdens uppgift blir därmed att bedöma vad som behövs för att ta bort eller minska detta gap. Om målen sätts högt ökar vårdbehovet i befolkningen medan behoven minskar om målen sätts lågt (Liss 2001).

Om målet med vården är centralt i ett prioriteringsarbete, vilket är då målet med arbetsterapi och sjukgymnastik? Detta är en fråga som grupperna återkommit till vid flera tillfällen då de diskuterat hur nyttan med deras insatser ska bedömas. Vad som utgör det önskvärda tillståndet ansågs inte helt självklar varken utifrån de olika professionernas, patienternas eller politikernas perspektiv. Osäkerheten kring mål gällde inte bara inom de egna verksamheterna utan också målet med hela hälso- och sjukvården och vad som egentligen är sjukvårdens uppgift. Prioriteringsutredningen säger att effekter av behandlingen ska mätas i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet men ger ingen entydig definition av vad som menas med god hälsa eller livskvalitet utan konstaterar att det finns ett antal definitioner på området (SOU 1995:5). Vägledningen i prioriteringssammanhang uppfattas därmed bristfälligt eftersom utrymmet för egna tolkningar är stort.

Att förhindra död och att förlänga liv uppfattades i projektgrupperna som ett viktigt mål för hälso- och sjukvården. Insatser som gör stor nytta vad det gäller att förhindra död blir därmed högt prioriterade. Att trots sjukdom/skada ha möjlighet till en meningsfull fritid var däremot ett mål som allmänt ansågs lågt prioriterat. Insatser som gör stor nytta för att ge möjlighet till meningsfull fritid sågs därmed också allmänt som lägre prioriterade (och ibland till och med bortransonerade). Ett exempel på detta var att hjälpmedel som är kopplade till fritidsaktiviteter i flera landsting utgått som kostnadsfria hjälpmedel.

Är det möjligt att det också *inom* sjukgymnastik och arbetsterapi finns en bild av att vissa behov/mål anses viktigare än andra? Många diskussioner under projektets gång tydde på att så var fallet.

Grupperna uppfattade tidigare praxis i prioriteringsarbeten så att målsättningen inte brukar redovisas öppet när man bedömer nyttan med en insats. Att i framtiden både inomprofessionellt och tvärprofessionellt diskutera målorienterad behovsbedömning i samband med prioriteringar ansågs oerhört viktigt. Att bestämma vad som ska vara det önskvärda hälsoläget i en befolkning, ”hur bra svensken ska få må”, uppfattades ytterst handla om vilken ambitionsnivå hälso- och sjukvården ska ha och vara en politisk fråga. Ska vi med ”god hälsa” som HSL anger som mål för hälso- och sjukvården mena att människor ska få vara smärtfria eller att kunna klara det mest personnära? Omfattas god hälsa också av förmåga att klara sitt boende och kanske t o m ha en meningsfull sysselsättning? Ska målsättningen vara att detta ska kunna utföras självständigt eller ”räcker” det med att kunna göra aktiviteten med hjälp?

### 5.3 Kostnadseffektivitet

Det finns två etiska huvudkrav vid prioritering; rättvis fördelning och effektivt resursutnyttjande. Kostnadseffektivitet är också en etisk princip. Det gäller att använda resurserna så att man kan göra gott för så många som möjligt. Ett starkt samband finns förstås mellan patientnytta och det som här diskuteras om kostnadseffektivitet.

Socialstyrelsen har preciserat att kostnadseffektivitet bör bedömas enligt följande;

Figur 6. Bedömningsfaktorer för kostnadseffektivitet

Kostnadseffektivitet		
*Direkta kostnader	*Indirekta kostnader	...i förhållande till
- medicinska åtgärder	- produktionsbortfall	patientnyttan
- ej medicinska åtgärder	- andra tidskostnader (patient, anhöriga m.fl.)	

Att hänsyn måste tas till hur stora **direkta kostnader** som är förenade med en insats av sjukgymnast eller arbetsterapeut har inte varit kontroversiellt.

Vissa menade dock att begreppen ”resursförbrukning/ resursanvändning” som användes inom omvårdnadsprojektet (Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet 2004) kändes mer bekvämt.

Kostnader som ansågs relevanta att bedöma var t ex personella resurser i form av hur stor tidsinsats som behövs för olika sjukgymnastiska eller arbetsterapeutiska insatser, d v s hur många behandlingar ska ges för att insatsen ska vara kostnadseffektiv? Andra kostnader som kan kopplas till insatsen behöver också bedömas som t ex behandlingsmaterial, apparatur och hjälpmedel. Detta gäller oavsett vilken organisation som tar kostnaden. Ett problem som diskuterades var att samma insats av arbetsterapeut eller sjukgymnast kan ha ett stort spann när det gäller kostnadseffektivitet. Bostadsanpassning kan till exempel vara allt ifrån mycket dyr till tämligen billig. I projektet diskuterades om det i sådana fall kan vara en lösning att nivågruppera insatsen (t ex normal bostadsanpassning – mycket dyr bostadsanpassning) för att därefter bedöma kostnadseffektiviteten med de olika nivåerna.

Ett problem som diskuterades var att arbetsterapeutens och sjukgymnastens insats ibland är kostnadseffektiv på lång sikt (på samma sätt som patientnytta), där ”vinsterna” inte syns i den egna organisationen. Projektdeltagarna uppfattade det så att utifrån ett hälsoekonomiskt perspektiv anses tidsperspektivet relevant så länge som det ”händer något” i relation till interventionen.

Ett av de mest dominerande diskussionsämnena under projekttiden har rört **indirekta kostnader**. Hur är det möjligt att ta hänsyn till indirekta kostnader när människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället? Enligt deltagarnas uppfattning är det inte ovanligt att sjukskrivna prioriteras före personer som inte är i arbete.

*”I mitt landsting är långtidssjukskrivna en grupp som politiker menar att vi måste prioritera och jobba mer med”.*

Bortsett från personligt lidande upplevs här bedömningen av de indirekta kostnaderna i form av olika samhällskostnader vara en viktig orsak till denna prioritering. Det finns idag inget svar på hur man ska se på detta med prioritering av återgång till arbete men klart är att samhällsekonomin påverkas av de prioriteringar som görs på rehabiliteringsområdet. Alternativkostnadstänkandet uppfattas som centralt för att bedöma kostnadseffektivitet.

Denna konflikt mellan samhällsnytta och människovärdesprincipen borde debatteras mer öppet i större forum tillsammans med andra aktörer, menade projektdeltagarna.

Närbesläktat med frågan om samhällsnyttan är hur ”*närståendenyttan*” ska värderas. Många insatser som görs på rehabiliteringsområdet idag handlar om att underlätta för och förhindra ohälsa hos närstående (och för all del också för professionella vårdare som ger stöd, t ex hemtjänstpersonal). Det kan ske dels genom insatser direkt riktade till de närstående men det kan också vara en indirekt följd av insatser riktade till patienter. Ska hänsyn tas till nyttan med insatsen också för personer runt omkring patientgruppen trots att Prioriteringsutredningen föreslog att det är patientnyttan som är det centrala? Kan de närstående i så fall ses som ”egna” prioriteringsgrupper? (Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet 2004)

Hur kostnadseffektivitet ska beräknas inom arbetsterapi och sjukgymnastik diskuterades också. Tillgången till hälsoekonomiska studier på området uppfattas idag vara begränsad. Det är dock ett område där det är mycket på gång. Gruppens lärdom var att till dess att det finns mer hälsoekonomiska studier inom arbetsterapi och sjukgymnastik måste dessa yrkeskårer hitta ett praktiskt sätt att hantera kostnadseffektivitetsprincipen i prioriteringssammanhang. Till att börja med kan man försöka identifiera relevanta resurser (kostnader), så långt som möjligt kvantifieras resursförbrukningen (t ex antal behandlingar) samt när det är möjligt värdera den i pengar. En tumregel är att om åtgärden har stor förväntad patientnytta och om kostnaden förefaller måttlig så har åtgärden också god kostnadseffektivitet.

Trots den ovana deltagarna gav uttryck för när det gällde hälsoekonomiska beräkningar och de frågetecken som kostnadseffektivitetsprincipen gav upphov till ansåg deltagarna att det är angeläget att sjukgymnaster och arbetsterapeuter tar till sig denna princip och agerar så att resurserna används på bästa sätt.

#### **5.4 Fakta, vetenskaplig evidens och klinisk erfarenhet**

I den arbetsmodell som prövats har evidensgradering ansetts vara en viktig komponent. Med det avses att de bedömningar som görs i ett prioriteringsarbete ska bygga på bästa tillgängliga vetenskapliga information som finns. Socialstyrelsen har varit ännu tydligare i sin metodbeskrivning än Svenska Läkaresällskapet på denna punkt.



Grupperna anser det rimligt att både patientnyttan och kostnadseffektiviteten av arbetsterapeutens och sjukgymnastens insatser värderas utifrån vetenskapliga fakta (evidens) där sådan finns och i avsaknad av sådana istället baserar sin värdering på klinisk erfarenhet och egna kalkyler/skattningar. Den ringa omfattningen av evidens rörande olika insatser inom arbetsterapi och sjukgymnastik uppfattades dock som ett problem idag men upplevelsen är att det håller på att bli bättre. Utvecklingen av evidensbaserad arbetsterapi och sjukgymnastik pågår ständigt. Evidens är dock idag ofta kopplat till kvantitativa studier (vilket t ex gäller läkemedel) och uppfattas vara dåligt anpassad till rehabiliteringsområdet. Kvalitativa studier uppfattas dock röna allt större uppmärksamhet.

Projektdeltagarna ansåg att de som deltar i ett nationellt, mer övergripande prioriteringsarbete måste vara personer med god insikt och kunskap på det aktuella området. Det ger möjlighet till en genomgripande genomgång av evidensläget, vilket man inte kan kräva att varje enhet ute i landet ska ha tid och möjlighet att göra själva.

Begreppet kliniskt eller ”*beprövad erfarenhet*” diskuterades en hel del. Vad krävs för att begreppet ska få användas? Är det att en metod/insats prövats under tillräckligt långt tid och/eller av ett tillräckligt stort antal? Gruppdeltagarna hittade ingen entydig definition på ”*beprövad erfarenhet*” utan bedömningen verkar så här långt handla om att det finns rimliga förklaringar och en utbredd samsyn till en angiven patientnytta. Man konstaterade dock att ”*klinisk praxis*” kan stå för något helt annat än faktisk patientnytta och mer handla om att ”så här brukar vi göra”. Det är därför viktigt att även lyfta fram evidens som visar att insatsen inte har effekt eller t o m negativ effekt. Diskussionerna i grupperna visade att det finns exempel på sådana metoder som egentligen skulle ha uttrangerats från vården fortfarande används i Sverige.

### **5.5 Sammanfattande slutsatser om rimliga aspekter att väga in vid prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik**

Frågan om vilka aspekter som är rimliga att väga in vid prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik besvarades på följande sätt:

- Vid prioriteringar är det rimligt att väga in svårighetsgraden för olika hälsotillstånd och patientnyttan respektive kostnadseffektiviteten med olika insatser.

- Avgörande för ett tillstånd svårighetsgrad inom sjukgymnastik och arbetsterapi är de konsekvenser som sjukdomen/skadan ger upphov till i form av funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar samt eventuella delaktighetsproblem.
- För att bedöma svårighetsgrad måste också hänsyn tas till när i sjukdomsförloppet tillståndet bedöms, om det finns flera olika ohälsotillstånd samtidigt (s k multisjuka), hur de drabbades livssituation och sociala nätverk ser ut med tanke på vilka konsekvenser sjukdomen/skadan för med sig samt patienters egna upplevelser av hur svårt ett tillstånd är.
- Även prognosen för olika tillstånd och konsekvenser vid utebliven insats behöver vägas in vid bedömning av tillstånd svårighetsgrad.
- Patientnyttan av arbetsterapeuters och sjukgymnasters insatser behöver bedömas utifrån hur de påverkar både aktuellt hälsotillstånd och risk för framtida ohälsa samt vilka komplikationsrisker som finns med respektive insats.
- Vid bedömning av patientnyttan anses det rimligt att sätta denna i relation till det önskvärda hälsotillståndet (målet med insatsen) och att ha en långsiktighet vid bedömningen av nyttan.
- Det är osäkert på vilket sätt närstående- och samhällsnytta kan vägas in vid prioriteringar.
- I brist på hälsoekonomiska studier behöver kostnadseffektiviteten bedömas genom att uppskattningar av resursförbrukning vägs mot den förväntade patientnyttan.
- Att också faktaunderlaget som finns för bedömningar av patientnytta och kostnadseffektivitet måste vägas in vid prioriteringar inom sjukgymnastik och arbetsterapi.

De förändringar (och de kvarstående frågetecken) som gällde vilka aspekter som är rimliga att väga in vid prioritering har resulterat i en något modifierad figur av de aspekter som bör beaktas vid grundprinciper i en vertikal prioritering (se Figur 7).

Figur 7. Utkast till reviderade grundprinciper för vertikal rangordning

<b>Människovärdesprincipen (Nedsatt autonomi)</b>		
<b>Behovs- och solidaritetsprincipen</b>		<b>Kostnadseffektivitetsprincipen</b>
<b>Tillståndets svårighetsgrad</b>	<b>Patientnytta (effekt av insats)</b> I relation till angivet mål och fas i sjukdomsförloppet	<b>Kostnadseffektivitet</b>
<p><b>*Aktuellt tillstånd</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- på organnivå</li> <li>- på funktionsnivå</li> <li>- på aktivitets/ delaktighetsnivå</li> <li>- patientupplevelse</li> </ul> <p><b>*Risk (vid utebliven insats) för</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- förtida död</li> <li>- försämrat hälsotillstånd</li> <li>- långvarigt/ permanent ohälsotillstånd</li> <li>- framtida ohälsotillstånd</li> <li>- (försämrad livskvalitet?)</li> </ul>	<p><b>*Effekt på aktuellt (o)hälsotillstånd</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- på organnivå</li> <li>- på funktionsnivå</li> <li>- på aktivitets/ delaktighetsnivå</li> <li>- patientupplevelse</li> </ul> <p><b>*Effekt på risk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- förtida död</li> <li>- försämrat hälsotillstånd</li> <li>- långvarigt/ permanent ohälsa</li> <li>- framtida ohälsotillstånd</li> <li>- (försämrad livskvalitet ?)</li> </ul> <p><b>*Risk för biverkningar och allvarliga komplikationer av åtgärden</b></p>	<p><b>*Direkta kostnader/ resursförbrukning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (tid, material/ hjälpmedel m.m)</li> </ul> <p><b>*Indirekta kostnader?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vad kan tas upp här utan att människo- värdesprincipen kränks? ( produktionsbortfall, andra vårdkostnader, anhöriginsatser ?)</li> </ul> <p><b>Bedöms i förhållande till patientnyttan</b></p>
<b>FAKTA, VETENSKAPLIG EVIDENS OCH KLINISK ERFARENHET</b>		

## 6. VILKET SPRÅK KAN ANVÄNDAS I EN MODELL FÖR PRIORITERINGAR?

Tidigt upptäckte deltagarna i arbetsgrupperna att de använde olika begrepp och termer för att beskriva samma sak. Begreppen var oftast hämtade ur det kliniska arbetet. Snart började det dyka upp frågor;

*”Alla använder olika termer” – vilka ska vi ha?*

*”Mobilisering, OMT-behandling – vad ingår egentligen?”*

*”Definierar vi begrepp olika i olika vårdprogram?”*

*”Vi måste hitta ett gemensamt språk inom kåren.”*

*”Vad menar andra yrkesgrupper när de säger så här?”*

Betydelsen av att hålla sig till en enhetlig begreppsapparat och ett gemensamt språk i ett prioriteringsarbete som också går att kommunicera över gränser; mellan olika professioner och mellan olika organisationer framstod som allt viktigare. Frågan var bara vilka begrepp.

*”Kirurgen eller arbetsterapeuten – vems termer ska gälla?”*

Projektgrupperna menade att de bör ansluta sig till en existerande begreppsapparat med goda förutsättningar att kunna fungera tvärprofessionellt.

*”Varför uppfinna egna termer om det finns ett genomarbetat, internationellt alternativ?”*

### 6.1 Begrepp för sjukdom/skada

När det gäller att beskriva patientgrupper utifrån medicinska tillstånd har projektgruppen inom FSA valt att använda en indelning enligt KSH-97, en svensk version av ICD 10 ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)). Den ger begrepp för sjukdomar, störningar och andra hälsobetingelser som är orsak till människors död eller kontakt med hälso- och sjukvården på olika detaljeringsnivåer. Det ansågs troligt att man behöver ange sjukdomstillstånd på olika nivåer i samma rangordning beroende på hur viktigt tillståndet är i sammanhanget (se diskussion om lämplig detaljeringsnivån i kapitel 4).

## 6.2 Begrepp för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

I båda projektgrupperna prövades möjligheten att använda ICF<sup>10</sup>. ICF är ett internationellt klassifikationssystem för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa godkänt av WHO (som anser att ICF väl kompletterar ICD 10). Målet med ICF är att erbjuda ett standardiserat språk såväl i klinisk vardag som i forskning, vid modellskapande och i politiskt planeringsarbete (Socialstyrelsen 2003). Inom sjukgymnastik och arbetsterapi röner ICF ett stort intresse och används alltmer flitigt inom forskning såväl i Sverige som internationellt.

I ICF beskrivs ohälsa på flera nivåer (Socialstyrelsen 2003):

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

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

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

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

ICF omfattar också begrepp för fysiska, sociala och attitydmässiga **omgivningsfaktorer** som påverkar hälsotillståndet, antingen som hindrande för att uppnå hälsa eller underlättande. Exempel på en omgivningsfaktor är personliga relationer som tidigare diskuterats i denna rapport.

---

<sup>10</sup> ICF är en förkortning av International Classification of Functioning, Disability and Health.

Avsaknad av personligt stöd t ex *kan* ses som en hindrande omgivningsfaktor vid sjukdom eller skada.

**Personliga faktorer** som ålder, kön, social status m m påverkar naturligtvis också hälsan. För närvarande klassificeras inte dessa i ICF p g a att det finns stora sociala och kulturella skillnader i hur vi ser på vad som påverkar hälsa. Samtliga områden i ICF finns beskrivna på olika detaljeringsnivåer. Även begreppet "hälsotillstånd" (som används i Figur 1; grundprinciper för vertikal prioritering) har diskuterats i projektgrupperna då det ansågs begreppsligt svårt att kombinera med "svårighetsgrad". Kan hälsa ha olika svårighetsgrader? Även om det är tilltalande att fokusera på det friska (hälsa) och det fungerande menade gruppen att det är störningen och det icke-fungerande som blir föremål för sjukgymnastens och arbetsterapeutens olika prioriteringar (d v s som utgör själva prioriteringsobjektet). Begreppet **funktionshinder** från ICF var här uppe som möjligt alternativ. Funktionshinder är ett paraplybegrepp för funktionsnedsättning, strukturavvikelse, aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning. Samtidigt som gruppen menade att en enhetlig terminologi är viktig så kändes inte funktionshinder bekvämt, det ledde tanken för mycket till funktionsnedsättning. Förslag som "Hälsoproblemets svårighetsgrad, ohälsotillståndets svårighetsgrad, tillståndets svårighetsgrad" diskuterades som ersättning för nuvarande rubrik "Hälsotillståndets svårighetsgrad" (se Figur 7).

Åsikter som framkom om ICF var;

- ICF är ännu relativt okänt. Utbildningsinsatser pågår både inom arbetsterapi och sjukgymnastik kring användningen av ICF.
- ICF:s terminologi passar inom rehabilitering eftersom den beskriver faktiska problem och konsekvenser av sjukdomar utifrån många perspektiv.
- Förhoppningsvis kan ICF:s termer vara enklare att kommunicera till andra utanför den egna professionen än t ex specifikt sjukgymnastiska termer.
- Bedömningsskalan i ICF ansågs vara för grov att använda för utvärdering av patienter men skulle kanske kunna fungera i ett prioriteringsarbete på grupp nivå.

### **6.3 Begrepp för arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska insatser**

Även när det gäller beskrivning av förekommande arbetsterapeutiska och sjukgymnastiska åtgärder har möjlighet att enas om ett enhetligt språk diskuterats.

Först arbetade arbetsterapeuterna med FSA:s terminologi ”förebyggande insatser, förbättrande insatser, vidmakthållande insatser och kompenserande insatser” hämtade ur Etisk kod för arbetsterapeuter från 2004 (reviderad 2005) som finns att läsa om på FSA:s hemsida ([www.fsa/akademikerhuset.se](http://www.fsa/akademikerhuset.se)) Gruppen ansåg dock att det var flytande gränser mellan dessa begrepp och att de var för oprecisa.

Arbetsterapeuterna övergick istället till att pröva begrepp hämtade från ”Gärda – patientrelaterade arbetsterapeutiska åtgärder, version 2.0” som togs fram av FSA 2002 ([www.fsa/akademikerhuset.se](http://www.fsa/akademikerhuset.se)) vars syfte är att på ett enhetligt sätt beskriva behandlingsåtgärder som arbetsterapeuter gör. Gärda innehåller olika detaljeringsnivå för att beskriva insatser, t ex kan insatsen ”*kroppsfunktionsträning*” preciseras i kognitiv, psykisk, social eller sensomotorisk funktionsträning. Med tanke på vad som sagts tidigare i denna rapport om balansgången mellan precision och pragmatism menade deltagarna att det som anses praktiskt hanterbart måste avgöra valet av begrepp. Även sjukgymnastgruppen ansåg att det är värdefullt om man kan enas om en gemensam sjukgymnastisk klassifikation av insatser.

Användningen av begrepp hämtade från journalföringssystem uppfattades vara ojämnt spritt i landet idag. En del arbetsterapeuter registrerar enligt Gärda medan andra menar att den inte fungerar helt tillfredställande som åtgärdsregistrering. En annan klassifikation som bör undersökas är den som Centrum för patientklassificering på Socialstyrelsen<sup>11</sup> arbetar med och som handlar om en gemensam klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ<sup>12</sup>) utifrån ICF som inte är yrkesspecifika ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

---

<sup>11</sup> Centrat har till uppgift att utveckla och sprida kunskap om patientklassificering.

<sup>12</sup> Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är en gemensam klassifikation för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom vården och finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbsida [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). KVÅ planeras att bli obligatorisk 1/1 2007 för inrapportering till patientregistret på Socialstyrelsen.

## 7. VAD KAN AVGÖRA PRIORITERINGSNIVÅ INOM SJUKGYMNASTIK OCH ARBETSTERAPIN?

En av frågorna som projektgrupperna diskuterade var hur sammanvägningen till en viss prioriteringsnivå kan göras. Svenska Läkaresällskapet menar att det måste vara den samlade bilden av svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet och evidens som avgör detta vilket också projektgrupperna inom FSA och LSR ansåg som rimligt. Liksom andra som arbetat med prioriteringar har deltagarna efterlyst ett sätt att kvantitativt räkna sig fram till en prioriteringsnivå. Önskemålet var att prioriteringsnivåer ska betyda samma sak, d v s vara likvärdiga, oavsett inom vilken verksamhet prioriteringar görs och av vem. Olika poängsystem har provats inom Svenska Läkaresällskapets specialistförening för cancersjukdomar, där livsförlängande insatser har högst poäng (Svenska Läkaresällskapet, 2004). Socialstyrelsen har också provat poängsystem men anser i dagsläget inte att det finns något invändningsfritt sätt att göra detta på.

När det gäller på vilket sätt ett tillståndets svårighetsgrad, patientnytta, kostnadseffektivitet och vetenskapligt stöd kan anges i en rangordningslista fanns det ingen entydig rekommendation från Svenska Läkaresällskapet. PrioriteringsCentrum har därför föreslagit projektgrupperna inom FSA och LSR att prova att ange tillståndets svårighetsgrad, patientnyttan och kostnadseffektivitet i *liten, måttlig* eller *stor* och stöd för effekt i *litet, måttligt* eller *starkt* (se Figur 8).

Figur 8. Gradering i rangordningslistan vid vertikal prioritering

Hälsotillstånd och Insats	Tillståndets svårighetsgrad	Patientnytta / effekt av insats	Stöd för effekt	Uppskattad kostnads effektivitet	Rangordning
	Liten Måttlig Stor	Liten Måttlig Stor	Litet Måttligt Starkt	Liten Måttlig Stor	1-10

I Västra Götaland använder man istället tio grader för att beskriva angelägenhetsgrad<sup>13</sup> och sex grader för att beskriva nytta av åtgärd<sup>14</sup> ([www.vgregion.se/prioriteringar](http://www.vgregion.se/prioriteringar)).

<sup>13</sup> Angelägenhetsgrad (istället för svårighetsgrad) anges alltifrån 1 som innebar omedelbart livshot till 10 som inte innebar någon risk för ökad sjuklighet, försämrad funktionsnivå eller försämrad livskvalitet.

<sup>14</sup> Nyttan anges från den högsta nivån som innebär att åtgärden var nödvändig för diagnos/behandling till lägsta nivån av patientnytta som innebär att metoden ej är användbar för diagnostik vid det aktuella tillståndet och dessutom medför risk för försämring.



Även andra skalsteg som ännu inte prövats i prioriteringssammanhang har diskuterats i projektgrupperna för att beskriva svårighetsgrad (som t ex ICF:s skala med ”inget problem, lätt problem, måttligt problem, stort problem och totalt problem” för att ange svårighetsgrad) men det är för tidigt att avgöra vad som passar bäst inom arbetsterapi och sjukgymnastik.

När skattning av tillståndets svårighetsgrad, patientnyttan, kostnadseffektivitet och evidens gjorts, hur kommer man sedan fram till vilket tillstånd och vilken insats som är mer prioriterad än någon annat? Vad avgör vilken prioriteringsgrad som ska ges? Detta har projektgrupperna inte något entydigt svar på. De har istället lyft fram viktiga frågor och menar att fortsatta praktiska försök med prioriteringsarbete inom arbetsterapi och sjukgymnastik behövs för att utveckla mer entydiga riktlinjer.

En av de frågor deltagarna ställt sig är vilken betydelse ett **tillstånds svårighetsgrad** har. Är det så att tillstånd med liten svårighetsgrad kräver mer patientnytta med insatsen för att den ska prioriteras högt medan tillstånd med stor svårighetsgrad kan prioriteras högt trots att det är en liten patientnytta med insatsen? Gruppdeltagarna har fått intrycket att ett tillstånds svårighetsgrad väger tungt vid prioritering.

Vi har redan tidigare konstaterat att det tycks finnas en ”aktivitetstrappa” där begränsningar av vissa aktiviteter ses som svårare än andra. Till exempel ansågs tillståndet ”*svårighet att tvätta sig*” ha en lägre svårighetsgrad än tillståndet ”*svårighet att kommunicera*” eller ”*svårighet att äta*”. Andra menar att hur en aktivitetsbegränsning upplevs är något högst individuellt och svårt att bestämma på gruppnivå.

Andra deltagare menade att **patientnyttan** och **kostnadseffektiviteten** måste vara avgörande för prioriteringar oavsett tillståndets svårighetsgrad. Insatser som går att göra fort och därmed når ett större antal patienter till låg kostnad (t ex kompensatoriska insatser som hjälpmedelsförskrivning) bör prioriteras högre än insatser som syftar till att t ex återställa funktion trots att kunskap saknas om vilka effekter respektive insats har. Enligt riksdagens direktiv till Läkemedelsförmånsnämnden (LFN)<sup>15</sup> ska kostnadseffektiviteten alltid vägas mot sjukdomstillståndets svårighetsgrad och vara högre vid mindre svåra tillstånd än vid tillstånd med hög svårighetsgrad (prop. 2001/2002:63).

---

<sup>15</sup> Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) har i uppdrag av riksdagen att besluta om ett läkemedel, eller andra varor som ingår i läkemedelsförmåner, ska vara subventionerade samt att sätta pris på desamma. LFN har också att besluta om ett läkemedel/vara inte längre ska ingå i läkemedelsförmånen.

Prioriteringsutredningen ansåg att kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad människovärdes- och behovsprincipen och ska bara tillämpas om allt annat är likvärdigt. Direktiven till LFN tycks stämma mer med hur man resonerar i sjukvården. Många av deltagarna uppfattade att kostnadseffektiviteten har en avgörande påverkan på de prioriteringar som görs. Till exempel uppfattas organisationsform (öppenvård kontra slutenvård, kvarboende kontra kommunalt boende) ofta avgöra prioriteringar på politisk nivå vilket får återspeglningar på de prioriteringar som sjukgymnaster och arbetsterapeuter gör. Orsaken uppfattas vara att lägsta kostnadseffektiva omhändertagandenivå eftersträvas. Den etiska konflikten ligger i att det finns en osäkerhet om att detta sker på ett sätt så att även hänsyn till behovsprincipen och människovärdesprincipen tas på ett så bra sätt som möjligt.

Vilken roll ska då **evidens** spela i prioriteringssammanhang? Kan man se det så att tillstånd med litet stöd för effekt alltid bör prioriteras lägre? Både Svenska Läkaresällskapet och Socialstyrelsen har tryckt på att kravet på evidens inte får innebära att väl dokumenterade områden får företräde vid prioriteringar utan en samlad bedömning av tillståndets svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet måste göras.

Ibland verkade inte bedömningen av t ex svårighetsgraden och patientnyttan stämma med den ”magkänsla” som deltagarna fick då de gjorde en sammanvägning till en viss prioriteringsnivå. Bland annat kunde tillstånd med liten svårighetsgrad och relativt liten patientnytta ändå betraktas som viktigt att prioritera högt. Det viktiga blev då att försöka att med ord beskriva vad magkänslan stod för – varför kan en insats vara viktig även om olika aspekter sätts som lågt?

## 8. HUR KAN PRIORITERINGSORDNINGEN PRESENTERAS?

Svenska Läkaresällskapet rekommenderar att rangordningen presenteras som en lista med kommentarer (Figur 2). Liksom andra aktörer är Svenska Läkaresällskapet noga med att framhålla att dessa listor inte är lämpade som det enda beslutsunderlaget för politiker och andra beslutsfattare inom vården. Politiker har också ibland värt sig för att prioriteringar presenteras som listor, åtminstone när prioriteringar kombinerats med ransoneringar som innebär att vissa tillstånd och insatser ställs utanför den offentliga hälso- och sjukvården. I regeringspropositionen (1996/97:60) understryks att sådana listor inte kan användas automatiskt för prioriteringar av den enskilda patienten som ju alltid har rätt till en bedömning om det inte är uppenbart obehövt.

När projektdeltagarna tittat på rubrikerna i den föreslagna utformningen av en rangordningslista har de upplevt att de i princip fungerar för att beskriva vad som bedöms enligt arbetsmodellen för vertikala prioriteringar. De instämmer i att det behövs komplement för att beskriva sådant som inte ryms i en rangordningslista. I omvårdnadsprojektet (Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet 2004) finns det ytterligare kolumner t ex *"Hälsovinst av insats"* och *"Konsekvens vid utebliven insats"*. Om dessa är lämpliga att använda även inom arbetsterapi och sjukgymnastik har grupperna inte hunnit ta ställning till.

En fråga som deltagarna däremot hann diskutera är hur prioriteringsnivån kan anges. Svenska Läkaresällskapet föreslår att rangordningen redovisas i en skala från 1 till 10. Siffran 1 anger de tillstånd/insatser som bör ha högst prioritet och siffran 10 anger de patientgrupper som bör ha lägst prioritet. Denna skala tillämpas bl a i Socialstyrelsens riktlinjearbete. Inom omvårdnadsprojektet (Vårdförbundet, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet 2004) upplevde man däremot svårigheter med att använda alla tio skalsteg och valde istället att pröva ett system med tre skalsteg; (1) basal eller livsnödvändig och där insatsen ska betraktas som obligatorisk för alla, (2) sekundär d v s viktig insats som bör erbjudas merparten men ej livsnödvändig samt (3) tertiär, d v s mindre viktig insats som bedöms från fall till fall.

Inom detta projekt ansåg deltagarna att det är lätt hänt att allt initialt uppfattas som högprioriterat. När de betraktade sina preliminära listor en andra eller tredje gång var det lättare att sprida ut rangordningen längs hela skalan 1-10 och att det gick att använda alla skalsteg.

Deltagarna ställde sig frågan vad det olika skalstegen innebar; om de olika prioriteringsnivåerna också kan säga något om hur snart en insats bör göras, i vilken omfattning och med vilken kvalitet. Om man i ett prioriteringsarbete kan komma överens om den typen av frågor så uppfattades en gemensam prioriteringsordning i ännu större utsträckning fungera som en vägledning i klinisk verksamhet.

Sammanfattningsvis är svaret på frågan om hur en prioriteringsordning kan presenteras avhängig av *vem* den ska presenteras för. I första hand uppfattas en rangordningslista vara ett arbetsmaterial och diskussionsunderlag.

Deltagarna i detta projekt har bara snuddat vid hur offentliggörandet kan se ut när det gäller prioriteringar men menar att det behövs en mer ingående diskussion om strategier och metoder för hur öppenhet mot politiker och allmänhet kan se ut.

## 9. EXEMPLET PRIORITERINGAR INOM ARBETSTERAPI I PRIMÄRVÅRD

För att konkretisera de diskussioner som hittills förts om enskilda delar i arbetsmodellen för vertikala prioriteringar presenteras nedan ett exempel från arbetsgruppen på FSA. Den visar hur de gått tillväga när de prövat att använda den aktuella modellen vid prioriteringar inom primärvård. Detta ska bara ses som ett exempel på hur en gemensam prioriteringsordning kan arbetas fram, inte som en faktisk rekommendation.

- **Indelning och avgränsning av prioriteringsområde**

Att prioriteringar skulle ske inom primärvård var givet i detta projekt. Ett första steg blev dock att definiera vad som ingick i begreppet ”primärvård” eftersom arbetsterapeuter från olika organisationer (landsting, kommun och privata sektorn) deltog i arbetet. Därefter valde gruppen att använda en grov indelning som tidigare tagits fram inom FSA (FSA 2005) av de patientgrupper som arbetsterapeuter i första hand kommer i kontakt med inom primärvård. Dessa grupper bestod av patienter i behov av palliativ vård, patienter med rörelseorganens sjukdomar, neurologiska/kognitiva sjukdomar, medicinska sjukdomar och smärta/stressproblematik. I projektet prövades i första hand att prioritera inom rörelseorganens sjukdomar.

- **Val och gruppering av det som ska bli föremål för rangordning.**

Som prioriteringsobjekt valdes olika kombinationer av sjukdomar, störningar och andra hälsobetingelser enligt KSH-97 ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)), ohälsotillstånd enligt ICF (Socialstyrelsen 2003) och arbetsterapeutiska insatser enligt patientjournalmallen *Gärda* (*patientrelaterade arbetsterapeutiska åtgärder, version 2.0.*). Utifrån dessa referenser gjorde gruppen en kartläggning av ;

- Vilka tillstånd är relevanta för arbetsterapeuten inom rörelseorganens sjukdomar i primärvård enligt KSH-97?
- Vilka kroppsfunktioner enligt ICF kan vara aktuella?
- Vilka aktivitetsbegränsningar/ delaktighetsinskränkningar enligt ICF kan vara aktuella?
- Vilka arbetsterapeutiska åtgärder enligt patientjournalmallen *Gärda* kan vara aktuella?

Resultatet av genomgången blev följande lista ( Figur 9);

Figur 9. Kartläggning av möjliga prioriteringsobjekt

<b>Diagnos/Lokalisation</b>	<b>Kroppsfunktioner</b>	<b>Aktivitet/Delaktighet</b>	<b>Arbetsterapeutisk insats</b>
<u>1.Leder</u> - artrit - arthros - plastiker - ledvärk -ledkontraktur	<u>1.Sinnesfunktioner o</u> <u>smärta</u> - smärtförmåelse	<u>Allmänna uppgifter o krav</u> <u>(kap 2)<sup>16</sup></u> - att genomföra daglig rutin (planera, genomföra) - att hantera stress o andra psykologiska krav (hantera stress, kriser)	<u>Klassifikation</u> <u>gärda - patient-</u> <u>relaterad</u> <u>arbetsterapeutiska</u> <u>åtgärder</u> (samtliga åtgärder i Gärda ansågs möjliga utom kognitiv, psykisk och social funktionsträning)
<u>2. Mjukvävnad</u> - tendinit - myalgi - epicondylalgi - ruptur	<u>2. Neuromuskelotala funktioner och rörelserelaterade funktioner</u> - muskeluthållighet - rörlighet i/mellan leder - ledstabilitet - muskelkraft	<u>Förflyttning (kap.4)</u> - att ändra kroppsställning - att bibehålla " - att förflytta sig/gå i hemmet - att lyfta och bära föremål - handens fin/grovmotoriska användning - att förflytta sig/gå utanför hemmet - att förflytta sig med hjälp av transportmedel	
<u>3.Rygg/ nacke</u> - lumbago - disksjukdom - Mb.Bechterew - spinalstenos -ischias - kotkompression		<u>Personlig vård (kap 5)</u> - att tvätta sig - kroppsvård - att sköta toalettbehov - att klä sig - att äta - att dricka - att sköta sin hälsa	
<u>4. Brosk/benvävnad</u> -osteoporos med eller utan kotkompression		<u>Hemliv (kap 6)</u> - att skaffa varor o tjänster - att bereda måltider - hushållsarbete - att bistå andra	
<u>5. Inflammatoriska systemsjukdomar</u> - SLE		<u>Viktiga livsområden (kap 8)</u> - arbete, utbildning o sysselsättning	
<u>6.Skelettskador</u> - övre extremiteter - nedre extremiteter - övriga skelettskador		<u>Samhällsgemenskap/Socialt o medborligt liv (kap 9)</u> - samhällsgemenskap - rekreation/ fritid	
<u>7. Trauma</u> - Whiplash			

Utifrån denna kartläggning prövades olika kombinationer av diagnos, kroppsfunktioner, aktiviteter och åtgärder som prioriteringsobjekt för att hitta en rimlig detaljnivå<sup>17</sup>. Som prioriteringsobjekt (Figur 10) valdes tillståndet *svårighet att tvätta sig p g a artrit* kombinerat med de arbetsterapeutiska insatserna *aktivitetsträning, kroppsfunktionsträning, pedagogisk intervention, hjälpmedel och fysisk miljöanpassning*<sup>18</sup>.

- **Bedömning och evidensgradering av sjukdomens svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet.**

Projektgruppen bedömde begränsningar att tvätta sig p g a artrit som ett *måttligt* svårt tillstånd och att det är förenat med måttliga risker vid utebliven insats. Därefter bedömdes patientnyttan med de olika arbetsterapeutiska insatserna utifrån hur de påverkade förmågan att kunna tvätta sig samt hur de påverkade de framtida riskerna. Någon direkt komplikationsrisk ansågs inte finnas med insatserna. Nyttan bedömdes i förhållande till målsättningen att patientgruppen skulle uppnå självständighet i aktiviteten och uppgavs vara måttlig när det gäller aktivitetsträning, kroppsfunktionsträning och pedagogisk intervention medan nyttan ansågs stor när det gäller hjälpmedelinsats och fysisk miljöanpassning.

Deltagarna tog sedan ställning till vilket stöd som finns för att de arbetsterapeutiska insatserna som rangordnats gör nytta. I det här arbetet har inte tid funnits till genomgång av evidensläget på området varför gruppen valt att ange "*beprövad erfarenhet*" som stöd för sina ställningstaganden (vilket mycket möjligt skulle behöva revideras i ett reellt prioriteringsarbete). Eftersom gruppen saknat viktig kunskap på området har man valt att inte gradera hur starkt stödet är.

Slutligen gjordes en bedömning av kostnadseffektiviteten av de olika arbetsterapeutiska insatserna. Då några hälsoekonomiska studier på området inte var kända gjorde deltagarna istället en uppskattning av resursåtgång t ex i form av arbetsterapeutens tidsinsatser i förhållande till förväntad nytta. Uppskattad kostnadseffektivitet bedömdes som måttlig för aktivitetsträning, kroppsfunktionsträning och pedagogisk intervention och stor för hjälpmedelinsats och fysisk miljöanpassning.

---

<sup>17</sup> Beroende på om omgivningsfaktorer är något ska ingå i prioriteringar inom arbetsterapi så kan också dessa listas utifrån ICF.

<sup>18</sup> Vad det gäller arbetsterapeutiska insatser har olika huvudrubriker (t ex aktivitetsträning) preciserats med de insatser som kan vara aktuella (t ex P-ADL och arbetsträning) vilket varit oviktigt för att skatta nyttan med insatsen utan mer finns med som ett förtydligande i rangordningslistan.

- **Sammanvägning till en viss prioriteringsnivå**

Avslutningsvis gjordes en kvalitativ sammanvägning av svårighetsgrad, patientnytta, stöd för effekt samt uppskattning av kostnadseffektivitet. Rangordningen kan ses som ett exempel på hur svårt det ibland uppfattades vara att sammanväga de olika aspekterna till en viss prioriteringsnivå. Hur kan det t ex vara att så att insatsen ”*fysisk miljöanpassning*” som bedöms ge stor patientnytta och stor uppskattad kostnadseffektivitet prioriteras lägre än insatsen ”*aktivitetsträning*” som bedöms ge måttlig patientnytta och vara måttligt kostnadseffektiv? I en fortsatt diskussion skulle antingen denna bedömning behöva omvärderas eller behöva motiveras för att bli begriplig.

- **Presentation av rangordningslista**

Figur 10. Exempel på rangordningslista

Svårighet att tvätta sig p g a artrit	Tillstånd/ Svårighetsgrad	Patient- nytta/ Effekt av åtgärd	Stöd för effekt	Uppskattad kostnads- effektivitet	Rangord- ning
		Måttlig			
<b>Aktivitetsträning</b> P-ADL - Arbetsträning		Måttlig	Beprövad erfarenhet	Måttlig	2
<b>Kroppsfunctionsträning</b> Sensomotorisk funktionsträning		Måttlig	Beprövad erfarenhet	Måttlig	5
<b>Pedagogisk intervention</b> Information -Handledning		Måttlig	Beprövad erfarenhet	Måttlig	3
<b>Hjälpmedel</b> Ortoser -Hjälpmedel för personlig vård		Stor	Beprövad erfarenhet	Stor	1
<b>Fysisk miljöanpassning</b> Boende/ Arbetsanpassning		Stor	Beprövad erfarenhet	Stor	4

I denna rangordningslista har inte alla bedömningar som gruppen gjort skrivits ner, t ex liten risk för förtida död, stor risk för försämrat tillstånd o s v utan bara en sammanfattande bedömning av risk. Detta ska dock inte ses som någon rekommendation. Skulle gruppen gjort listan i ett senare skede av projektet skulle kanske listan ha sett något annorlunda ut och innehållit mer information om de aspekter som bedömts.



## 10. GEMENSAM METOD FÖR VERTIKAL PRIORITERING?

Det yttersta syftet med detta projekt har varit att undersöka möjligheten att enas kring en gemensam metod för vertikala prioriteringar som skulle kunna omfatta flera professioner. En av frågorna i projektet har därför varit hur arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas sätt att resonera överensstämmer med den metod för prioriteringar som Svenska Läkaresällskapet och Socialstyrelsen tillämpat. Svaret är att överensstämmelsen är stor. Projektdeltagarna har utifrån sina diskussioner funnit att de komponenter som andra aktörer har menat bör tas med i ett prioriteringsarbete är fullt rimliga. Det gäller alltså

- Indelning och avgränsning av prioriteringsområde
- Val och gruppering av det som ska bli föremål för rangordning
- Bedömning av vad som ska ligga till grund för prioriteringar (bedömning och evidensgradering av sjukdomens svårighetsgrad, patientnytta med insatsen, insatsens kostnadseffektivitet och evidensgradering.)
- Sammanvägning till en prioriteringsnivå.
- Presentation av rangordningslista och eventuell konsekvensbeskrivning.

Vad det gäller konsekvensbeskrivning har projektgrupperna bara konstaterat att det är viktigt att tydliggöra konsekvenser av utebliven insats men har inte hunnit diskutera hur en sådan konsekvensbeskrivning skulle kunna utformas och har heller inte hunnit ta ställning till Svenska Läkaresällskapets förslag.

### 10.1 Behov av metodutveckling

Projektgrupperna har lyft fram vissa utvecklingsbehov för att Svenska Läkaresällskapets arbetsmodell för vertikala prioriteringar ska bli ännu mer tillämpbar för arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

- Bedömning av ett ohälsotillstånds aktuella svårighetsgrad, konsekvenser vid utebliven insats och patientnytta i samband med prioriteringar behöver omfatta såväl organ-, funktions- som aktivitets/delaktighetsnivå. De begrepp som används i en vägledande arbetsmodell bör avspegla denna hälsosyn.
- En mer enhetlig och distinkt begreppsapparat som kan förstås av olika yrkeskategorier behövs för att underlätta ett gemensamt prioriteringsarbete. Användbarheten av begreppen i det internationella klassifikationssystemet ICF bör prövas. Behovet av enhetliga begrepp också när det gäller hälsa, livskvalitet och beprövad erfarenhet har lyfts fram.

- Diskussioner behöver föras om vilka risker vid utebliven insats som är rimliga att beakta i ett prioriteringsarbete, inte minst när det gäller risk för framtida ohälsa.
- Det finns behov av förtydliganden och diskussioner om eventuella förändringar av riksdagens etiska riktlinjer för prioriteringar, som ju ligger till grund för arbetsmodellen. Angelägna frågor är t ex huruvida hänsyn kan och bör tas till omgivningsfaktorer (som tillgång till eller avsaknad av personligt stöd i form av anhöriga och vårdare) vid bedömning av tillståndets svårighetsgrad och patientnytta med vårdens insatser. Detsamma gäller hur man ska värdera återgång i arbete vid prioriteringar samt andra kostnader knutna till samhällsnyttan i relation till människovärdesprincipen.
- Diskussioner behövs inom respektive yrkeskår, tvärprofessionellt och tillsammans med politiker kring hur en mer målorienterad behovsbedömning kan tillämpas i ett prioriteringsarbete så att patientnyttan sätts i relation till målet med en insats (d v s det önskvärda hälsotillståndet).
- Ett förtydligande krävs av hur patientupplevelsen kommer in vid vertikala prioriteringar och metoder för att beskriva detta.
- Slutligen behövs ett klargörande om vad som är rimligt att bedöma när det gäller direkta kostnader/resursförbrukning (tid, material, hjälpmedel e t c) i ett prioriteringsarbete eftersom arbetsterapeuter, sjukgymnaster och många med dem fortfarande i stor utsträckning är beroende av egna skattade kostnadsberäkningar.

## **10.2 Användbarheten av arbetsmodellen**

Vilka tankar fanns då vid projektets slut hos deltagarna om vad denna modell för vertikala prioriteringar kan användas till? Att arbetsmodellen uppfattas ge vägledning och stöd i prioriteringsdiskussioner har redan konstaterats.

*”Den visar vad vi kan ta hänsyn till för att komma fram till en prioritering”.*

Den upplevs skapa möjligheter att klargöra ”magkänslan”, att medvetandegöra och tydliggöra på vilka grunder prioriteringar görs inom arbetsterapi och sjukgymnastik.

Prioriteringsdiskussioner kan föras på många olika nivåer, allt ifrån en övergripande politisk nivå till den egna verksamheten. Det har funnits olika bilder i projektgrupperna om vad arbetsmodellen i första hand kan användas till. Några har framhållit vikten av att metoden ska kunna fungera ”hemma hos oss” som ett redskap i den kliniska vardagen. Det kan gälla allt från upprättande av väntelistor till att tydliggöra för nyanställda vilka prioriteringar som gäller på enheten.

*”Det måste kännas som att jag är hjälpt av sättet vi väljer att prioritera på.”*

Andra har menat att den huvudsakliga nyttan av en arbetsmodell nog kommer att vara att den kan ge vägledning på övergripande verksamhetsnivå och som underlag för politisk styrning. Det kan t ex handla om prioriteringsarbeten i samband med olika typer av strukturförändringar i vården som ger tillfälle till behovsdiskussioner.

*”Prioriteringssvårigheter handlar inte så mycket om vi ska ta patient A eller B först utan mer i det stora; hur ska inriktningen på vår verksamhet vara?”*

Det är också en önskan att arbetsmodellen ska ha ett bredare vårdperspektiv för att fungera för flera andra yrkesgrupper, både inom kommunal hälso- och sjukvård och inom landsting. Förhoppningen bland deltagarna var att en gemensam metod ska bidra till att arbetsterapeuter och sjukgymnaster blir mer aktiva och delaktiga i prioriteringsarbeten på ”högre” och mer övergripande beslutsnivåer.

### **10.3 Fortsatta steg i metodutveckling inom sjukgymnastik och arbetsterapi**

Diskussionerna kring arbetssätt för prioriteringar har väckt nya frågor. Den egna verksamheten har genomlysts och behov av olika utvecklingsarbeten inom arbetsterapi och sjukgymnastik har aktualiserats. Till exempel har frågor om kvalitetssäkring, evidens, hälsoekonomiska studier och begreppsutveckling kommit upp.

När det gäller fortsatt utveckling av prioriteringar har följande vägar för utveckling av prioriteringar diskuterats i projektgrupperna;

- En fortsatt metodutveckling ansågs viktig för att fortsätta utveckla stöd till praktisk handledning vid prioriteringar.

Inom respektive profession behöver fortsatta diskussioner föras kring värderingsfrågor knutna till prioriteringar, som flera exempel i denna rapport visar. Förbundens etiska råd ansågs vara ett möjligt forum för sådana diskussioner. Utvecklingen bör dock helst inte stanna med det. Att hitta en gemensam metod för vertikala prioriteringar för all vårdpersonal ansågs som ett viktigt mål. Ett ökat samarbete med andra yrkesförbund, Socialstyrelsen och andra aktörer på området kändes angeläget.

*”Alla måste anpassa sig för att kunna prata prioriteringar med varandra”.*

- En annan viktig utveckling på prioriteringsområdet ansågs vara att i samband med yrkesförbundens utveckling av kliniska riktlinjer och program för olika patientgrupper eller verksamhetsområden också ta fram tillhörande riktlinjer för prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik. I samband med detta diskuterades förutsättningar för nordiskt samarbete. Behovet av en lokal anpassning av riktlinjer samt revideringar i takt med kunskapsutvecklingen var något som underströks.
- Utbildningsbehovet är fortsatt stort vad det gäller prioriteringar både inom sjukgymnastik och arbetsterapi där yrkesförbunden antas kunna spela en viktig roll för att täcka detta behov.
- När det gäller ökad delaktighet menade grupperna att det är värdefullt att sjukgymnaster och arbetsterapeuter agerar själva och bjuder in politiker till sin egen enhet, att på facklig distriktsnivå ta kontakt med lokalpolitiker och att förbunden behöver lyfta dessa frågor även på riksnivå. När det gäller delaktighet påpekades också att nationella prioriteringsarbeten (som t ex det nationella riktlinjearbetet i Socialstyrelsens regi) behöver ha fortsatt bred sammansättning och en bred remissgrupp för att skapa hög trovärdighet.
- 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. Ett sådant projekt har startat inom rehabiliteringsenheten i Kalmar läns landsting.
- Slutligen diskuterades behovet av en strategi för hur öppenheten kan se ut inom arbetsterapi och sjukgymnastik. Vad ska presenteras när det gäller prioriteringar, för vilka och på vilket sätt?

## 11. AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Är det möjligt att hitta en optimal modell för vertikala prioriteringar som är användbar för alla? Svaret är troligen att en modell aldrig kan täcka in alla aspekter som vi önskar beakta vid prioritering. Metoderna för vertikala prioriteringar får inte bli så komplicerade att öppna prioriteringar svårligen låter sig göras. Att balansera mellan det som vore optimalt och det som är möjligt i ett prioriteringsarbete kommer nog även fortsättningsvis att vara nödvändigt.

Det finns de som tvivlar på att prioriteringar kan baseras på ”tekniska modeller” grundade på rationella fakta som ger enkla och oantastliga svar. Det viktiga anses istället vara att själva prioriteringsarbetet läggs upp på ett sätt som kan anses rimligt av de flesta i samhället både vad det gäller öppenhet och vilka som deltar i arbetet (Holm 1998). Oavsett vad man själv anser om detta så är det ett faktum att den personal som ska göra prioriteringar i vården idag efterfrågar stöd och klarhet i hur de kan tänka för att omsätta riksdagens riktlinjer för prioriteringar i praktiken. Regeringen har hörsammat kritiken och en nationell kartläggning ska påbörjas i syfte att undersöka om dagens riktlinjer behöver förändras eller förtydligas.

Projektets fokus har varit metoder för prioriteringar men har kommit att handla om mycket mer. Efter att ha följt arbetet i de båda projektgrupperna finns det anledning för mig att reflektera över några av de tankar som väckts av projektdeltagarna.

### 11.1 Prioriteringar – en gemensam angelägenhet

Det här projektet har drivits som ett inomprofessionellt arbete, arbetsterapeuter för sig och sjukgymnaster för sig. Även läkare och omvårdnadspersonal har i sina respektive yrkesgrupper prövat olika metoder för vertikala prioriteringar. Detta sätt att bedriva ett utvecklingsarbete yrkesvis, har naturligtvis både sina styrkor och svagheter.

Att diskutera prioriteringar och de fakta och värderingar som ligger till grund för dessa uppfattades många gånger som svårt och känsligt i projektet.

*”Man gick in i projektet med känslan att det här blir väl enkelt men i takt med att man blev mer medveten om allt som behöver tas hänsyn till blev det mer komplicerat”.*

Öppenheten som ligger i en sådan diskussion kändes fortfarande ny och ovan för deltagarna.

Känslan av att blotta sig verkade finnas; är vår verksamhet för otillräckligt förankrad i vetenskap och beprövad erfarenhet? Kan andra hålla med om vår bedömning av den patientnytta som våra insatser ger? Får vi prioritera yngre patienter framför äldre? Att diskutera den här typen av svåra frågor tillsammans med andra personer som tillhör den egna yrkesgruppen verkar kunna skapa trygghet. Deltagarna i det här projektet tyckte det var viktigt att starta diskussionerna i de egna yrkesgrupperna men menade att det förstas vore högst olyckligt om prioriteringar enbart skulle bli en fråga för varje enskild yrkesgrupp, eller för varje enskild huvudman. Det gäller såväl i fortsatta utvecklingsarbeten av metoder för prioriteringar som i prioriteringsarbeten i praktiken. För det händer att arbetsterapeuter och sjukgymnaster finns i sådan verksamhet där de självständigt prioriterar vilka patientgrupper de ska ägna sig åt men oftare finns de i sammanhang där teamets samlade bedömning måste råda.

*”Det är svårt att tänka sig sjukgymnastik som en ö och koncentrera sig bara på hur vår egna prioriteringar ser ut för vi är ju också skyldiga att få igenom patienten i vården.”*

Projekttagarna har också kommit in på att prioriteringar inte bara handlar om val av insatser som kan utföras av en yrkesgrupp utan om val mellan insatser som utförs av olika yrkeskategorier (t ex medicinsk behandling i relation till fysikalisk träning). Ibland kan ett sådant val leda till kursändring i vården, att en ny metod bedöms vara mer ändamålsenlig än den som vanligen används. Vad som ytterst gör att vården byter metod finns nog idag inga entydiga svar på. Kostnadseffektivitet kan anses utgöra en viktig grund för ett sådant beslut men svaret är säkert mer komplicerat än så. Vikten av tvärprofessionella diskussioner handlar också om att enas om en behandlingsinriktning t ex vad det gäller ätstörningsproblematik där de samlade insatserna från olika professioner kan ha stor betydelse för resultatet.

Det är dock inte givet och inte ens särskilt troligt att olika professioner rangordnar ett hälsotillstånd lika eftersom olika yrkesgrupper gör olika insatser vid ett och samma tillstånd. I projektet har frågan ställts vems prioritering som gäller om olika professioner gör olika bedömningar av ett och samma tillstånd svårighetsgrad och nytta med en och samma insats? Kan t ex sjukgymnasten ha en avvikande tanke om prioritering från läkaren om vilka tillstånd sjukgymnasten i första hand ska ägna sig åt? Detta är säkert ingen ny problematik i vården men den kan bli extra tydlig i en öppen prioriteringsdiskussion. För att uppnå acceptans för de prioriteringar som görs inom en verksamhet anses det viktigt att ”rätt” personer med stor trovärdighet deltar i prioriteringsarbetet (Garpenby 2003).

Upplevelsen av rätt personer innebär troligen att de yrkesgrupper vars insatser är berörda av prioriteringar, högt eller lågt, behöver finnas med i ett prioriteringsarbete.

### **11.2 Behov, efterfrågan eller utbud?**

I början av detta projekt handlade diskussionerna mycket om den egna professionens roll och hur man skulle göra dess kompetens känd. Detta är med största sannolikhet inte heller något unikt för arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Anders Anell, verkställande direktör vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, lyfte i sitt anförande på Nätverkskonferensen i Linköping, 2006 upp just revirtänkande mellan olika professioner som ett av hindren för att uppnå en mer behovsstyrd vård. Under projektets gång verkar det dock ha skett en förskjutning från viljan att visa vad man som sjukgymnast eller arbetsterapeut *kan* göra till att handla mer om vad man *behöver* göra utifrån var de största behoven av vård finns. Patienternas behov kom efterhand att alltmer dominera diskussionerna – vad är mest angeläget att sjukgymnaster och arbetsterapeuter arbetar med? Perspektivet förefaller med andra ord ha svängt från att handla om vilken vård som kan *erbjudas* människor med ohälsa (vårdens utbud) till vad människor *behöver* för vård (behov av vård). För att uppnå en prestigelös prioriteringsdiskussion behövs troligen en förskjutning från revirtänkande till gemensamma behovsdiskussioner.

Relationen mellan efterfrågan och behov diskuterades också i projektet. Till skillnad mot behov är efterfrågan det som en person själv vill ha åtgärdat. Ibland motsvarar detta vad hälso- och sjukvården anser vara ett välmotiverat behov som bör åtgärdas inom ramen för det offentliga åtagandet. Men efterfrågan kan också handla om upplevda vårdbehov som det inte finns verksamma åtgärder för eller som ligger utanför det offentliga åtagandet (Liss 2004). I Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) underströks att efterfrågan inte kan vara styrande för resursfördelning. Samtidigt lyfts patientinflytande som något viktigt;

*”Insyn och påverkansmöjligheter från andra än hälso- och sjukvårdens personal och beslutsfattare förbättrar beslutsunderlaget och skapar samtidigt förståelse för de beslut som måste fattas. Patienters ställning i hälso- och sjukvården måste därför stärkas.”*

Regeringens proposition 1996/97:60, s 13.

Projektdeltagarna frågade sig ofta vilken vikt som ska läggas vid uppfattningar av vad patienterna själva vill prioritera när det gäller vilka besvär som de helst vill ha hjälp med att åtgärda och på vilket sätt detta helst ska ske.

Idag finns en växande kunskap om hur patienter ser på vad som anses svårt att drabbas av och de insatser som kan vara aktuella. Utöver ren forskning är detta något som olika aktörer i många år försökt fånga inom s k medicinskt programarbete i flera landsting där patienter och närstående i samtal med politiker fått beskriva sin situation och sina behov av vård. Att ytterligare stärka patientgruppers och medborgares direkta deltagande i prioriteringsarbete kan vara avgörande för prioriteringars fortsatta legitimitet. Idag pågår ett sådant utvecklingsarbete inom Socialstyrelsens riktlinjearbete för depression och ångestsjukdomar där patientorganisationer inbjudits för att rangordna sina behov av vård (Gunilla Nyrén 2006).

### **11.3 Gränsen mellan det individuella och grupp**

En av de större utmaningarna i detta projekt har handlat om svårigheten att tänka prioriteringar på gruppnivå. Det är inte bara sjukgymnaster och arbetsterapeuter som har svårt med detta - även när det gäller andra försök med prioriteringar t ex inom omvårdnad har detta varit ett återkommande diskussionsämne (Jacobsson in manuscript 2006). Frågan är varför detta är svårt. Deltagarna själva tror att det kanske beror på att fokus inom rehabilitering ofta ligger på individualisering. Deltagarna i projektet har upplevt att det är så mycket hos den enskilda individen som påverkar de prioriteringar man har att göra. Insatserna inriktas ofta mot en komplex ohälsoproblematik där många olika kombinerade insatser behövs, *"alla delar ska må bra"*. Att det finns så få "renodlade" patientgrupper har gjort det svårt att hitta prioriteringsobjekt (i alla fall om man ska tänka att ett prioriteringsobjekt bara kan innehålla ett ohälsotillstånd i taget vilket inte alls behöver vara fallet). Patienten måste också så gott som alltid själv aktivt delta i rehabiliteringsinsatsen, varför personligheten blir viktig att ta hänsyn till, i motsats till insatser där patienten har en mer passiv roll.

Något som ofta dyker upp i prioriteringsdiskussioner inom olika professioner eller inom olika verksamhetsområden är känslan av att ha en unik problematik att ta hänsyn till. Frågan är om sjukgymnastens eller arbetsterapeutens insatser är så unikt komplexa som deltagarna upplevde det? Patienter med komplex problematik är ju vanliga i hela vården och aktuella för prioriteringar inom många verksamheter och av flera professioner. Handlar svårigheten kanske mer om en ovana att definiera dessa komplexa grupper? Finns det inte också andra professioner som upplever att mycket påverkar vilka prioriteringar som bör göras? En handkirurg skulle säkert kunna instämma i detta likväl som en kurator inom barnpsykiatri. Frågan är i vilken utsträckning problematiken är väsentligt olika för olika yrkesgrupper eller om det mer handlar om vanan att föra denna typ av diskussioner.



Det finns dock anledning att inte bagatellisera den upplevda konflikten mellan ställningstaganden på gruppnivå och beslut som rör enskilda patienter när det gäller att göra prioriteringar. Om undantagen från en rangordning är så många att denna i praktiken upphör att gälla hur ska vi då betrakta nyttan med en prioriteringsordning? Projektdeltagarna frågade sig ofta vad det innebär att rangordningar ska ses som en grov vägledning och att det i realiteten behövs en individuell bedömning för att avgöra prioriteringsgrad för det enskilda fallet? Hur långt in i den kliniska vardagen kan en rangordning vara till hjälp? Troligen behövs flera praktiska försök och utvärdering av dessa för att vi ska förstå detta bättre.

#### **11.4 Begrepps betydelse i ett prioriteringsarbete**

I och med att projekten inom FSA och LSR fortskred kom behovet av att använda enhetliga begrepp att bli allt viktigare för deltagarna. Kanske är det rent av det viktigast utvecklingsbehovet när det gäller en gemensam modell för vertikala prioriteringar? Flera av de begrepp som användes i den ursprungliga modellen har känts obekväma för arbetsterapeuter och sjukgymnaster p g a sin medicinska prägel. Att orden känns bekväma är antagligen viktigt för att leda tanken rätt. Att de som deltar i ett prioriteringsarbete menar samma sak är troligen ännu viktigare. Vikten av att definiera de begrepp man rör sig med i samband med ett prioriteringsarbete har uppmärksammats också inom statsvetenskap..

*”Det finns en uppenbar risk att olika aktörer inom hälso- och sjukvårdssystemet talar ”förbi” varandra inför prioriteringsbeslut. Även om man tror att en gemensam uppfattning föreligger är det inte alltid säkert att så är fallet.....Om olika tolkningar får fortleva genom prioriteringsprocessen utan att dessa ventileras kan detta få besvärande konsekvenser när beslutsfattandet ska omsättas i praktiken.”*

Garpenby, 2004, s 33

Begrepp är långt ifrån neutrala utan innefattar ett stort mått av värderingar och kan också signalera avstånd eller inbjuda till delaktighet. För att skapa prioriteringsarbeten där alla professioner kan delta och som vinner intern legitimitet<sup>19</sup> behövs troligen en öppen diskussion just kring de begrepp vi väljer att använda.

---

<sup>19</sup> Legitimitet innebär här att de berörda upplever prioriteringsarbetet som riktigt och rättvist. Med intern legitimitet menas förtroendet för prioriteringar inom hälso- och sjukvårdens egen organisation såväl hos politiker, tjänstemän som bland verksamma i vården (Garpenby, 2004).

### **11.5 Den etiska plattformen – behov av förtydligande eller förändring?**

Modellprojektet har inneburit många återkommande diskussioner kring den etiska plattformen. Några deltagare i projektgrupperna tyckte att det i första hand är angeläget att försöka ena sin egen yrkeskår i ett etiskt tänkande kring prioriteringar medan andra menade att enighet kan vara svår att uppnå i en så ”brokig skara”.

Den största etiska konflikten i detta projekt har utan tvivel handlat om människovärdesprincipen och dess tillämpning vid prioriteringar. Trots att funktion i samhället inte får beaktas vid prioriteringar är det ett faktum att funktion har betydelse inom sjukgymnastik och arbetsterapi när det gäller val av vilket behov som går före ett annat. Detta förekommer inte bara inom dessa yrkesgrupper utan troligen inom rehabilitering överhuvudtaget, okänt i vilken utsträckning. I detta projekt har diskuterats om det är rimligt att oförmåga att kunna arbeta p g a sjukdom/skada ses som ett svårare tillstånd än för den med samma sjukdom/skada men som inte arbetar och om detta ställningstagande är förenligt med människovärdesprincipen. Å andra sidan menar andra att en icke lönearbetande kan ha nog så viktiga uppgifter t ex i form av hjälpande make eller maka till en behövande sjuk äldre. Frågan är vilka slutsatser som kan dras utifrån detta resonemang.

*”Kan vi då inom vården säga att vi ska satsa på långtidssjukskrivna och försöka att korta sjukskrivningstider?”*

Ska den etiska principen förtydligas eller förändras på den här punkten så att den speglar den praxis som troligen finns både när det gäller vertikala prioriteringar och prioriteringar som görs av politiker? Att hänsyn tas till funktion i samhället finns det också mer nationella exempel på. Den nyligen gjorda prioriteringsordningen för vaccination vid en eventuell pandemi som Socialstyrelsen gjort lyfter just fram personer med mycket viktiga samhällsfunktioner som en av flera prioriterade grupper (Socialstyrelsen 2005).

En annan etisk problematik som kommit upp handlar om hur man ska se på nyttan av vårdens insatser. Mer konkret gäller det huruvida sjukdomsburden ska omfatta enbart patienten eller bedömas också utifrån närstående - och andras nytta? Frågan har lyfts upp också i andra länder som t ex Nederländerna (Garpenby 2004). Hur ska t ex arbetsterapeuten agera när arbetet styrs av olika lagar som i fallet särskilt boende då både HSL och Arbetsmiljölagen påverkar arbetsterapeutens insats t ex när det gäller att ta ställning till om lyft ska ordinerats. Om lyft ordinerats finns en risk att patientens förmåga försämras men risken för vårdarens framtida ohälsa minskar.

Om lyft inte ordinerats finns kanske en möjlighet att höja patientens förmåga genom olika slags förflyttningsträning men samtidigt finns en ökad risk för vårdarens framtida hälsa. Samma problematik finns när det gäller anhöriga med den skillnaden att lagstöd saknas.

Det finns också flera frågor när det gäller etiken kring kostnadseffektivitetsprincipen. Idag finns inte någon absolut gräns för hur mycket en hälsovinst får kosta. Är det så att det finns en större betalningsvilja när det gäller att rädda liv än att skapa kvalitet i livet? Prioriteringsutredningen slog fast att livslängd inte bör prioriteras framför livskvalitet och att vid sjukdom/skada ska livskvalitetsrelaterade behov i princip väga lika tungt som hälsorelaterade behov (SOU 1995:5). Frågan om hur höga kostnader för livsförlängande insatser kontra livskvalitet som ska accepteras skulle behöva diskuteras ännu mer.

### **11.6 Öppenhet – vad finns att beakta?**

Projektdeltagarna upplever att det finns en nyvakenhet hos de flesta i vården när det gäller att informera patienter om vilka prioriteringar vården gör och på vilka grunder. Vad innebär öppenheten? Hur ska den utformas och vad blir konsekvenserna? Är öppenhet vad det gäller prioriteringar något som uppfattas som enbart positivt? Eller finns det konsekvenser av öppenheten som vi idag inte kan överblicka? Text ställde någon deltagare i projektet följande fråga; kan en öppen prioritering som kommer allmänheten till del på något sätt påverka sökmönstret?

Ett sådant exempel i projektet gällde patienters motivation. En omotiverad patient anses svår att rehabilitera. Innebär det att motiverade patienter bör prioriteras högre än omotiverade? Eller ska tvärtom de omotiverade prioriteras högre då det krävs en större insats för att försöka få dem motiverade? Frågan ställdes om det ger felaktiga signaler att människor med låg motivation får ”mer” sjukgymnastik med tanke på vikten av egenansvar?

Viljan till att skapa öppna prioriteringar med möjlighet till insyn och debatt förefaller stor inom sjukgymnastik och arbetsterapi. Diskussionen om hur öppenheten vad det gäller prioriteringar ska omsättas i praktiken behöver dock fortsätta.

### **11.7 Det fortsatta samtalet**

Deltagarna i det här modellprojektet hade olika drivkrafter som gjorde att de tyckte att detta utvecklingsarbete var angeläget. Trots att de redan inledningsvis såg fördelar med att systematiskt arbeta med prioriteringar så verkade den positiva inställningen öka allt medan projektet pågick. Det finns säkert flera förklaringar till detta. De menade att det är lätt att associera prioriteringar med ransoneringar och begränsningar, frågan blir lätt ”infekterad” av ekonomi när det egentligen handlar om något som etiskt är lätt att ställa upp på; nämligen att försäkra sig om att de med störst behov av vård också får tillgång till vård.

Deltagarna tyckte det var konstigt att prioriteringar så sällan diskuteras på ett systematiskt sätt ute i vården och att vården därmed tillåts att se så olika ut beroende på den vårdpersonal patienten möter. En mindre godtycklighet och större enhetlighet ansågs viktig att eftersträva inom arbetsterapi och sjukgymnastik. Samtalet om prioriteringar måste därför gå vidare. Gensvaret bland sjukgymnaster och arbetsterapeuter utanför själva projektgrupperna har varit stort vad det gäller utvecklingen av en mer generell modell för prioriteringar. Efterfrågan på utbildningsinsatser och stöd i prioriteringsarbete är just nu stor. Om man jämför med utgångsläget; en bristande medvetenhet och delaktighet bland sjukgymnaster och arbetsterapeuter, kan man konstatera att läget är ett annat idag;

- Prioriteringar tycks av många uppfattas som något positivt och viktigt att delta i.
- Den prövade metoden för vertikala prioriteringar betraktas som ett användbart och viktigt redskap för att öppna upp för prioriteringsdiskussioner.
- Nya utmanande tankar har väckts kring vad man gör som arbetsterapeut/sjukgymnast, på vilka grunder och till vilken nytta.
- Blicken har börjat höjas från den enskilda patienten till ställningstagande på gruppnivå.
- Medvetenheten om den lagmässiga styrningen av prioriteringar förefaller ha ökat.

- Möjlighet har skapats att tydligare definiera och avgränsa sitt uppdrag genom ett systematiskt prioriteringsarbete.
- En ökad insikt förefaller finnas om att på goda grunder avstå från insatser som inte gör nytta.

Eller som en av deltagarna i projektet uttryckte det;

*”Det känns som vi kommit fram till något; vi har granskat en prioriteringsmodell, anpassat den till att också omfatta ett rehabiliteringsperspektiv och satt fokus på framtida viktiga frågor”*

## Deltagarförteckning Modellprojektet LSR

- Birgit Rösblad, LSR, projektledare, birgit.rosblad@lsr.se
- Sven-Erik Skoogh, LSR, se.skoogh@lsr.se
- Ulrika Cederberg, Geriatriksektionen, ulrika.cederberg@vgregion.se
- Lars Eriksson, OMT, lars@hfc.se
- Ragnar Faleij, OMT, ragnar@hfc.se
- Karsten Kaping, OMT, karsten.kaping@spray.se
- Sofie Strandberg, Geriatriksektionen, sofie.strandberg@vll.se
- Eric S Ölund, OMT, optimal.fysioterapi@telia.com

## Deltagarförteckning Modellprojektet FSA

### Styrgrupp;

- Inga-Britt Lidström, projektledare, ibli.fsa@akademikerhuset.se
- Christer Larsson, christer.larsson@vll.se
- Margareta Lindberg, margareta.lindberg@occupther.umu.se

### Arbetsgrupp:

- Gabriella Andersson, Örnässets VC, Luleå, gabriella.andersson@nll.se
- Gunnel Antesjö, Gävle kommun, gunnel.antesjo@gavle.se
- Heidi Augustesen, ReAgera klinikerna, Skärholmen, heidi.augustesen@reagera.se
- Susanna Hermansson, Distriksarbetsterapin, Borås, susanna.hermansson@vgregion.se
- Lena Jönsson, Rosenlunds VC, Jönköping, lena.a.jonsson@lj.se
- Barbro Krevers, Linköpings universitet, barbro.krevers@ihs.liu.se
- Elsiné Zingmark Lien, Östersunds kommun, elsine.lien@ostersund.se

## Deltagarförteckning PrioriteringsCentrum

- Mari Broqvist, konsult, m.broqvist@telia.com

## REFERENSER

- Broqvist M. 2004. Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik. PrioriteringsCentrum, rapport 2004:3. Linköping.
- Bäckman K, Lindroth, K, Carlsson, P. 2005. Öppna prioriteringar i Östergötland. Del II. Massmediernas rapportering av beslutsprocessen. PrioriteringsCentrum, rapport 2005:7. Linköping.
- Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), [www.fsa/akademikerhuset.se](http://www.fsa/akademikerhuset.se).
- FSA. 1998. Etisk kod för arbetsterapeuter
- FSA. 2002. "Gärda – patientrelaterade arbetsterapeutiska åtgärder, version 2.0", [www.fsa/akademikerhuset.se](http://www.fsa/akademikerhuset.se).
- FSA. 2005. Utveckling av modell för kompetensutveckling, [www.fsa/akademikerhuset.se](http://www.fsa/akademikerhuset.se).
- Garpenby P. 2003. Prioriteringsprocessen. Del I: övergripande strategier. PrioriteringsCentrum, rapport 2003:3. Linköping.
- Garpenby P. 2004. Prioriteringsprocessen. Del II: det interna förtroendet. PrioriteringsCentrum, rapport 2004:8. Linköping.
- Hammarström G. 2004. Trygghet och omvårdnadsbehov: Förhållningsätt och föreställningar om prioriteringar och kriterier för beslut om särskilt boende. PrioriteringsCentrum, rapport 2004:7.
- Holm S. 1998. Goodby to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *BMJ* 317: 1000-1002.
- Höglund A. 2003. Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal. PrioriteringsCentrum, rapport 2003:7.
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:/63)
- Jacobsson C. In manuscript 2006
- Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR), [www.lsr.se](http://www.lsr.se).

Liss P-E. 2001. Målformulering och dess betydelse för prioriteringar i kommunal vård och omsorg – en pilotstudie. PrioriteringsCentrum, rapport 2001:2. Linköping.

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

Lund K. 2003. Öppna prioriteringar i kommunernas vård och omsorg? PrioriteringsCentrum, rapport 2003:5. Linköping.

Lämnås K, Jacobsson C. 2004. Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie. PrioriteringsCentrum, rapport 2004:1. Linköping.

Nyrén G (red). 1999. Modell för kunskapsbaserad prioritering och resursfördelning. Medicinska program i Östergötland, delrapport i januari 1999. Landstinget i Östergötland.

Nyrén G. 2006. Personlig referens. Socialstyrelsen.

PrioriteringsCentrum, [e.lio.se/prioriteringscentrum](http://e.lio.se/prioriteringscentrum).

Proposition 2001/02:63. De nya läkemedelsförmånerna. Proposition, Socialdepartementen.

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

Riksrevisionen. 2004. Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. RIR 2004:9.

Socialstyrelsen, Enheten för prioriteringar i hälso- och sjukvård, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1987:24) om kompetenskrav för arbetsterapeutjänster.

Socialstyrelsen. 2003. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa – kortversion. [www.sos.se/plus/skrift.htm](http://www.sos.se/plus/skrift.htm).

Socialstyrelsen. 2005. Beredningsplanering för en pandemisk influensa. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).



SOU 1993:93. Vårdens svåra val. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Socialdepartementet.

SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Svenska Läkaresällskapet (2004). Öppna prioriteringar av hälso- och sjukvård. Slutrapport från Svenska Läkaresällskapets prioriteringskommitté.

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

Västra Götalandregionen. Modell för regiongemensamma prioriteringar. [www.vgregion.se/prioriteringar](http://www.vgregion.se/prioriteringar).

## **PRIORITERINGSCENTRUMS RAPPORTSERIE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 2004:1 *Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson.
- 2004:2 *Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala.* Li Bennich-Björkman.
- 2004:3 *Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik.* Mari Broqvist.
- 2004:4 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska beslutsprocessen.* Karin Bäckman, Anna Andersson, Per Carlsson.
- 2004:5 *Prioriteringar i vårdflöden för äldre – en förstudie.* Kerstin Blomqvist
- 2004:6 *Hinder och möjligheter att använda hälsoekonomiska analyser inom omvårdnad - en litteraturstudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson, Lars Lindholm, Birgitta Engström.
- 2004:7 *Trygghet och omvårdnadsbehov: Förhållningssätt och föreställningar om prioriteringar och kriterier för beslut om särskilt boende.* Gunhild Hammarström.
- 2004:8 *Prioriteringsprocessen. Del II: det interna förtroendet.* Peter Garpenby.
- 2004:9 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård ¾ en begreppsanalys. Andra reviderade upplagan.* Per-Erik Liss.
- 2005:1 *Subventionering av läkemedel – förutsättningar för öppna och legitima beslutsprocesser i Läkemedelsförmånsnämnden.* Anders Anell och Sandra Jansson.
- 2005:2 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvård - erfarenheter från andra länder.* Per Carlsson (red.), Anders Anell, Sandra Jansson, Peter Garpenby, Per-Erik Liss, Karin Lund.
- 2005:3 *Befolkningsdialog kring prioriteringar i Region Skåne.* Per Rosén.
- 2005:4 *Utvärdering av implementeringen av Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård i fyra landsting och regioner. Första delen.* Peter Garpenby, Anna Andersson, Sven-Olof Junker.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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