Perspektiv på prioritering

- Rapportering från den första nationella prioriteringskonferensen i Linköping den 1-2 oktober 2001

PrioriteringsCentrum

2002:1

ISSN 1650-8475
Förord


Den första nationella konferensen om principer och arbetsformer för prioritering inom vård och omsorg anordnades i Linköping den 1 och 2 oktober 2001. Syftet med konferensen var att bidra till utbyte av kunskap om principer och praktiska erfarenheter av prioriteringar inom vård och omsorg.

Konferensen vände sig till politiker, administratörer och personer verksamma inom vård och omsorg samt till övriga intresserade av prioriteringar. Konferensen blev välbesökt, då drygt 300 personer kom för att lyssna på internationella samt nationella föredragshållare.

Värd för konferensen var PrioriteringsCentrum i samverkan med Landstinget i Östergötland, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Svenska läkaresällskapet, Sveriges Läkarförbund och Vårdförbundet.


Linköping 2001

Per Carlsson
PrioriteringsCentrum
INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. ÖPPNA PRIORITERINGAR I TEORI OCH PRAKTIK ................................................................. 1
   1.1 Varför är det önskvärt med öppna prioriteringar? Per Carlsson .............................. 1
   1.2 Öppenhet viktig för att nå legitimitet. Paul Håkansson ............................................. 1
       1.2.1 Lättare kräva mer resurser ..................................................................................... 2
       1.2.2 Öppenheten är viktig för legitimiteten ................................................................. 3
   1.3 Vad är utmärkande för prioritering inom kommunal vård och omsorg – behov av forskning och utveckling. Acko Ankarb erg Johansson ................................................. 3
       1.3.1 Kommunernas roll bortglömd ............................................................................. 4
   1.4 International Trends in Priority-Setting. Angela Coulter ............................................. 4
       1.4.1 Varierande ansatser i olika länder ....................................................................... 5
       1.4.2 Detaljerade rankinglistor ..................................................................................... 5
       1.4.3 Fokus på processen ............................................................................................. 6
       1.4.4 Folkligt deltagande viktigt .................................................................................. 6
   1.5 Improving the fairness of Priority setting In a Health System. Douglas K. Martin ....... 8
       1.5.1 Följde prioriteringskommittés arbete ................................................................. 9
       1.5.2 Viktiga slutsatser ............................................................................................... 9
       1.5.3 Lite forskning på sjukhusnivå ........................................................................... 10
       1.5.4 Processen i fokus .............................................................................................. 10
       1.5.5 Strategier för bättre prioriteringsprocesser ..................................................... 10
   1.6 Prioriteringscentrum – en nationell resurs. Per Carlsson .......................................... 11
       1.6.1 praktiken ............................................................................................................. 12
       1.6.2 Principer för stöd ............................................................................................... 12

2. PRIORITERING OCH POLITIK? ......................................................................................... 13
   2.1 Participation in priority setting. Douglas K. Martin ...................................................... 13
       2.1.1 Att göra härnäst ................................................................................................. 14
       2.1.2 Slutsatser ......................................................................................................... 14
   2.2 Tillåter det politiska systemet öppna prioriteringar? Bo Rothstein ........................... 14
       2.2.1 Representativa demokratin fungerar sämre ....................................................... 14
       2.2.2 Sättare implementera beslut ............................................................................. 15
       2.2.3 Inga möjligheter överklaga beslut ................................................................... 15
       2.2.4 Legitimitet är viktigt ...................................................................................... 16
       2.2.5 Den sociala fälans problem ........................................................................... 16
   2.3 Tillåter det politiska systemet öppna prioriteringar? – Paneldebatt ......................... 17
       2.3.1 Har läkarna för stor makt? ............................................................................. 18

3. ARBETSESEMINARIER ........................................................................................................ 20
   3.1 Begreppen fördelning, prioritering och ransonering – vad är det?
       Seminarieledare Per-Erik Liss .................................................................................... 20
   3.2 Öppna prioriteringar – möjligheter och hinder? Seminarieledare Erling Karlsson ....... 21

4. METODUTVECKLING ...................................................................................................... 23
   4.1 Prioriteringar efter behov – en modell för fördelning av resurser i ett landstingsområde.
       Sven Larsson, Lars Lindholm, Mats Lundborg, Anders Östlund .................................. 23
       4.1.1 Behov av interventioner ................................................................................... 24
       4.1.2 Kriterier för behovsanalyser ......................................................................... 26
   4.2 Hur fördela resurser till prevention och behandling av kranskårslssjukdom?
       Emil Löfroth, Måns Rosen, Lars Lindholm ............................................................... 27
       4.2.1 Multidisciplinär ansats ................................................................................... 28
4.2.2 Ligatabell........................................................................................................................................... 28
4.2.3 Kunskapsläget.................................................................................................................................. 28
4.3 MEDICINSKT PROGRAMARBETE GÄLLANDE ÖVERVIKT I STOCKHOLM – EN METOD FÖR PRIORITERING I
PRAKTIKEN UTIFRÅN KUNSKAP OM BEFOLKNINGENS BEHOV. BRITT ARRELÖV, CHRIS WALLIN................. 29
4.3.1 Definitioner enligt body mass index (BMI)..................................................................................... 30
4.3.2 Konsensuskonferens...................................................................................................................... 30
4.3.3 Röstning om ambitionsnivå............................................................................................................. 32
4.4 PRIORITERINGSKOMMITTÉER – EN VÄG TILL PRIORITERINGAR I SJUKVÅRDEN.
ULLA FEUK, BERNHARD GREWIN, ROBERT WAHREN............................................................................. 33
4.4.1 Svårt att omsätta policybeslut i praktiken.................................................................................... 33
4.4.2 Rådgivande kommittéer................................................................................................................. 34
4.5 DEN SYSTEMATISKT ARBETANDE BESTÄLLAREN. BRITT ARRELÖV...................................................... 34
4.5.1 Arbetsmetoden ............................................................................................................................ 35
4.5.2 Hälsobudgetprocessen.................................................................................................................. 35
4.6 PRIORITERING I PRAKTIKEN. THOMAS IHRE, INGA BERG ................................................................. 37
4.6.1 Läkarsällskapets arbete med vertikala prioriteringar.................................................................... 37
4.6.2 Varför skall Svenska Läkaresällskapet engagera sig i öppna prioriteringar?............................... 38
4.7 METOD FÖR PRIORITERINGAR I SOCIALSTYRELSENS RIKTLINJER FÖR KRANSKÄRLSSJUKVÅRD.
CHRISTINA KÄRVINGE, LARS-ÅKE LEVIN .......................................................................................... 39
4.7.1 Kostnadseffektivitet....................................................................................................................... 41
4.8 PRIORITERINGAR I FRÅGA OM NYA MEDICINSKA METODER. CHRISTINA KÄRVINGE, KAJSA TUNÉR...... 41
4.8.1 Försäljningsstatistik....................................................................................................................... 42
4.8.2 Medicinsk ändamålsenlighet......................................................................................................... 43
4.8.3 Hälsoekonomiska frågeställningar och värderingar..................................................................... 43
4.8.4 Metod för prioriteringar................................................................................................................. 43
4.8.5 Ekonomiska konsekvenser vid olika övergång från ASA till Plavix............................................ 44
5. PRIORITERING I PRAKTIKEN............................................................................................................. 46
5.1 VAD HÄNDER MED REMISSEN TILL ORTOPEDEN? EN NATIONELL ENKÄTUNDSÖKNING OM
REMISSPRIORITERING. SOFIA LÖFVENDAHL, STAFFAN HELLBERG OCH MARIANNE HANNING.................. 46
5.2 PRIORITERINGAR I PRIMÄRVÅRDEN. KJELL SUNDIN........................................................................ 47
5.3 PRIORITERINGSPROCESSEN VID BACKENS VÅRDCENTRAL I UMEÅ. GUNNAR ÅSTRÖM....................... 47
5.4 PRIORITERING UR PATIENTPERSPEKTIV – ERFARENHETER BASERADE PÅ TEMATISK TILLSYN AV
VÅRDKEDJAN FÖR CANCERSJUKA I UPPSALA–ÖREBRO SJUKVÅRDSREGION. IRJA CARLSTRÖM OCH DAN ANDERSSON.............. 48
5.5 SYSTEMATISKA GRANSKNINGAR – ETT EXEMPEL PÅ HUR DIALOGMETODEN KAN ANVändAS.
SUSANNE WALDAU ................................................................................................................................... 49
5.6 JOURNALISTIK – OCKSÅ EN FRÅGA OM ATT VÄLJA… PIÀ BRANDELIUS....................................................... 50
5.7 PRIORITERINGAR I PRAKTIKEN – EXEMPEL FRån FÖRLOSSLNINGSVÅRDEN. INGELA WIKLUND............... 51
5.8 PRIORITERING AV LÄKEMEDEL – EXEMPEL COXIBER. BENGT CURMAN ............................................. 51
5.9 ÅTGÄRDSPRIORITERINGAR INOM ARBETSTERAPI. OLE GYLLUN................................................................ 52
5.10 ÅTGÄRDSPRIORITERINGAR INOM ARBETSTERAPI. OLE GYLLUN.......................................................... 53
5.11 MEDBORGAREN I PRIORITERINGSPROCESSEN. PETER GARPENY...................................................... 55
1. ÖPPNA PRIORITERINGAR I TEORI OCH PRAKTIK

1.1 Varför är det önskvärt med öppna prioriteringar?

Per Carlsson

Per Carlsson, föreståndare för PrioriteringsCentrum hälsade på centrumets och alla dess samarbetspartners' vägnar deltagarna välkomna till den första nationella konferensen om prioritering. Per Carlsson uttryckte en förhoppning om att konferensen skulle ge en allsidig belysning av prioriteringsfrågorna inom vård och omsorg samt att påminna om vilka skälen för så kallade öppna prioriteringar är, nämligen:

- Värna om människors lika värde.
- Värna om svaga grupper.
- Värna om “den okända patienten”.
- Värna om de patienter som har de största vårdbehoven.
- Värna om god hushållning.

Prioritering är ett ”svårsålt” begrepp, det vill säga ytterst få känner någon spontan entusiasm inför uppgiften att behöva prioritera, menade Per Carlsson. Ett sätt att ändra på detta är därför att göra viktiga aktörer, patienter, allmänhet, politiker, vårdpersonal, media, medvetna om argumenten för öppna prioriteringar. Förhoppningsvis skulle konferensen ge svar på följande frågor:

- Vad menas med öppna prioriteringar?
- Är det önskvärt med öppna prioriteringar?
- Varför händer så lite i praktiken?
- Vilka hinder finns?
- Om det inte är önskvärt med öppna prioriteringar, vilka är då skälen?

1.2 Öppenhet viktig för att nå legitimitet.

Paul Håkansson

Paul Håkansson, landstingsstyrelsens ordförande i Landstinget i Östergötland, tog under sin inledning upp frågorna om politikernas vilja och förmåga att göra öppna prioriteringar.

1 Landstinget i Östergötland, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Läkarförbund och Vårdförbundet.

Vi politiker uttalar oss också helst i tydliga och konkreta frågor, som är lätt att förstå. Men prioriteringar i sjukvården är komplicerade frågor där en mängd faktorer måste vägas samman. Det är därför väldigt svårt att i ett kort uttalande ge en klar och tydlig förklaring till varför en viss sjukvårdande behandling kanske måste väljas bort.

1.2.1 Lättare kräva mer resurser

Paul Håkansson menade att det är betydligt lättare att hitta exempel på politiker som kräver mer resurser till sjukvården, ofta utan att närmare motivera vilka sjukvårdsbefov de ökade anslagen ska användas till. Vidare anser åtskilliga politiker, enligt Paul Håkansson, att det fortfarande finns stort utrymme för effektiviseringar inom sjukvården och att därför prioriteringar tills vidare inte är nödvändiga.


1.2.2 Öppenheten är viktig för legitimiteten

Paul Håkansson konstaterade att öppna och offentliga diskussioner om prioriteringar är nödvändiga för att nå legitimitet för de beslut som fattas. Men öppenheten ställer också det politiska beslutssystemet under stort tryck.

1.3 Vad är utmärkande för prioritering inom kommunal vård och omsorg – behov av forskning och utveckling.

Acko Ankarberg Johansson

Acko Ankarberg Johansson, vice ordförande i Svenska Kommunförbundet samt kommunalråd i Jönköpings kommun, anknöt inledningsvis till Paul Håkanssons synpunkter om politikens utsatthet när det gäller öppna prioriteringar.
Acko Ankarberg Johansson tog upp ett verkligt exempel om en äldre kvinna ”Anna” som skötte sin sjuke make i hemmet. (Exemplet finns beskrivet i Svenska Kommunförbundets skrift Vägval i kommunal äldrepolitik.)
– Kommunernas biståndsbedömning är sällan någon prioritering i enlighet med riksdagsbeslutets intentioner. Bedömningen utgår inte från behovet, utan styrs helt av vad kommunen har att erbjuda.
1.3.1 Kommunernas roll bortglömd

Acko Ankarberg Johansson menade att kommunerna spelar en mycket viktig roll när det gäller vårdprioriteringar, men att den rollen blivit ganska bortglömd i debatten.

– Det är inte lätt att prioritera i kommunernas verksamhet utifrån riksdagens prioriteringsbeslut. Att kommunerna redan då var en av sjukvårdshuvudmännen framgår knappast varken i utredningen eller propositionen, framhöll Acko Ankarberg Johansson.


– Kommunerna har haft fullt upp med att klara de stora nya vårdåtaganden som 90-talets strukturomvandlingar medfört. Därför har kommunerna hittills inte märkts så mycket i prioriteringsdebatten.

Acko Ankarberg Johansson ansåg att kommunerna kan bidra till att vidga prioriteringsdiskussionerna så att de mera kommer att handla om hela vårdkedjan och att man bättre tar hänsyn till individuella behov.


Angela Coulter

Angela Coulter, chef för Picker Institute i Europa, inledde sitt anförande med att ge sin bild av var prioriteringsdebatten står idag. Hon ansåg att vi kommit till en punkt då svåra val som rör hälso- och sjukvården blir oundvikliga. Några av skälen är:

• Demografiska trender – åldrande befolkning.
• Nya och mer effektiva behandlingar och vårdinsatser kommer hela tiden.
• Sjukvården resurser används inte optimalt, det förekommer såväl överutnyttjande, underutnyttjande och felaktigt utnyttjande.
• Ojämlikhet i vården.
• Ökade kostnader.
• Ökade förväntningar i befolkningen.

Frågan är då hur prioriteringsprocessen ska gå till. Vilka principer ska vara vägledande? Vilka val är det som måste göras? Och vem eller vilka ska fatta
beslutet? Angela Coulter definierade fem nivåer, där prioriteringar görs, nämligen:

- Fördelning av resurser till hälso- och sjukvårdssektorn i konkurrens med andra samhällsområden.
- Fördelning av budget geografiskt och till verksamhetsområden.
- Fördelning till åtgärder och vårdinsatser.
- Fördelning till patient- och behovsgrupper.
- Fördelning till individuella patienter.

1.4.1 Varierande ansatser i olika länder


– De här utredningarna har publicerat intressanta rapporter som debatterats flitigt i media, men ändå har det praktiska resultatet enligt min mening varit ganska nedslående, förklarade Angela Coulter.

– Det har visat sig vara svårt att komma överens om målen för det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet och vilka behandlingar som ska omfattas av det offentliga ansvaret. Målen kan till exempel vara att maximera hälsovinsten eller minimera ojämlikhet. Vidare har det varit svårt att finna former för hur principerna ska omsättas till vardagspraktik i vården. Försöken att införa genomtänkta prioriteringsprinciper försvåras också av att massmedia finner det dramatiskt effektivt att rapportera enskilda fall och ställa sig på patientens sida om någon nekas till exempel en mycket dyrbar behandling.

1.4.2 Detaljerade rankinglistor

Försöken att på detta sätt tydligt exkludera vissa behandlingar från offentlig finansiering har naturligtvis vållat en mycket livlig debatt. Ett tryck från intressegrupper, allmänhet och media har gjort att det blivit svårt att utesluta behandlingar. En komplikation är att behovet av en viss behandling kan variera mycket från person till person beroende på ålder, sociala förhållanden och individuella preferenser. En lärdom har blivit att ytterst få behandlingar kunnat uteslutas, så få att själva poängen med prioriteringen blivit marginell. Opinionstrycket leder också ofta till ökade anslag till sjukvården.

1.4.3 Fokus på processen


- En tendens till att ”alla skyller på alla” om det går fel.
- Behovet av explicita principer på den högsta nivån (macro level) blev tydligt.
- Behovet av transparens (genomskinlighet i processen) på mellannivån (meso level) blev tydligt.
- Behovet av flexibilitet på den lägsta nivån (närmast patienten) blev tydligt.
- Behovet av ett brett folkligt engagemang blev tydligt.

1.4.4 Folkligt deltagande viktigt

Angela Coulter sammanfattade med att säga att en syntes av det bästa från de tre angreppssätten ger sannolikt det optimala resultatet. Särskilt underströkte hon dock behovet av ett folkligt engagemang, vilket förd den in på nästa avsnitt där hon diskuterade några olika tekniker för att rådgöra med allmänheten:

- Opinionsmätningar.
- Allmänna möten.
- Fokusgrupper.
- Medborgarjury (citizen jury).
Opinionsmätningar är mest användbara när det handlar om att inhämta åsikter hos en stor mängd människor. De kan, enligt Angela Coulter, med fördel följas upp med mer riktade och noga övervägda opinionsmätningar (deliberative polls) efter det att företräde för allmänheten tagit del av experters vittnesmål.

Allmänna möten har den fördelen att det är fler som kan delta, nackdelen är att de tenderar att bli överrepresenterade av personer med yrkesmässig anknytning till vården.

Fokusgrupper ger en rik information med förklaringar också om varför deltagarna resonerar som de gör. Det är dock en ganska tids- och kostnadskrävande metod och även här kan problem med representativitet finnas.

En medborgarjury avger en ”dom” efter att ha utfrågat experter och andra personer med tillgång till relevant information. Erfarenheter från arbete med medborgarjury är att metoden fungerar i det avseendet att lekmännen i juryn verklig lyckades sätta sig in i komplicerade förhållanden och avge förnuftiga rekommendationer. Nackdelar med metoden är att den är ganska tids- och kostnadskrävande, samt att den relativt lilla gruppen kan bli bristfälligt representativ.

I en del fall visade det sig också att myndigheter/politiska organisationer inte brydde sig om att implementera anvisningarna från medborgarjuryn, vilket naturligtvis ledde till ett snabbt minskande engagemang. Angela Coulter diskuterade olika sätt att få fram värderingar och omdömen från allmänheten i de metoder som använts ovan. Exempel är att rösta på ett eller flera alternativ (single vote, multiple vote), att rangordna alternativ, att poängsätta alternativ, att fördela en budget osv.

I England finns sedan några år ett nationellt institut (National Institute for Clinical Excellence, (NICE) som utfärdar rekommendationer beträffande behandlingsmetoder efter en noggrann genomgång av det vetenskapliga underlaget. Angela Coulter berättade att NICEs målsättning nu är att alltmer inkorporera patienters, anhörigas och medborgares synpunkter i sina policy-rekommendationer.

De strategier NICE använder för att få till stånd allmänhetens medverkan är flera, till exempel att publicera rapporter och fakta, konsultera allmänheten, få allmänheten att aktivt delta i arbetsprocesserna, samt ge allmänheten möjligheter att ”överklaga” riktlinjer.

– Det jag hoppas är att detta ska leda till en ny syntes mellan fakta och värderingar, mellan medicinteknologisk utvärdering och ansvar inför allmänheten, samt mellan läkare och förskare å ena sidan och media, politiker
1.5 Improving the fairness of priority setting in a health system.

Douglas K. Martin

Professor Douglas K. Martin är verksam vid Department of Health Administration and Public Health Sciences samt vid Joint Centre for Bioethics, universitetet i Toronto. Douglas K. Martins föredrag bestod av fyra olika delar:

1. En fallstudie över prioritering mellan nya cancermediciner.
2. Viktiga lärdomar från litteraturen om öppna prioriteringar.
3. Strategier för att förbättra prioriteringsarbetet i hälso- och sjukvården.
4. Prioriteringsarbete som en samhällelig läroprocess.

Som en introduktion uppmanade Douglas K. Martin åhörarna att tänka sig in i rollen som John Patton, chef för behandling av cancersjukdomar vid Cancer Care Ontario, med uppgift att ”ge vägledning och utöva ledarskap inom cancervårdens alla områden, utveckla standards och riktlinjer för vården, samt tillförsäkra cancersjuka tillgång till ett samordnat system av de mest effektiva behandlingarna.”

kostnaderna ligger skyhögt över vad som är möjligt att betala ur den befintliga budgeten.

1.5.1 Följde prioriteringskommittés arbete


1.5.2 Viktiga slutsatser


1.5.3 Lite forskning på sjukhusnivå


1.5.4 Processen i fokus

Internationella erfarenheter visar att det är svårt att nå enighet om prioriteringsbeslut, medan det däremot visat sig lättare att enas om hur beslutsprocessen ska gå till. Douglas K. Martin hänvisade till forskarkollegor (Daniels & Sabin) som utarbetat en mall för vad som krävs för att ett beslut ska uppfattas som rättvist och legitimt (accountability for reasonableness):

- **Relevans.** Prioriteringsbeslut baserade på förnuftsskäl som ”vanliga hyggliga människor” (fair minded people) kan vara överens om under de förhållanden som råder.
- **Publicitet.** Skälen och argumenten måste vara öppet tillgängliga för allmänheten.
- **Överklagande.** Det måste finnas mekanismer för att ifrågasätta beslut och få till stånd en ny prövning.
- **Genomdrivande.** Man måste se till att de beslut som tas verkligen genomdrivs i vården.

1.5.5 Strategier för bättre prioriteringsprocesser

Douglas K. Martin beskrev en strategi i tre steg för att förbättra prioriteringsprocesserna i hälso- och sjukvårdsorganisationer. Den första fasen är att beskriva vad som sker idag efter fallstudier i verksamheten. I fas två utvärderas detta med stöd av mallen accountability for reasonableness. (Här identifieras ”gap” mellan det som verkligen sker och det som borde göras – gapen är möjligheter till förbättringar.) I den tredje fasen tas strategier för förbättring fram.

1.6 PrioriteringsCentrum – en nationell resurs.
Per Carlsson


Uppdraget är nationellt, men det finns en regional förankring som markeras av att Landstinget i Östergötland är huvudman. Skälen till att skapa ett nationellt kunskapscentrum är delvis identiska med dem som nu tvingar fram prioriteringar:

- Utbudet av information och medicinsk kunskap växer snabbt.
- Den medicin-teknologiska utvecklingen är snabb.
- De ekonomiska ramarna för offentlig sjukvård är fortsatt snäva.

Ett av PrioriteringsCentrums viktigaste uppdrag är, enligt Per Carlsson, att medverka till att utveckla metoder för öppna prioriteringar. Begreppet öppna prioriteringar står alltså i fokus och öppenheten gäller flera olika aspekter: till exempel att processer, beslutsunderlag och beslut är offentligt tillgängliga, att erkända kriterier och principer används och att allt fler blir alltmer medvetna om prioriteringsfrågornas komplexitet.

PrioriteringsCentrum ska också bedriva och stödja forskning om prioritering som fenomen och som process och hjälpa till med att överföra kunskap mellan forskningsvärlden och de som arbetar praktiskt med hälso- och sjukvård.

1.6.1 I praktiken


PrioriteringsCentrum producerar också egna forskningsrapporter och hittills är två stycken publicerade, Peter Garpenbys ”Medborgaren i prioriteringsprocessen” och Per-Erik Liss ”Målformulering och dess betydelse för prioriteringar i kommunal vård och omsorg”.

1.6.2 Principer för stöd

En central del av PrioriteringsCentrums uppdrag är att stödja forsknings- och utvecklingsprojekt. Det är möjligt att ansöka om bidrag till pågående eller nystartad forskning och utveckling. Projektbidrag kan sökas när som helst under året. Samfinansiering eftersträvas med andra intressenter och bidraget skall ses som ett komplement till annan erhållen finansiering. Per Carlsson listade följande forskningsområden inom vilka han särskilt gärna ser ansökningar:

- Metoder för framtagning av beslutsunderlag för prioritering.
- Framtida behov av prioritering och ransonering.
- Medborgarnas roll i prioriteringsprocessen.
- Kartläggning och analys av förekommande öppna respektive slutna prioriteringar.
- Medias roll rörande prioriteringar.
- Grundläggande principer för prioritering.

*Mer information om PrioriteringsCentrum finns på centrumets webbplats: http://e.lio.se/prioriteringscentrum.*
2. PRIORITERING OCH POLITIK?

2.1 Participation in priority setting.

_Douglas K. Martin_

Professor Douglas K. Martin återkom med ett föredrag om metoder för att få allmänheten att delta i, och engagera sig i, prioriteringsarbetet. Han konstaterade att frågan om allmänhetens engagemang i samhällsfrågor är ett gammalt problem som varit föremål för forskning under minst ett sekel.

– Jag anser att många människor med olika bakgrund bör vara med i prioriteringsdiskussionerna. Vilka som bör delta varierar från fall till fall. De grupper som kan bidra med relevant information i varje enskilt prioriteringsfall bör vara med. Det ger högre kvalitet på besluten och legitimitet.

Douglas K. Martin underströk att legitimiteten endast kan nås genom att processen går till på rätt sätt, är öppen och att människor med relevant kompetens deltar. Ingen enskild person, profession eller institution besitter den moraliska auktoriteten.

Vilka bör då delta i processen?

Douglas K. Martin listade de kategorier han ville se representerade i prioriteringsprocessen och vad de förmodades bidra med:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategori</th>
<th>Bidrar med kunskap om:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Administratörer</td>
<td>Totala kostnader</td>
</tr>
<tr>
<td>Läkare</td>
<td>Effekter av behandlingar/risker</td>
</tr>
<tr>
<td>Övrig vårdpersonal</td>
<td>Behandlingsalternativ</td>
</tr>
<tr>
<td>Forskare</td>
<td>Behandlings evidens</td>
</tr>
<tr>
<td>Patienter</td>
<td>Personlig påverkan av behandlingen</td>
</tr>
<tr>
<td>Allmänheten</td>
<td>Tillgång till vård, jämlighet</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Den här ”basgruppen” bör kompletteras med människor som har kunskaper som är relevanta i varje enskilt prioriteringsärende. Genom den här ansatsen kan en moralisk auktoritet uppnås genom att själva processen får hög legitimitet.

När det gäller ”lekmannarepresentanternas” – patienter, allmänhet, politiker – antal i grupperna framhöll Douglas K. Martin att de bör överskrida en ”kritisk massa”.

– Det har visat sig att de har svårt att göra sig gällande om representanter från olika vårdprofessioner dominerar för stort i antal.
2.1.1 Att göra härnäst

För att gå vidare från nuläget rekommenderade Martin att man inför strategier för accountability for reasonableness det vill säga försäkra sig om att besluten grundas på relevant kunskap, att beslutsprocessen är öppen, att det går att överklaga beslut, samt att de verkligen genomdrivs i vården. Medel är till exempel att publicera beslut och de förnuftsskäl och resonemang som motiverar besluten, arrangera offentliga möten, debatter på Internet och i media. Överklagandeproceduren kan till exempel skötas genom att man inrättar en ”prioriteringsombudsman” på gängse skandinaviskt manér. Processen ska utvärderas kontinuerligt och små förbättringar och inportsningar införas successivt.

2.1.2 Slutsatser

Douglas K. Martin sammanfattade sina slutsatser i fyra punkter:

- Alla processdeltagare har viktiga perspektiv, ingen grupp har ensam moralisk auktoritet.
- Moralisk auktoritet nås i processen.
- Börja därför med att etablera en process (”begun is half-done”).
- Försöka etablera en interaktiv, lärande attityd.

2.2 Tillåter det politiska systemet öppna prioriteringar?

Bo Rothstein

Bo Rothstein, professor vid statsvetenskapliga institutionen vid Göteborgs universitet och flitig samhällsdebattör, talade om hälso- och sjukvårdsystemets demokratiproblem, vilka är relevanta för systemets förmåga att klara öppna prioriteringar.

– Vi kan identifiera ett antal olika demokratiproblem som är specifika för hälso- och sjukvården, förklarade Bo Rothstein.

2.2.1 Representativa demokratin fungerar sämre

– För det första ser vi att den representativa demokratin inte fungerar på samma sätt inom sjukvården som den gör inom andra politikområden. Den traditionella höger-vänster-skalan har i sjukvårdssektorn ersatts av en annan typ av konflikt.
som kan beskrivas som ”folket mot eliterna” eller ”människorna mot sjukvårdsapparaten”. En kollega till mig, Henrik Oskarsson, har också påpekat att en ny dimension utöver höger-vänster-skalan har tillkommit under det sista decenniet, nämligen motsatsparet autonomi-delegering. Även detta skulle i så fall försvara den traditionella representativa demokratins funktionssätt, eftersom den är fast förankrad i höger-vänster-tänkandet.

2.2.2 Svårare implementera beslut

– Konsekvensen är att även denna aspekt försvagar de folkvalda politikernas grepp över sjukvården.

2.2.3 Inga möjligheter överklaga beslut

Bo Rothsteins tredje punkt handlade om allmänhetens möjlighet att överklaga politiska beslut, som finns inom många områden. Den leder till att prejudikat skapas, till exempel beträffande vad som ska betraktas som skälleg levnadsstandard inom socialtjänsten.
– Livet ses numera mer som ett ”eget projekt”, vilket bland annat innebär att partier och ideologier får svårare att hävda sig. Den nya individen, som står för en rättighetsbaserad demokratisyn, har inget emot att betala skatt till sjukvården under den viktiga förutsättningen att han eller hon får klara besked om vad som täcks av den offentliga sjukförsäkringen. Om detta klargörs kan individen själv
avgöra vilka eventuella privata försäkringar hon vill komplettera med. Bo Rothstein manade i detta sammanhang också till större varsamhet med ord och definitioner:
– Säg inte ”vårdgaranti” om det inte verkligen är en garanti.

2.2.4 Legitimitet är viktigt

– Såväl beslutens innehåll som beslutsprocessen påverkar alltså legitimiteten. Det här har säkert stor betydelse när öppna prioriteringar ska göras, menade Bo Rothstein.

2.2.5 Den sociala fällans problem

Bo Rothstein avslutade med att berätta om ”den sociala fällans” problem, ett problem som allvarligt försvårar förutsättningarna för ett solidariskt samarbete i samhället. Den sociala fällan ser ut så här:

1. Alla vet att alla vinner på om alla samarbetar, men
2. om man inte litar på att alla andra samarbetar, kommer man inte själv att samarbeta och
3. då bryter förtroendet samman och systemet fungerar inte alls.

Bo Rothsteins slutsats var att det politiska systemet måste angripa samtliga nämnda demokratiproblem för att klara att göra öppna prioriteringar.
2.3 Tillåter det politiska systemet öppna prioriteringar?
– Paneldebatt

I panelen: Thomas Ihre, Läkaresällskapet, Berit Högman, landstingsråd i Värmlands läns landsting, Bo Rothstein professor i statsvetenskap, Folke Schött, landstingsråd i Stockholms läns landsting, Margareta Albinsson Vårdförbundet. Debattledare Pia Brandelius, SVT.

Debattledare Pia Brandelius inledde paneldebatten med en fråga till de närvarande politikerna, nämligen huruvida det politiska systemet tillåter öppna prioriteringar.

Berit Högman svarade att det måste det göra.

Men ska inte medborgarna vara med i processen också? undrade Pia Brandelius.

Folke Schött menade att det politiska systemet kan klara öppna prioriteringar under vissa förutsättningar.

Folke Schött tog därefter upp två saker som han tyckte borde diskuteras innan, eller åtminstone i samband med prioriteringar.
– Det ena är att samhället spenderar miljarder på sjukskrivningar och föräldras郎orier. En del av de pengarna borde kunna användas i sjukvården i stället, det skulle både samhällsekonomin och patienterna må väl av. Men det går inte att göra idag eftersom det är olika system för finansiering av sjukförsäkring och sjukvård.

2.3.1 Har läkarna för stor makt?


Margareta Albinsson:
– Ja, jag tror att patienten ofta känner sig utanför och saknar tydliga och entydiga besked. Vi aktörer i sjukvården har kanske hamnat i det som Bo Rothstein kallade den sociala fälten, det vill säga att ingen litar på någon annan.

En annan fråga som Bo Rothstein tog upp under sitt anförande var om det finns möjligheter att ge patienterna ett starkare ”konsumentskydd”, det vill säga att man tydligt anger vilka rättigheter patienten har i sjukvården och lever upp till detta. Han kritiserade till exempel att man inför något man kallar ”vårdgarantier” som inte är några juridiskt bindande garantier.


– Politiker beslutar gärna om vårdgarantier men tillför inga nya resurser. Då blir det professionen som måste ta beslut om vad som ska väljas bort för att försöka lösa ett problem som politikerna skapat. Över huvud taget är det alltför oklart vad som ska beslutas politiskt och vad som ska beslutas professionellt.
Folke Schött ansåg att garantier om vård inom en viss tid inte behöver öka kostnaderna.

Bo Rothstein kommenterade diskussionen om huruvida politisk konsensus eller konfrontation bäst gynnar sjukvården.

Margareta Albinsson inflikade att patienten ofta är väldigt beroende av läkaren.
– Det mätningarna tolkar som förtroende kanske i själva verket är beroende, menade hon.

Folke Schött framförde att det enligt hans mening fortfarande fanns mycket ineffektiv sjukvård att ta bort. När det är gjort kanske man upptäcker att man inte behöver prioritera bort så mycket som man trott.

Berit Högman påminde om att målet för hälso- och sjukvården är bästa möjliga hälsa i befolkningen, inte ”att producera mycket sjukvård som möjligt”.

3. ARBETSSSEMINARIER

3.1 Begreppen fördelning, prioritering och ransonering – vad är det?
Seminarieledare Per-Erik Liss


1. Vad lägger du in i begreppen fördelning, prioritering och ransonering? Hur stämmer det som presenteras i diskussionsunderlaget med din uppfattning?
   Beträffande begreppet fördelning ansåg någon grupp att förslaget i diskussionsunderlaget var OK, medan en annan grupp hade svårt att enas på denna punkt. Någon ansåg att begreppet fördelning skall förknippas med följande egenskaper: den är passiv, kräver ingen struktur och kräver inte så mycket etisk reflektion.


   Ransoneringsbegreppet föranledde mindre diskussion överlag. Någon grupp ansåg att förslaget i diskussionsunderlaget var acceptabelt dock svårt att skilja mellan ”kniv” och ”osthyvel”. Medan en annan grupp ansåg att metaforen ”kniv – osthyvel” väl fängade skillnaden mellan prioritering och ransonering. Någon grupp ansåg att vid ransonering tas mindre hänsyn till behov än vid prioritering.

   2. Vad betyder det att prioriteringen är öppen respektive sluten?
   Begreppet öppen prioritering tillskrevs följande kännetecken (som en
sammanfattning av samtliga grupper): den är känd och tillgänglig för allmänheten; innebär insyn, delaktighet och kräver resurser. Öppna prioriteringar förkommer (eller bör förekomma) främst på politisk nivå medan slutna prioriteringar på individnivå (enskilda patientfall).

3. **Vilken är skillnaden mellan horisontell och vertikal prioritering? Vilken funktion fyller distinktionen mellan dessa begrepp?**

4. **Vilken är skillnaden mellan ransonering och kvalitetsförsämring, om någon?**
   Någon grupp ansåg att ransonering i betydelsen målansonering innebar kvalitetsförsämring. Gruppen ansåg också att beslutet att inte subventionera Viagra utgör ett exempel på ransonering.

5. **Hur vill du klassificera åtgärder som t ex införandet av vårdgaranti respektive beslutet att inte subventionera vissa läkemedel?**
   Dokumentation saknas.

### 3.2 Öppna prioriteringar – möjligheter och hinder?

**Seminarieledare Erling Karlsson**


Mot ett bakgrundsscenario, som beskrev en situation med obalans mellan landstingets resurser och angelägna önskemål från olika producenter, diskuterades fyra frågor i grupper. Diskussionerna ledde fram till följande slutsatser/reflektioner:

1. **Vad krävs för att öppen prioritering ska vara möjlig?**
2. Vilka fördelar och/eller nackdelar kan en öppen prioritering ha?

3. Vilka är de största hindren för en öppen prioritering?
Otillräcklig kunskap, tidsbrist, sjukvårdens komplexitet, massmedia, att det rör sig om en ”obekväm” aktivitet samt svårigheter med acceptans hos befolkningen vad gäller vissa beslut.

4. Är öppen prioritering möjlig i en offentligt finansierad och politiskt styrd sjukvård? Det rådde stor enighet om att det var nödvändigt att försöka åstadkomma öppna prioriteringar men med tanke på hindren måste nog detta betraktas som ett långsiktigt men rimligt mål.
4. METODUTVECKLING

I detta kapitel redovisas sammanfattningar av de föredrag som presenterades av konferensdeltagare med fokus på metodutveckling inom prioriteringsområdet.

4.1 Prioriteringar efter behov – en modell för fördelning av resurser i ett landstingsområde.
Sven Larsson, Lars Lindholm, Mats Lundborg, Anders Östlund

Sven Larsson, Örebro läns landsting, berättade om rapporten ”Behovsmodell för fördelning av resurser i ett landstingsområde”, som han skrivit tillsammans med Lars Lindholm, Umeå universitet, Mats Lundborg, Östergötlands läns landsting och Anders Östlund, Västra Götaland.
Frågan som behandlades var; Hur omsätter vi teori till praktik när det gäller prioriteringsarbete i landstingen?
– Som bekant står alla som försöker prioritera inför många utmaningar och den enligt vår mening största är hur vi ska prioritera bland alla nya och kostsamma behandlingsmetoder som hela tiden lanseras. För det handlar ju inte bara om att prioritera mellan behovsgrupper, utan också att prioritera mellan behandlingsmetoder, förklarade Sven Larsson.

4.1.1 Behov av interventioner

Vilka åtgärder eller interventioner som krävs delade gruppen upp i följande kategorier:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Problem:</th>
<th>Typ av åtgärder:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sociala strukturer, fysisk miljö</td>
<td>Hälsofrämjande</td>
</tr>
<tr>
<td>Riskfaktorer, risksituationer</td>
<td>Sjukdomsförebyggande</td>
</tr>
<tr>
<td>Sjukdom, skada</td>
<td>Diagnos, behandling</td>
</tr>
<tr>
<td>Funktionsnedsättning</td>
<td>Rehabilitering</td>
</tr>
<tr>
<td>Handikapp</td>
<td>Kompensation, omvårdnad, stöd</td>
</tr>
</tbody>
</table>

– Som vi ser ansvarar andra aktörer än landstingen för vissa typer av åtgärder, kommenterade Sven Larsson.

Vårdbehovens beståndsdelar är alltså sjukdomsbörda och tillgängliga behandlingsmetoder. Av dessa två är sjukdomsbördan bland befolkningen relativt trögrörlig, medan utbudet av behandlingsmetoder ökar mycket snabbt. En slutsats är alltså att det är nya behandlingsmetoderna som leder till snabbt ökade vårdbehov.

– Eftersom sjukvårdens samlade resurser fortsätter att vara knappa blir det avgörande att lära sig att prioritera bland de nya behandlingsmetoderna. Och för att göra det måste vi väga in metodernas evidens, kostnader och kostnads-effektivitet i analysen.

– Vi ser det som att behovsanalytikernas uppgift är att “matcha” varje hälsoproblem med möjliga interventioner så att alla hälsoproblem tilldelas en optimal mängd resurser. Detta kan åskådliggöras av följande matris, där hälsoproblem är den ena dimensionen och interventioner den andra.
För att göra en sådan resursfördelning måste den hälsopolitiska enheten, den samhällsmedicinska enheten och budgetenheten samarbeta. Men innan man kommit så långt måste frågorna ventileras utförligt och öppet på särskilda mötesplatser där politiker, experter samt företrädare för befolkning och patientgrupper kan träffas och diskutera igenom resursfördelningen för att nå en bred enighet. Det är väsentligt att diskussionerna när man möts bygger på relevant kunskap. Deltagarna måste sammantaget bidra med kunskap om hälsoförhållanden och sjukdomsbörda, evidensbaserade metoder, kostnadseffektivitet och tillångliga resurser. Politikernas uppgift här är att svara för de övergripande hälsopolitiska målen. Diskussionerna på mötesplatsen leder till målformuleringar, prioriteringar, styrning, genomförande och uppföljning och skall ingå som en naturlig del i budgetunderlaget. Sven Larsson åskådliggjorde den här arbetsmodellen i följande bild:

Värdet av dessa uppstår t.ex. i en budgetsituation när man matchar samman ett antal sjukdomstillstånd med åtgärder. Samtliga åtgärder kan ha positiva hälsoeffekter om än i varierande grad, men budgeten räcker inte till alla.

Då kan nämnden använda sig av de båda analytiska kriterierna för att rangordna åtgärdsförslag med positiva hälsoeffekter så att de mest kostnadseffektiva finansieras först, därefter de näst bästa, därefter de tredje bästa osv tills budgetmedlen är slut. Tabellen (nedan) ger ett räknekexempel som illustrerar resonemanget. Antag att tre miljoner kronor finns tillgängliga för behandling av en viss patientgrupp på 3 000 personer.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Behandling</th>
<th>Kostnad per patient och år</th>
<th>Förebyggda fall per 1 000 patienter och år</th>
<th>Antal som behandlas om budgeten är 3 miljoner kronor</th>
<th>Antal som inte kan behandlas om budgeten är 3 miljoner kronor</th>
<th>Totalt antal förebyggda fall</th>
<th>Total kostnad</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A</td>
<td>1 000</td>
<td>5</td>
<td>3 000</td>
<td>0</td>
<td>15</td>
<td>3 000 000</td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
<td>2 000</td>
<td>6</td>
<td>1 500</td>
<td>1 500</td>
<td>9</td>
<td>3 000 000</td>
</tr>
</tbody>
</table>


4.1.2 Kriterier för behovsanalys

Den beskrivna modellen är arbetskrävande och det är inte möjligt att göra vårdbehovsanalys på alla områden samtidigt. Därför föreslog Sven Larsson med medarbetare, fyra kriterier eller begreppspär kan användas för att identifiera behovsanalysområden i det enskilda landstinget:

- Svåra tillstånd – Lindriga tillstånd
- En behandling – Flera behandlingar
- Låg kostnad – Hög kostnad
- God evidens – Svag evidens
Om det handlar om kombinationen svår sjukdom, behandling med god evidens och låg kostnad finns det ej skäl att prioritera denna för vidare analyser. Vid den andra ytterligheten, lindrigt tillstånd, stor kostnad och svag evidens, finns däremot all skäl att undersöka om inte resurser överutnyttjas inom det området.

4.2 Hur fördela resurser till prevention och behandling av kranskärlssjukdom?

Emil Löfroth, Måns Rosen, Lars Lindholm

I syfte att utveckla metoder för resursfördelning har Epidemiologiskt Centrum (EpC), vid Socialstyrelsen initierat projektet ”Hur fördela resurser till prevention och behandling av kranskärlssjukdom”. Projektet har genomförts i samarbete med Göteborg, Västerbottens och Östergötlands läns landsting.

Emil Löfroth, Socialstyrelsen, EpC, berättade att man just valde kranskärlssjukdom för att det är ett stort folkhälsoproblem med höga kostnader för behandling, samt att det vetenskapliga underlaget är ganska väl dokumenterat. I projektet ville man göra en syntes av generella prioriteringsriktlinjer, kostnadseffektanalyser och epidemiologi, något som sällan gjorts helt konsekvent. Varje bestämdesdel i analysen har sina för- och nackdelar, enligt Emil Löfroth:

- Generella prioriteringsriktlinjer har ingen inverkan på prioriteringar i dagligt arbete.
- Med hjälp av kostnadseffektanalyser kan hälsovinster maximeras med en given budget, men lokala behov inkluderas inte.
- Epidemiologi tar hänsyn till lokala behov, men ger inga riktlinjer för prioriteringar.

Rapportförfattarna har konstaterat att traditionella kostnads-effektanalyser har mycket liten betydelse för de prioriteringsbeslut som fattas i svensk (liksom internationell) sjukvård. En förklaring är att det helt enkelt inte gjorts så många analyser. De fåtaliga som finns har ofta brister som gör dem mindre användbara i beslutssituationer.

En brist är att kostnads-effektanalyser inkluderar ofta inte en explicit budgetram. Vidare råder brist på konsekvent genomförda marginalanalyser, vilket medför att valet för en viss intervention tycks stå mellan ”allt” eller ”inget”, när man i stället borde fråga sig ”hur många” i en patientgrupp som ska få behandlingen. Vid höga risker är resultaten bäst, men de blir allt sämre när patienter med successivt lägre risk inkluderas. Det gäller att hitta den risknivå, där det inte längre är rationellt att använda den aktuella åtgärden.
– Kostnadseffektanalyserna har inte heller beaktat lokala epidemiologiska data, vilket är nödvändigt eftersom incidens och prevalens av olika sjukdomar varierar ganska mycket i landet, underströk Emil Löfroth. Kostnads-effektanalysernas värde ökar också om de arbetar med s.k. ligatabeller, som rangordnar alla tillgängliga interventioner.

4.2.1 Multidisciplinär ansats

Målet för Socialstyrelsens projekt var att försöka beräkna den optimala resursallokeringen för behandling av kranskärlssjukvård i tre sjukvårdsområden (Göteborg, Västerbotten och Östergötland) och jämföra med dagens resursfördelning. Data över nuvarande utnyttjande och kostnader för kranskärlssjukvård samlades in, liksom epidemiologiska data över riskfaktorer och incidens/prevalens. Hälsoekonomiska beräkningar av hälsomaximering för patientgruppen gjordes med dagens budgetram som den begränsande faktorn. Emil Löfroth nämnde fem exempel på interventioner inom hjärt- och kärlområdet:

- Befolkningsinriktad prevention.
- Primärprevention och sekundär med blodtryckssänkande och kolesterol sänkande läkemedel.
- Revaskulariserande ingrepp.
- Akut omhändertagande av hjärtinfarktpatienter.
- Rehabilitering efter hjärtinfarkt.

4.2.2 Ligatabell

Emil Löfroth visade också en s.k. ligatabell som rangordnade en lång rad åtgärder ur kostnads-effektivitetssynpunkt. Måttet som användes var kronor per vunnet levnadsår, Kr/VLÅ. I toppen placerade sig två kostnadsbesparande åtgärder, rehabilitering efter hjärtinfarkt och betablockerare efter hjärtinfarkt. Program för rökavvänjning kom på tredje plats och kostade 25 500 kr/VLÅ. Sedan fanns ända till den dyraste behandlingen: primärprevention med blodtryckssänkande läkemedel för kvinnor i åldern 30-49 år, dBt 90-94, kolesterol 5,4 mmol/l och icke-rökare, som kostade 4 582 100 kr/VLÅ.

4.2.3 Kunskapsläget

Emil Löfroth sammanfattade vad man kommit fram till hittills i projektet:

- Antalet definierade dygnsdoser (DDD) kolesterol- och triglyceridsänkande
medel per 1 000 invånare som förskrivs har ökat från 4,5 (1993) till 27,0 (1999).
• Sekundärprevention med lipidsänkare är underutnyttjat.
• Ytterligare 174 färre dödsfall per år, till en kostnad av 51 miljoner kronor.

Emil Löfroth framhöll flera fördelar med den tillämpade metoden att kombinera epidemiologi och hälsoekonomi.

Men det finns också svårigheter med att tillämpa metoden för att lösa verkliga problem i sjukvården. Exempel på sådana svårigheter är, enligt Emil Löfroth, brist på kostnads- och effektdata rörande olika behandlingar. Även epidemiologiska data över incidens och prevalens av olika sjukdomar är ofullständiga. Slutligen finns svårigheten att kontrollera de totala sjukvårdskostnaderna, på grund av tudelningen mellan offentlig och privat sjukvård, den fria förskrivningsrätten med mera.


### 4.3 Medicinskt programarbete gällande övervikt i Stockholm – en metod för prioritering i praktiken utifrån kunskap om befolkningens behov.

**Britt Arrelöv, Chris Wallin**

I Stockholms läns landsting pågår ett ambitiöst programarbete gällande övervikt med en metod som bygger på en mångsidig genomlysning av problemet och en konsensus mellan alla inblandade aktörer. Om detta berättade Britt Arrelöv, Nordöstra sjukvårdsområdetoch Chris Wallin från hälso- och sjukvårdsnämndens stab. De gav först följande överblick över det medicinska programarbetets moment:

• **Behovsanalys 1** – att beskriva hälsöförhållanden i befolkningen och epidemiologisk bevakning. (Det här ledd till prioritering av områden och övervikt blev således ett av de prioriterade.)
• **Behovsanalys 2** – att kartlägga behovsgrupp/sjukdomsgrupp för prioritering mellan behovsgrupper och fastställande av inriktningsmål.
• **Behovsanalys 3** – att kartlägga utbud, medicinska metoder och hälsoekonomiska beräkningar utifrån inriktningsmål och prioriterade behovsgrupper för prioritering mellan åtgärder och effektmål.
• **Framtagande och förankring av handlingsprogram**, samt implementering av handlingsprogram.
• **Uppföljning** av handlingsprogram och resultatanalys.


### 4.3.1 Definitioner enligt body mass index (BMI)

För att definiera begreppet användes måttet body mass index, BMI. BMI beräknas som Vikten i kilo, delat med kroppslängd i meter, upphöjt till två. Övervikt definieras som BMI 25–30, fetma = BMI 30–35, kraftig fetma = BMI>35. En folkhälsoenkät från 1998 visade att 40 procent av männen och 24 procent av kvinnorna var överviktiga i Stockholm medan åtta procent av männen och sju procent av kvinnorna var feta enligt ovanstående definitioner.

Åtskilliga hälsorelaterade och sociala problem har visat sig ha högre frekvens med ökad vikt, till exempel farlig alkoholkonsumtion, hälsoproblem, blodtrycksmedicinering, värk i rörelseorganen, diabetes, lägre socio-ekonomisk klass och ökad risk för sjukskrivning.


### 4.3.2 Konsensuskonferens

En viktig milstolpe på vägen mot ett handlingsprogram var en *konsensuskonferens* om övervikt som anordnades den 21 mars 2001. Den bestod
av två delar, dels en kunskapsgenomgång om vad man vet om överviktsproblemet och dess behandlingsalternativ med hjälp av inbjudna experter, dels en omröstning bland konferensdeltagarna om lämplig ambitionsnivå för överviktsbehandling i Stockholm. Konferensdeltagarna röstade om följande scenarior på en successivt allt högre ambitionsskala:


3. **Minska ökningstakten av all fetma d.v.s. antalet personer med BMI>30.** Förekomsten av fetma i länet har fördubblats på cirka 10 år. Preventiva insatser på befolkningsnivå riktras främst mot ungdomar och yngre vuxna samt inom primärvården mot överviktiga. Behandlingsinsatser fokuseras på grupper där sjukligheten annars kommer att öka snabbt, dvs. åldersgruppen 30-50 år samt till individer med ärlighet för typ II-diabetes och hjärt-/kärlsjukdom.)

4. **Stoppa ökningen av all fetma d.v.s. antalet personer med BMI>30.** Fetmaepidemin beror främst på förändringar under 45 års ålder. Även om fetman i länet inte ökar, får man räkna med en ökad sjuklighet i fetmarelaterade sjukdomar (typ II-diabetes, högt blodtryck, hjärt-/kärlsjukdomar) när dessa kommer upp i högriskåldern 45-60 år.

5. **Minska all fetma, personer med BMI>30.** Först på denna nivå kan vi räkna med en oförändrad sjuklighet i fetmarelaterade sjukdomar under den närmaste 10-årsperioden. P.g.a. att fetma framför allt ökat bland yngre kan man först på en 25-årsperiod räkna med en minskad sjuklighet.

6. **Stoppa ökningen av den mattna övervikten, d.v.s. med BMI>27.** Stora preventiva insatser krävs inom MVC, BVC, skola, idrottsrörelsen, lunchrestauranger, företagshälsovård och sjukvård. Inom sjukvården organisation av gruppbehandling, uppföljning och läkemedelsbehandling.

7. **Minska den mattna övervikten, personer med BMI>27.** Måttlig övervikt har ökat med 50 procent sedan 1990 och fördubblats sedan 1980. Genomgripande
förändring i synen på kost och motion inom alla delar av samhället behövs.

4.3.3 Röstning om ambitionsnivå

Först gjordes en preliminär omröstning. Debatten fortsatte och nya fakta lades till det underlaget. Inläggen påverkade de nya omröstningarna som gjordes vid konsensuskonferensen enades deltagarna om effektmålet att halvera andelen feta i Stockholm till år 2013, samt att tillstyrka fyra prioriterade insatser (i rangordning):

1. Preventiva insatser riktade till barn och ungdomar.
2. Behandling av överviktiga med komplicerande sjukdomar.
3. Behandling av personer med kraftig fetma.
4. Preventiva insatser riktade till vuxna.

Behovsanalyserna och konsensuskonferenserna har fått tydliga genomslag i de inriktningsmål som återfinns i budgetdirektiven för 2002:

- Alla i vården som möter barn och ungdomar skall identifiera riskgrupper och initiera åtgärder enligt handlingsprogram.
- Överviktiga och feta med komplicerande sjukdomar skall identifieras och erbjudas behandling enligt handlingsprogram.
- Alla med fetma (BMI>30) skall identifieras och erbjudas behandling enligt handlingsprogram.
- Det förebyggande arbetet riktat till vuxna skall huvudsakligen vara kunskapsförmedlande och följa gällande handlingsprogram.

Under hösten 2001 var det mest aktuellt i processen att analysera vilka metoder som är lämpliga att använda med avseende på evidens, medicinsk effektivitet och kostnadseffektivitet. Det gäller att optimalt kombinera de tillgängliga metoderna, t.ex. beteendeterapi, ändrade kost- och motionsvanor, läkemedel och kirurgi.
- Allt det här ska utmynna i ett vårdprogram, som talar om vad som ska göras och vem som ska göra vad, förklarade Britt Arrelöv. Arbetsgången sammanfattades på följande sätt:
  - Beskriva behov.
  - Fastställa inriktningsmål.
  - Prioritera mellan behovsgrupper.
  - Utvärdera medicinska metoder.
  - Ta fram handlingsprogram.
  - Införa och följa upp handlingsprogram.
Analysera resultaten utifrån mål och prioriteringar.

4.4 Prioriteringskommittéer – en väg till prioriteringar i sjukvården.
Ulla Feuk, Bernhard Grewin, Robert Wahren

4.4.1 Svårt att omsätta policybeslut i praktiken

Prioriteringsdelegationen har överlämnat sin slutrapport till socialministern och många aktörer försöker nu finna vägar för att driva prioriteringsarbetet vidare. Ulla Feuk, sakkunnig i prioriteringsdelegationen och ledamot av Läkarförbundets centralstyrelse, berättade om ett förslag från Läkarförbundet, nämligen att inrätta särskilda prioriteringskommittéer.

– Under arbetet i prioriteringsdelegationen konstaterade vi att både politiker och vårdverksamma var frustrerade över svårigheterna att komma någon vart med prioriteringsfrågorna. Vi såg också en ömsesidig misstro och brist på förståelse för varandras uppgifter och roller mellan i första hand läkarna och politikerna. Däremot fanns verkligen ingen brist på intresse för frågorna, men de vårdanställda ansåg att de saknade både tid och forum för att föra diskussionerna.

– Frustrationen har till stor del gällt det faktum att landstingens, i sig utmärkta mål- och policydokument, inte kunnat omsättas till prioriteringsbeslut i det löpande arbetet. Såväl vårdanställda, som andra insatta bedömare, har också blivit irriterade över att politikerna ibland fattat viktiga principbeslut som går stick i stäv med gällande prioriteringsprinciper – de oftast nämnda exemplet är beslutet om vårdgarantier och den fria barnsjukvården.

Ulla Feuk berättade att Läkarförbundet redan i början av 1990-talet presenterade ett diskussionsinlägg – ”Prioriteringar i hälso- och sjukvården – varför och hur?”

Där konstaterades inledningsvis att prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården tas på flera olika nivåer och debattinlägget fokuserade följande fem:

• Beslut om resurstilldelning till hälso- och sjukvården i jämförelse med andra samhällssektorer.
• Beslut om resurstilldelning mellan olika sektorer inom hälso- och sjukvården (förebyggande – botande, öppen vård – sluten vård, olika specialiteter).
• Beslut om fördelning av resurser mellan patienter inom en sektor/specialitet.
• Beslut om fördelning av resurser mellan patienter med samma sjukdom.
• Beslut om olika (mer eller mindre resurskrävande) diagnos- och behandlingsmetoder för samma patient.
4.4.2 Rågivande kommittéer

En analys av besluten på de olika nivåerna visar, framhöll Ulla Feuk, ett komplext samspel mellan många aktörer. På de övergripande nivåerna dominerar beslut som tillkommit i politisk ordning, medan läkarbeslut är vanligast på de patientnära nivåerna. Men beslut på samtliga nivåer återverkar på besluten på andra nivåer.

Läkarförbundet föreslår att man inrättar prioritseringskommittéer för att få ett forum för initierade diskussioner beträffande prioriteringar. Man menar att kommittéerna kan inrättas på såväl lokal, regional som nationell nivå. De är tänkta att vara specialitetsövergripande och sammansatta av ”väl respekterade företrädare för de olika vårdprofessionerna”.


Kommittéerna är således inte tänkta att ha någon beslutsrätt utan enbart vara rådgivande och stimulera till debatt.

– Vi på Läkarförbundet tror att kommittéerna ska kunna bidra med ett mer professionellt faktaunderlag och därmed ge förutsättningar för en rättvisare och effektivare fördelning av resurser. Vi föreslår därför att det snarast startas en försöksverksamhet med prioritseringskommittéer, till exempel på regional nivå, slutade Ulla Feuk.

4.5 Den systematiskt arbetande beställaren.

Britt Arrelöv

Stockholms läns landsting har tillämpat en beställar-utförarorganisation i tio år. Britt Arrelöv, från nordöstra sjukvårdsområdet, berättade om hur hon och hennes kolleger utvecklat en systematisk arbetsmetod för att hälso- och sjukvårdsresurserna i så hög grad som möjligt skulle fördelas i enlighet med befolkningens behov.
35


4.5.1 Arbetsmetoden

Nedan följer en översikt över arbetsmetodens olika moment:

2. Behovsbeskrivning för prioriterade grupper.
3. Politikerna fastställer visionära mål.
4. Planeringsdokument tas fram som underlag för diskussion och dialog.
5. Strategier och effektmål tas fram utifrån värderingar, kunskap om behov, tidigare resultatanalys, inriktningsmål och politiska direktiv.
6. I budgetdokument fördelas resurserna utifrån punkt 1-5.
7. Beställarens interna verksamhetsplanering då ovanstående punkter omsätts i beställarprocesser. (Här hade man kontakter med många samtalspartners eftersom det är många aktörer som måste vara överens.)
8. I befolkningsbokslutet presenteras resultaten av de genomförda strategierna utifrån angivna målsättningar.
9. Inom områden (befolkningsgrupper, sjukdomsgrupper) som särskilt behöver belysas och utvecklas startas medicinska programarbeten.

4.5.2 Hälsobudgetprocessen

Målet med hälsobudgeten är att fördelningen av resurser ska baseras på befolkningens behov. Processen börjar således med att behoven beskrivs och med beskrivningen som grund kan det politiska systemet fastställa visioner och inriktningsmål.

Ett planeringsdokument och resultatet från dialogseminarier leder fram till ett budgetdokument som i sin tur startar en mängd beställarprocesser: avtal med vårdgivare, samverkan med kommunerna, folkhälsoarbete, kommunikation med befolkningen medicinska vårdprogram, kompetensutveckling, IT-strategier och utvecklingsarbete. En skiss över hälsobudgetprocessen ser ut enligt följande. (Se nästa sida).
Hälsobudgetprocessen

Beställarprocesser
- Avtal med vårdgivare
- Samverkan med kommunerna
- Folkhälsarbete
- Kommunikation med befolkningen
- Medicinska vårdprogram
- Kompetensutveckling
- IT/IS-strategier
- Utvecklingsarbete
4.6 Prioritering i praktiken.  
Thomas Ihre, Inga Berg

4.6.1 Läkarsällskapets arbete med vertikala prioriteringar

Svenska Läkaresällskapet är en av de många aktörer som är starkt engagerade i prioriteringsfrågor. Thomas Ihre och Inga Berg, ledamöter i Läkare sällskapets prioriteringsgrupp, berättade om ett omfattande projekt med namnet ”Prioritering i praktiken”, som i första hand syftar till att ta fram ett underlag för politikernas öppna horisontella prioriteringar.

Thomas Ihre inledde med att konstatera att kravet på prioriteringar nu snabbt blir allt mer akut, i betydelsen att man måste börja välja bort vissa behandlingar. Skälen är flera och välkända och Thomas Ihre underströk särskilt att den tekniska utvecklingen skapar nya behandlingsmöjligheter, utan att sjukvården tillförs nya resurser.

Thomas Ihre visade en bild som han kallade ”sjukvårdens nollvision” – ett idealt tillstånd att sträva mot. Nollvisionen innebär att alla sjukdomar ska kunna botas, alla sjuka ”hittas” och inga fel begås i behandlingen.


I prioriteringsarbetet har prioriteringsgruppen vägt samman en rad faktorer, som sjukvårdens svårighetsgrad, förväntad nytta av behandlingen och kostnadseffektivitet. Allt genomsyras av kravet på evidens.

– Vi gör vertikala prioriteringslistor inom alla specialiteter, berättade Ihre. Sedan ”matchas” de lägst prioriterade behandlingarna från de olika specialiteternas listor mot varandra. Naturligtvis måste det här kontinuerligt revideras över tid, bland annat eftersom nya behandlingsmöjligheter hela tiden tillkommer. Den vertikala prioriteringen tillgår så att varje granskad diagnos placeras in på en skala 1–10 beroende på svårighetsgrad. Faktorer som vägs in är patientnyttan i form av hälsövinster och livskvalitet, kostnader och risker. Prioriteringen leder fram till specifika målformuleringar. Thomas Ihre hämtade ett exempel från en akutmottagning, där maximal väntetid skulle kunna se ut på följande sätt:
1. Trafikolycksfall, misstänkt hjärtinfarkt < 5 minuter.
2. Njursten, smärttillstånd < 30 minuter.
3. ”Bukar”, allergier < 60 minuter.
4. Stukade fötter, kontusioner < 3 timmar.

Gallstensbesvär var ett annat av exemplen på vertikal prioritering:

Prioritet 1: Akut gallblåseinflammation med bukhinneinflammation – operation.
Prioritet 2-3: Dagliga anfall – operation.
Prioritet 6: Enstaka gallstensanfall vid fet mat – operation.
Prioritet 10: Röntgenkonstaterad gallstensanfall utan symtom – ej operation.

4.6.2 Varför skall Svenska Läkaresällskapet engagera sig i öppna prioriteringar?

Inga Berg berättade om hur man gått tillväga för att genomföra projektet Prioritering i praktiken.

• Finns det behov av att göra prioriteringar?
• Vilket beslutsunderlag behövs?
• Har ni genomfört horisontella prioriteringar?
• Vad kan upp- respektive nedprioriteras?

Intervjuerna visade att det underlag man hade tillgång till var t.ex. vårdprogram, kvalitetsregister, befolkningsrelaterade nyckeltal, beskrivningar av folkhälsa och sjukdomsbörda, samt fördjupad kunskap om vissa verksamheter genom seminarier och liknande.


Problem specifika för politiker var att de saknade samordning mellan stat,
kommun och landsting och att de saknar information från verksamheten. Även tjänstemännen efterlyste bättre information från producenterna och mera kunskap om nytta av medicinska insatser. Verksamhetscheferna å sin sida tyckte att politiker och tjänstemän har för dålig kunskap och att beställarorganisationen saknar medicinsk kompetens.

En viktig kritik var alltså att det saknas aktuella data från verksamheten och kommittén avser att gå vidare med att undersöka vad detta kan bero på. Är det bristande kompetens, otillräckliga resurser, för dålig teknisk utrustning eller svårigheter att hinna med som är orsaken?

Inga Berg visade en bild som sammanfattade de önskemål som kommit fram under mötena:

- Bättre beslutsunderlag till politiker för prioritering.
- Aktuella objektiva data avseende sjuklighet, behandlingsbarhet, nytta, kostnad m.m.
- Större inflytande av objektiva företrädare för den medicinska professionen.

4.7 Metod för prioriteringar i Socialstyrelsens riktlinjer för kranskärlssjukvård.

Christina Kärvinge, Lars-Åke Levin

Kranskärlssjukdomar är ett omfattande folkhälsoproblem och kostar stora summor för sjukvården och samhället. Var femte patient som söker vård vid akutmottagning i Sverige har symtom på kranskärlssjukdom (cirka 150 000 årligen).

"Hos patienter med akut hjärtinfarkt eller instabil angina som vid intagningen visar tecken på ischemi (ST-sänkning) på EKG eller förhöjning av biokemiska markörer (CK-MB eller troponin) minskar dödligheten, risken för hjärtinfarkt, symtom av angina och behovet av återintagning om tidig koronarangiografi och revaskularisering genomföras inom sju dagar efter intagningen”, är en sammanfattande formulering av budskapet i rapporten.

Följande indikationer för brådskande koronarangiografi/revaskularisering inom sju dagar nämns:

- Refraktär ischemi - upprepade episoder av angina och/eller ischemi i vila eller vid lätt ansträngning trots adekvat medicinsk behandling.
- Kvarstående hemodynamisk instabilitet – hjärtsvikt.
- Recidiverande kammararytmier.
- Hög risk för tidigt återinsjuknande - flera av följande riskindikatorer (högre ålder, diabetes mellitus, tidigare hjärtinfarkt, ST-segmentsänkning på EKG eller förhöjning av myokardiskademarkör (troponin eller CKMB).

Lars-Åke Levin berättade om den studie avhälsoekonomi och livskvalitet – FRISC II – som han utfört i samband med framtagandet av Socialstyrelsens riktlinjer för kranskärlssjukvård. Syftet med studien var att ”optimera omhändertagandet av patienter med instabil kranskärlssjukdom med hänsyn till medicinska effekter, kostnader och livskvalitet”.


Analys av direkta kostnader per patient visade att den invasiva patientgruppen kostade mer i början, under det första året cirka 31 000 kronor mer än den icke-invasiva. Skillnaden minskade dock till cirka 26 000 kronor när man räknat in att vissa i den invasiva gruppen började arbeta tidigare. Kostnaden per patient för icke-invasiva blev då 154 100 kronor under det första året och 180 700 kronor för den invasiva.

– Men på lång sikt tenderar kostnadsdifferensen mellan de båda grupperna att minska och det är möjligt att de båda kostnadskurvorna på sikt skär varandra, förklarade Lars-Åke Levin. Ovanstående diskussion gäller kostnader per patient. Genom att multiplicera med antalet i patientgruppen, incidensen, får man kostnaden för att behandla patientgrupperna i sin helhet.

Lars-Åke Levin visade ett linjediagram som jämförde antalet händelser i form av död eller hjärtinfarkt för de båda patientgrupperna under de första tolv månaderna efter behandlingen satts in. Fjorton procent av de som fått icke-invasiv behandling hade under året drabbats av någon av dessa händelser mot 10,4 procent av de invasiva.
4.7.1 Kostnadseffektivitet

I nästa fas gjordes analyser och jämförelser av kostnadseffektivitet för de båda behandlingsformerna. Lars-Åke Levin sade sig helst ha velat beräkna kostnadseffektivitet i enheten QALY’s (kvalitetsjusterade vunna levnadsår), men det var av tidsskäl inte möjligt. I stället räknades effekten av de båda behandlingsformerna som kostnaden för varje dödsfall eller hjärtinfarkt som undviks.

Resultatet var att ”priset” per undviket dödsfall hjärtinfarkt var 1,4 miljoner kronor för den invasiva gruppen, medan motsvarande siffra för dem som fått icke-invasiv behandling var 700 000 kronor. Vid införande av en invasiv behandlingsstrategi fördelades kostnaderna på direkta kostnader som vårddagar, utredningar, interventioner, läkemedel, öppenvård, samt på indirekta kostnader, som produktionsbortfall och hemtjänst. Totalt för hela riket beräknades den invasiva strategin kosta 340 miljoner kronor mer.


4.8 Prioriteringar i fråga om nya medicinska metoder. Christina Kärvinge, Kajsa Tunér

Socialstyrelsen driver ett projekt för att utveckla metoder och beslutsstöd för prioriteringar av nya läkemedel. Christina Kärvinge och Kajsa Tunér från Socialstyrelsen berättade om projektet som i ett första skede inriktats på fem nya läkemedel som valts i samarbete med Läkemedelsverket och Satens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

De fem studerade läkemedlen är:
1. NSAID inklusive Cyclooxygenas-2-hämmande läkemedel (Coxiber eller selektiva COX-2-hämmare; Vioxx™ och Celebra™) vid autoimmuna sjukdomar t.ex. ledgångsreumatism, artroser, artriter m.m.
2. Kombinationsbehandling med interferon-alfa (IFN-α), Introna™ och ribavirin (Rebetol™) vid kronisk hepatit C.
3. Interferon-beta (IFN-β), Rebif™, Avonex™ och Betaferon™ vid behandling av MS.
4. Selektiv hämmare av tumör nekros faktor-alfa, syntes, Remicade™ och Enbrel™ vid behandling av Crohns sjukdom och autoimmuna sjukdomar
t.ex. ledgångsreumatism.

5. Klopidigrel (Plavix™) för att förebygga blodproppsbildning.

Uppdraget innebär att utifrån dokumentation från Läkemedelsverket och SBU, identifiera prioriteringsproblemen och ta fram kompletterande hälsoekonominiska och andra analyser. Analyserna ska kunna användas för rekommendationer inför prioriteringsbeslut i sjukvården. Målgrupperna för arbetet är läkemedelskommittéer och läkare som förskriver läkemedel inom de nämnda områdena.

Som exempel på arbetssätt berättade Christina Kärvinge och Kajsa Tunér om analysen av läkemedlet klopidogrel.


– Effekten av klopidogrel har jämförts med effekten av ASA i en randomiserad, kontrollerad studie på mer än 19 000 patienter. De sjukdomar man inriktade sig på att förhindra var stroke, hjärtinfarkt och död i hjärt-kärlsjukdom. Efter en uppföljningstid på knappt två år, fann man 0,5 procents absolut skillnad till fördel för klopidogrel.

– Årskostnaden för klopidogrel är omkring 6 000 kronor högre än för ASA. Slutsatsen är att en övergång från ASA till klopidogrel skulle innebära marginella positiva hälsoeffekter och kraftigt ökade läkemedelskostnader.

4.8.1 Försäljningsstatistik


Kostnadsökningen förklaras främst av att det skett en övergång till Plavix. År 2000 svarade Plavix för mer än 40 procent av kostnaden för de trombocythämmande läkemedlen, men endast 2,1 procent av de definierade dygnsdosererna av dessa medel.

4.8.2 Medicinsk ändamålsenlighet

De frågeställningar som belyses beträffande den medicinska ändamålsenligheten är:

- Hur väl är klopidogrel dokumenterat för de indikationer det är godkänt för?
- Vilka risker och biverkningar finns med klopidogrel?
- Hur stor är den potentiella målgruppen?
- Hur länge bör behandling med klopidogrel pågå i olika kliniska situationer?
- Går det att bedöma om Plavix över- eller underanvänds (d.v.s. förskrivs medlet på för vida eller för snäva indikationer)?

4.8.3 Hälsoekonomiska frågeställningar och värderingar

De frågeställningar som belyses beträffande de hälsoekonomiska frågeställningarna och värderingarna är:

- Kostnadsutvecklingen i riket och regionalt?
- Vilken är kostnaden för att förhindra en allvarlig händelse, till exempel stroke?
- Kan balansen mellan förväntad nytta och kostnader bedömas?
- Vilka blir de ekonomiska konsekvenserna av olika grader av övergång från ASA till Plavix och vilken alternativ användning finns för dessa resurser?

4.8.4 Metod för prioriteringar

De etiska principer för prioriteringar i hälso- och sjukvården som lades fast av riksdagen 1997 har varit utgångspunkt för en samlad bedömning om prioriteringarna. Arbetsgruppens överväganden baseras på en samlad bedömning med utgångspunkt i bedömningar av fyra kriterier (som delvis är överlappande). Dessa är:
A. Sjukdomens/tillståndets konsekvenser för patienten.
B. Klopidogrels effekt vid aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom
C. Kostnader och kostnadseffektivitet
D. Alternativ användning av begränsade resurser


4.8.5 Ekonomiska konsekvenser vid olika övergång från ASA till Plavix

De ekonomiska konsekvenserna av olika grader av övergång från ASA till Plavix illustrerades i nedanstående tabell.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Plavix andel i stället för ASA (Trombyl) (%)</th>
<th>ASA mkr</th>
<th>Plavix mkr</th>
<th>Total kostnad mkr</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>50</td>
<td>0</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>49</td>
<td>50</td>
<td>99</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>47,5</td>
<td>125</td>
<td>172,5</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>45</td>
<td>250</td>
<td>295</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Eftersom resurserna är begränsade är det angeläget att analysera vilka andra typer av medicinska insatser som kan erhållas för samma summa. Några sådana alternativ illustrerades på nästa sida.
Exempel på medicinska insatser som kan erhållas för 100 miljoner kronor.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kostnad/patient</th>
<th>Antal behandlade patienter</th>
<th>Nytta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Plavix i stället för ASA</td>
<td>6 061 kr/år</td>
<td>16 499</td>
</tr>
<tr>
<td>Vård på strokeenhet i stället för vanlig vårdavdelning</td>
<td>3 019 kr</td>
<td>33 121</td>
</tr>
<tr>
<td>Intensifierad rehabilitering vid svår stroke</td>
<td>55 600 kr</td>
<td>1799</td>
</tr>
<tr>
<td>Statinbehandling vid IHD</td>
<td>5 315 kr/år</td>
<td>18 815</td>
</tr>
<tr>
<td>Tidig invasiv kranskärlsintervention</td>
<td>31 270 (direkta sjukvårdskostnader)</td>
<td>3 197</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Sammanfattande slutsatser från studien:

- Statistiskt säkerställd skillnad till fördel för klopidogrel jämfört med ASA 355 mg/dag. Denna skillnad är dock marginell men prisskillnaden är 50-faldig.
- Andra medicinska insatser såsom vård på strokeenhet, tidig kranskärlsintervention för patienter med instabil angina och statinbehandling av patienter med manifest kranskärlssjukdom är av bevisad nytta och bör prioriteras framför klopidogrel.

5. PRIORITERING I PRAKTIKEN

I detta kapitel redovisas sammanfattningar av de föredrag som presenterade av konferensdeltagare med fokus på prioritering i praktiken.

5.1 Vad händer med remissen till ortopeden? En nationell enkätundersökning om remissprioritering.
Sofia Löfvendahl, Staffan Hellberg och Marianne Hanning.

I syfte att uppmärksamma remissprioritering och dess betydelse för väntetiderna till ortopedisk specialistmottagning vid sjukhus har Landstingsförbundet i samarbete med Vrinnevisjukhuset i Norrköping genomfört en enkätstudie. Resultatet av denna presenterades utav Sofia Löfvendahl, Landstingsförbundet, Staffan Hellberg från Ortopedkliniken, Vrinnevisjukhuset i Norrköping och Marianne Hanning från Landstingsförbundet.

En stor del av samarbetet mellan olika vårdgivare och vårdnivåer sker med hjälp av remissen som arbetsinstrument och informationsbärare. Remissen är således viktig för planering och styrning av såväl den enskilde patientens vårdförlopp som de involverade enheternas verksamhet. För väntetider, patientgenomströmning och vården kvalitet är en god administration och effektiva rutiner för hantering av remisser av stor vikt.

En enkät med 15 typfallsremisser, formulerade att täcka in flertalet ortopediska typpatienter, skickades ut till remissgranskare vid landets ortopediska kliniker. Granskaren ombads i enkäten att bedöma varje simulerad remiss som om den vore en verklig remiss och därefter välja att av åtta prioriteringsalternativ. Prioriteringen gällde inom vilken tid patienten skulle tas emot vid ett första mottagningsbesök.

Författarna konstaterar att för en majoritet av typfallsremisserna skiljer sig prioriteringsbedömningarna åt mellan remissgranskarna. För fall av akut karaktär var överensstämmelsen god, medan den var sämre för fall med lägre priority. Effekten av det senare blir att väntetiden till mottagning varierar, trots att vårdbehovet är detsamma. Vidare visar resultatet att enheter med längre väntetider gav patienterna lägre prioritet och returnerade fler remisser jämfört med enheter med korta väntetider.

Författarna menar att studiens resultat tydliggör behovet av nationella riktlinjer för prioritering av de vanligaste ortopediska diagnoserna, samt att remissen som kommunikationsinstrument behöver utvecklas.
5.2 Prioriteringar i primärvården.
Kjell Sundin.


Det stora hindret för en konkret prioritering i primärvården där vi lyfter fram de svårare kroniskt sjuka, enligt Kjell Sundin, är att vi även hanterar den stora gruppen ännu inte prioriterade som behöver en medicinsk bedömning. I och med att det är många som upplever besvär och oro för sin hälsa blir kvarvarande mottagningstider få för den äldre befolkningen med kroniska besvär.

Mellan oktober och november 2000 gjordes en prioritieringsmätning på vårdcentralen för att få svar på frågor kring första-bedömning, fördelning av mottagningstidsåtgång för de olika prioritieringsgrupperna och om patienter kommit på rätt vårdnivå. Vårdscentralen Sundet tagit fram följande underlag för prioriteringar;

- Sammanställning av fyra olika prioritieringsgrupper.
- Prioriteringsordning – prioritering av patienter.
- Handlingsplaner vid resursbrist.

Enligt Kjell Sundin har ovanstående hjälpmedel förvandlat kaos till struktur. Principer för hur prioritering bör gå till har successivt vuxit fram fram, en större tyngt kring motiveringen kring prioritering samt att personalen har en mer gemensam syn på dessa frågor.

5.3 Prioriteringsprocessen vid Backens vårdcentral i Umeå.
Gunnar Åström

avseende prioriteringsnivå. I uppgiften ingick också att skriva ned de problem eller möjligheter som deltagarna under tiden blev varse om. Vid den efterföljande diskussionen upplevde flera av de deltagande att övningen bara utgjorde ett första litet steg i prioriteringsarbetet vid vårdcentralen.


Enligt Gunnar Åström behöver varje vårdinrättning själv arbeta fram sin egen policy för prioriteringar. Ett policydokument utarbetat av andra får knappast genomslagsskraft på den egna arbetsplatsen. Framför allt behöver tid avsättas för eftertanke och diskussioner för det svåra momentet att prioritera ned.

Mer information finns i PM 2001-02-19 – Policy för prioriteringar vid Backens vårdcentral, Umeå.

5.4 Prioritering ur patientperspektiv – erfarenheter baserade på tematisk tillsyn av vårdkedjan för cancersjuka i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion.
Irja Carlström och Dan Andersson

Irja Carlström och Dan Andersson vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenheten i Örebro redovisade slutsatser beträffande prioriteringar i vårdkedjan för cancersjuka, från ett projekt som granskade vård som erbjuds cancersjuka med vissa diagnoser i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion.

Personer med misstänkt eller verifierad cancerdiagnos uppfattas vara en prioriterad grupp i sjukvården och har i regel god tillgänglighet till vård. Det är framförallt i inledningen av vårdkedjan som prioriteringen är tydligast. Den som kontaktar sjukvården med symptom som kan vara tecken på cancer eller den som ger uttryck för stark oro bereds i regel tid för besök inom de närmaste dagarna, patienten remitteras snabbt vidare för utredning, besked om diagnos och tidpunkt för första behandlingsåtgärd meddelas relativt snabbt, i de flesta fall ges tillfredsställande information om diagnos och behandling. Informationen före en planerad operation uppfattas i regel tillräckligt utförlig.

I det fortsatta vårdförloppet är patienterna inte lika prioriterade. Informationen efter en operation kan brista, den fysiska vårdmiljön försvårar att få lugn och ro,
personalen upplevs som stressad, informationen inför hemgång är bristfällig och allt för optimistisk, patienten tvingas hem utan att vara mogen för det och planerade återbesök uteblir.

Vidare konstaterades att de patienter som får tillgång till en speciell resursperson efter hemgång känner sig välinformerade, trygga och är nöjda med vården. Om cancersjuka patienter skall behålla sin position som prioriterad grupp genom hela vårdkedjan behövs förbättringar av information och uppföljning. Speciellt gäller detta de som efter utskrivning bedöms vara ”kanske botade”.

Patienter som drabbas av obotlig cancer blir i regel väl omhändertagna i livets slutskede genom erbjudanden om vård i hemmet (palliativa team, sjukvårdsteam, lasaretsanknuten hemsjukvård), erbjudande om plats inom hospis där sådana finns, behandling i palliativt syfte för god symptomkontroll samt att anhöriga ges stöd under vårdtiden och kontaktas efter dödsfallet.

5.5 Systematiska granskningar – ett exempel på hur dialogmetoden kan användas.
Susanne Waldau

I Västerbotten läns landsting har sedan 1996 tillämpats en form för utredning som kallats ”systematisk granskning”. Arbetet och formen har flera syften:

- att öka det demokratiska inflytandet över hälso- och sjukvården.
- att öka kunskapen om vårdbehov, resursanvändning och vårdens effekter på folkhälsan.
- att skapa bättre förutsättningar för politiska prioriteringsbeslut och för att de genomförs.
- att bidra till att nå enhetliga grunder för kliniska prioriteringar.
- att ge bättre förutsättningar för patientinflytande.

Arbetet har i allmänhet skett i en tvärfacklig arbetsgrupp med en ordförande med hög legitimitet i verksamheten och en tjänsteman från Hälsoenheten som sekreterare. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har stått för övergripande politisk ledning och arbetet har bedrivits i samspel med en politisk referensgrupp, av ledamöter ur dessa nämnder, samt referensgrupper av brukare eller någon form av brukarinflytande.

Susanne Waldau, verksam vid Hälsoenheten, Västerbottens läns landsting berättade vidare att sex granskningar hittills har genomförts; hjärt-kärlsjukdom, diabetes, depressioner, demens, psykisk ohälsa bland barn och ungdomar samt

Förutom en viktig kunskapsprocess har resultatet blivit omfattande dokument, sinsemellan olika till innehållet. Gemensamma punkter är kartläggning av vårdbehoven, bedömning av dagens verksamhet i förhållande till vårdbehoven samt förslag på förbättringar. Förslagen har därefter arbetats in i överenskommelserna mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och verksamheten, och det nödvändiga förändringsarbetet har kunnat motiveras av de nyckelpersoner som deltagit i granskningen. Dokumenten har fått stor spridning och har använts vid konferenser, utbildningar etc., vilket gett arbetsformen ett mervärde. Detta arbete är komplicerat och tidskrävande, men ger stort utbyte och bidrar till att öka genomslaget för politiskt initierade förändringar som kan motiveras med sakargument.

5.6 Journalistik – också en fråga om att välja...

Pia Brandelius

Vad är syftet med journalistik? Så inledde journalisten Pia Brandelius, verksam vid Sveriges Television, sitt föredrag kring kopplingen mellan de prioriteringar som görs i vården och det sätt som dessa skildras på i massmedia. Hon menade att medias främsta uppgift är att granska makten och främst då den officiella "makten" och att i denna granskning alltid stå på den "lilla människans" sida, det vill säga att företräda allmänheten.

Journalistik handlar också om nyhetsbevakning. En förändring är en nyhet, det vill säga det som avviker från det normala. I bevakningen av vården innebär detta att det är undantagen, det icke-fungerande, som lyfts fram då man i Sverige, enligt Pia Brandelius, normalt anser att vården fungerar bra. "Yttrandefrihet och pluralism, där flera sanningar belyses är viktiga värden inom journalistiken".

I den efterföljande diskussionen togs frågan upp om massmedias ansvar att inte undergräva förtroendet för vården. Pia Brandelius menade dock att inom journalistvärlden finns allmänt en förundran över att landstingen själva inte använder mer av de egna resurserna för att sprida ”den goda bilden” av vården till medborgarna. Hon pekade också på vikten av att man som politiker, då
brister uppmärksammas i pressen inte självklart genast behöver åtgärda dessa. “Vi behöver politikers mod att förklara istället för att alltid ställa till rätta”. Genom en kontinuerlig kontakt mellan pressen och sjukvården kan grunder läggas för en förtroendefull kontakt med respekt för varandras uppgifter, avslutade Pia Brandelius.

**5.7 Prioriteringar i praktiken – exempel från förlossningsvården.**
*Ingela Wiklund*

Ingela Wiklund, barnmorska från Danderyds sjukhus beskrev i sitt föredrag förlossningsvårdens situationen i Stockholms läns landsting. Brist på platser inom förlossningsvården gör att kvinnor, då det är dags att föda kan hänvisas vidare till andra sjukhus även utom länet. För att komma åt situationen har man på olika sätt försökt göra effektiviseringar genom samordningar i organisationen, det vill säga inom landstinget och i själva omhändertagandet av patienter. Bland annat finns platssituationen för de olika förlossningsavdelningarna utlagda på Internet, för att skapa bättre överblick.

Vad gäller den kliniska prioriteringen har kvinnor med komplikationer under graviditeten och förlossningsrädsla företräde till plats. Här diskuterades var den politiska prioriteringen kommer in, vilka behov ska gå före andras? Ingela Wiklund menade att de medicinska programmen som finns i landstinget mer har formen av vårdprogram och inte ger direkt vägledning i den här frågan. En annan diskussion handlande om konsekvenser av politiska beslut som påverkar prioriteringar. Till exempel handlar det enligt Ingela Wiklund om beslutet om valfrihet. Innebär denna typ av politiska beslut att vi måste acceptera en överkapacitet för att kunna garantera valfrihet?

**5.8 Prioritering av läkemedel – exemplet coxiber.**
*Bengt Curman*

Prioriteringen vid läkemedelsföreskrivningen sker när doktorn skriver ut sitt recept. Läkemedelskommittéerna har kommit till för att påverka den processen menade Bengt Curman, från läkemedelskommittén vid Örebro läns landsting. En rationell föreskrivning hindras av en rad faktorer såsom doktorns brist på tid och kunskap, påverkan av föreskrivare där avsikten är en annan än enbart rationaliteten, det gäller i första hand läkemedelsindustrin men även massmedier och patienter påverkar.
I slutet av 1999 introducerades en grupp nya smärtstillande och inflammationsdämpande medel, coxiberna. De är en utveckling av ”NSAID”, smärtstillande medel som funnits länge och där vanliga bivärkningar är magsår, magblödning m.m. Coxiber sägs kunna minska risken för sådana bivärkningar men till en högre kostnad. Den faktiska prioritering som svenska läkare gjort innebär att kostnaden för hela denna grupp läkemedel ökade med en tredjedel eller omkring 120 miljoner kronor per år.

Läkemedelskommittéernas uppgift att värdera coxibernas nytta är svår, särskilt i förhållande till NSAID, enligt Bengt Curman. Initialt saknades tillförlitliga studier om medlens fördelar och som vanligt vid nya läkemedel är biverkningar och risker svårvärderade. Kommittén rekommenderade en restriktiv användning och effekten av kommitténs rekommendationer är enkelt avläsbart i Apotekets försäljningsstatistik.

5.9 Ett brukarperspektiv på prioriteringar.
Lena Öhrsvik

Lena Öhrsvik, förbundsordförande vid Reumatikerförbundet förklarade att de senaste årens genombrott inom den reumatologiska forskningen inneburit en revolution för reumatikervården. För första gången finns nu möjligheter att med framgång behandla svåra reumatiska sjukdomar som ledgångsreumatism (RA) och morbus Bechterew (ryggreumatisk sjukdom). En helt ny generation läkemedel, de så kallade TNF-alfa-hämmarna, har visat sig ge mycket god effekt. Många har på grund av dessa kunnat vara kvar eller återgå i arbetslivet efter långa sjukskrivningar.

Samhället har inte råd att avstå från den vinst som en sådan effektiv behandling innebär, både i form av ökad livskvalitet som ekonomiskt, menade Öhrsvik. De nya läkemedlen är mycket dyra och kostar cirka tjugo gånger mer än de traditionella antireumatiska läkemedlen. Idag har den reumatologiska öppenvården inte tillräckliga resurser för att möta de krav som de nya behandlingsmetoderna ställer. Detta medför att det bara är fem procent av RA-patienterna som får tillgång till de nya behandlingsmetoderna.

Bristen på medvetna prioriteringar leder också till att den behandling som erbjuds reumatiker ofta avgörs av var i landet man bor, menade Lena Öhrsvik. Återkommande behandlingar är väsentligt för reumatiker, eftersom sjukdomen ofta går i skov.
- I våra egna undersökningar ser vi skrämmande uppgifter på att endast hälften av RA-patienterna har möjlighet att till exempel träna regelbundet i
varmvattenbassäng och knappast var tredje får sjukgymnastik, förklarade Öhrsvik.

De samhällsekonomiska konsekvenserna av reumatiska sjukdomar illustrerar på ett tydligt sätt den obalans som bristen på medvetna prioriteringar orsakar. En studie från Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT) vid Linköpings universitet visar att de reumatiska sjukdomarna kostar samhället 27 miljarder kronor om året. Bara en femtedel används till vård, rehabilitering och läkemedel och 80 procent är indirekta kostnader, som beror på att människor är för sjuka för att kunna arbeta. Detta kan tolkas som att de behandlingsmetoder som erbjuds inte är tillräckligt effektiva eller inte används i tillräcklig omfattning.

- Vi kan ge stöd om vi får vara delaktiga i processen och om vi blir välinformerade. Min förhoppning är att sjukvårdsledningen ger utrymme för ett brukarspektiv i det omfattande utvecklingsarbete som krävs för att prioritera resurser inom hälso- och sjukvården på ett mer rationellt sätt, fortsatte Lena Öhrsvik. Nu handlar det om att fördela resurserna på ett klokt och medvetet sätt, så att de högst prioriterade grupperna får den vård de behöver.

*Mer information finns i CMT-rapporten 1999:05 ”Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar”, av Dick Jonsson och Magnus Husberg, Linköpings universitet.*

5.10 Åtgärdsprioriteringar inom arbetsterapi.
Ole Gyllun

Hälso- och sjukvårdslagen framhåller att livshotande sjukdomstillstånd bryter all turordning och att akuta och kroniska sjukdomstillstånd kan variera i svårighetsgrad samt vårdbehov. Lagen talar om att alla människor har lika värde och rätt till vård och att resurserna bör satsas där behoven är störst med rimlighet i relationen mellan kostnad och effekt.

Gävleborgs läns landsting framtagna prioriteringslista poängterar att det är viktigt med dokumenterade nyttoeffekter på alla nivåer. Ole Gyllun, leg.
arbetsterapeut redogjorde för den åtgärdsprioritering som finns inom arbetsterapin i Gävleborgs läns landsting.

Patienter till arbetsterapin kan delas in i två grupper, där den ena kallas för R-gruppen och den andra för P-gruppen. Grupp R är patienter som har en skada, botbar sjukdom eller livslång sjukdom, vilka är i behov av rehabilitering. Grupp P är patienter som har en obotlig sjukdom och vilka är i behov av palliativ vård.

När arbetsterapin får en remiss ska det normalt inte finnas någon väntelista alls, oavsett diagnos. Därefter tas en kontakt med patienten direkt även om det bara är för att per telefon avtala en tid, enligt Ole Gyllun. När arbetsterapin tar emot patienter har det redan gjorts en prioriteringsklassificering och efter inledningen i grupp delas behandlingstiden in i faser från 1-3 (se nedan). En patient kan vara i flera faser samtidigt om det skulle finnas behov för ett mer avancerat hjälpmedel som kräver insatts av t ex fas 1, men allmäntillståndet är enligt fas 3.

Genom att låta samtliga patienter, enligt Ole Gyllun, oavsett vilken grupp de tillhör, följa samma behandlingsmönster, i olika lång tid *anpassat efter behovet* (behovs- och solidaritetsprincipen) kan man säkra *lika vård* (människovärdesprincipen) till *rätt kostnad med maximal effekt* (kostnads-effektivitetsprincipen) i det individuella fallet.

Definitioner av de olika faserna är;
Fas 1 – prioritet 2 och/eller 3 (stora dokumenterade nyttoeffekter).
Fas 2 – prioritet 3 och/eller 4 (mindre dokumenterade nyttoeffekter).
Fas 3 – prioritet 4 och/eller 5 (marginella dokumenterade nyttoeffekter).

**R-gruppen**

**Fas 1**

**Fas 2**
Introduktion i patientansvar för träning men fortfarande vägledd av arbetsterapeut. En grund för nuvarande och senare rimlig livskvalitet skapas.
Patienten tar över ansvaret för träningen och får stöd genom nödvändiga hjälpmedel och individuella träningsprogram. Utskrivning av patienten.

**P-gruppen**

Fas 3  Arbetsterapeutisk bedömning av behov och status. Patienten får stöd genom att förbereda hjälpmedelsbehovet i ett senare skede av sjukdomsförloppet och får förebyggande hjälpmedel, men har eget ansvar för sin livskvalitet och träning. Jag-stärkande terapi inom gränser för palliativ vård.

Fas 2  Patientens behov av träning tillgodoses för att autonomi och rimlig livskvalitet kan säkras. Uppmuntran och stöd i att, för individen, finna väl anpassade coping-främjande aktiviteter. Palliativ vård.

Fas 1  Hjälpmedelsåtgärder och stöd för den sjuka samt närstående efter det aktuella behov som finns och efter det förtroende som både patienten och närstående har till den individuella personalen. Vård i livets slutskede i hemmet eller på sjukvårdsinrättning.

5.11 Medborgaren i prioriteringsprocessen. *Peter Garpenby*

Det går att urskilja tre huvudsakliga syften med en utökad konsultation av allmänheten i anslutning till prioriteringsprocessen, menade Peter Garpenby, vid PrioriteringsCentrum. I det första fallet är syftet med konsultationen att nå fram till ett konkret resultat som speglar befolkningens värderingar. I det andra fallet att ge prioriteringsprocessen legitimitet, det vill säga att flertalet medborgare ska uppfatta processen som ”rimlig” och ”rättvis”. I det tredje fallet att få till stånd en demokratisk process som engagerar medborgarna medan det är mindre viktigt att den leder till ett konkret resultat på kort sikt.

Peter Garpenby redogjorde för några viktiga principiella skillnader mellan de olika metoder som står till buds för att involvera allmänheten. För det första om allmänhetens medverkan sker avskilt från andra parters deltagande (till exempel politiker, experter med flera) eller om man integrerar deltagandet, d.v.s. sammanför allmänheten med andra parter i gemensamma forum. För det andra om man eftersträvar en viss grad av representativitet (för befolkningen i stort) eller om det sker en medveten selektion (till exempel enbart personer med vissa
Praktiska försök i Storbritannien med fördjupat deltagande för allmänheten i prioriteringsprocessen tyder på att deltagarnas attityder i sakfrågor liksom tilltron till den egna förmågan att komma fram till en ståndpunkt kan förändras över tiden. Vissa frågeställningar kräver mer tid för att deltagarna ska kunna ta ställning till olika alternativ (de är helt enkelt inte vana att tolka frågor om t.ex. hälso- och sjukvård i abstrakta termer). Det gäller särskilt i situationer där deltagarna uppmanas att ta ställning till val mellan kliniska metoder. I frågor som gäller övergripande principer för hälso- och sjukvården (till exempel vad medborgarna förväntar sig av en offentlig finansierad sjukvård) tycks däremot deltagarna ha lättare att uttrycka sin uppfattning.


*Mer information finns i PrioriteringsCentrums rapport 2001:1 ”Medborgaren i prioriteringsprocessen” av Peter Garpenby.*