

PrioriteringsCentrum
Nationellt kunskapscentrum för
vård och omsorg

e.lio.se/prioriteringscentrum

Lagstiftningar

- 1992 Regeringen tillsatte utredningen om prioriteringar
- 1993 Vårdens svåra val (delrapport – etik)
- 1995 Vårdens svåra val (slutbetänkande)
- 1996 Riksdagsbeslut (1996/97:60) - riktlinjer för prioriteringar
- 1997 Tillägg i HSL (2§) - behovsprincipen



Vad säger hälso- och sjukvårdslagen om prioriteringar?

❑ **Människovärdesprincipen (2§)**

alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Det är alltså inte förenligt med den etiska principen att låta människor stå tillbaka enbart på grund av t.ex. ålder, livsstil, sociala eller ekonomiska förhållanden.

❑ **Behovs- och solidaritetsprincipen (tillägg 2§)**

resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst. De som är ansvariga för hälso- och sjukvården har ett alldeles särskilt ansvar för att beakta behoven hos de med nedsatt autonomi som t.ex. de dementa, de med språkhandikapp och psykiskt sjuka.

❑ **Kostnadseffektivitetsprincipen (28§)**

innebär att hälso- och sjukvården har ett ansvar för att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt utan att hög patientsäkerhet och god kvalitet åsidosätts. Denna princip är underordnad de båda andra etiska principerna.



Riksdagens riktlinjer för prioriteringar

- Öppna prioriteringar – demokratiskt förankrade
- En etisk plattform
- Bedömningsrätt
- Livskvalitet = bota/lindra
- Högt prioriterade – högre behovstäckning
- Mallar/listor gäller på gruppnivå
- Bevakning av nedsatt autonomi
- Vårdåtgärder utan nytta – inga prioriteringsalternativ
- Egenvård – prövas som prioriteringsalternativ



Vad säger hälso- och sjukvårdslagen om prioriteringar?

Alla patienter har rätt till en bedömning om
det inte är uppenbart obehövt

Hälso- och sjukvårdslagen (§ 2a)



Vem har då ansvar för prioriteringar?

- Riksdag / regering har ansvar för lagar och Nationella handlingsplaner samt att prioriteringsriktlinjer utvecklas så att de blir möjliga att omsätta i praktiskt prioriteringsarbete
- Sjukvårdshuvudmännen (politiker i landsting o kommuner) har huvudansvar för att prioriteringsarbete bedrivs i deras verksamheter så att Hälso- och sjukvårdslagen efterlevs
- **Alla som arbetar i vården har ansvar att följa de etiska riktlinjer i Hälso- och sjukvårdslagen som ska styra prioriteringar**
- Socialstyrelsen har tillsynsfunktion över riksdagsbeslutet om prioriteringar
 - Nationella riktlinjer (beslutsstöd för prioriteringar)
- Yrkesförbund /fack.förbund – ansvarar för metodstöd generellt
- PrioriteringsCentrum – nationellt kunskapscentrum



Att effektivisera vården innebär

- att förändra arbetet så att vårdbehov oförändrat kan tillgodoses trots minskade resurser
- att förändra arbetet så att fler vårdbehov kan tillgodoses trots oförändrade resurser



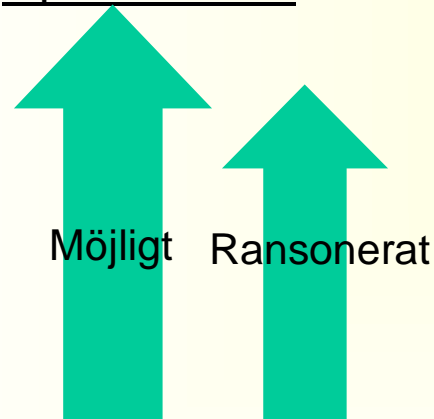
Att prioritera innebär att

- **Medvetet** göra ett val mellan minst två, relevanta alternativ
- så att en **rangordning** uppstår



Att ransonera vård

• Optimal hälsa



- Innebär att medvetet inte åtgärda ett behov optimalt
- Optimalt åtgärdat behov = bästa möjliga hälsa utifrån rådande kunskapsläge om;
 - rimlig tid
 - rimlig kvalitet



Olika typer av ransonering

- Målransonering att t ex sänka målet från att kunna ha en meningsfull fritid till att endast klara personlig vård
- Tidsransonering köer, kortare besökstider
- Utspädning glesare återbesök, sämre protestyper, billigare läkemedel med sämre effekt/ fler biverkningar
- Indikationsändring sjukare innan behovet åtgärdas
- Bortval att inte alls åtgärda



Angående öppenheten i prioriteringar

Principerna för prioriteringarna och de bakomliggande skälen måste i enlighet med propositionen redovisas öppet”

1996/97SoU14

et långsiktiga målet är att frågan om prioriteringar integreras i sjukvårdshuvudmännens planeringsarbete på alla nivåer med medvetna och öppet redovisade prioriteringar som följd”

Riksdagens Nationella handlingsplan



Öppen prioritering innebär att

- Prioriteringarna är resultatet av medvetna, kända val
där
- Grunderna/ principerna är kända
- Konsekvenserna är kända
och
- Tillgängliga för alla som önskar ta del av dem

**Per-Erik Liss, rapport 2002:3, PrioriteringsCentrum
”Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en
begreppsanalys”**



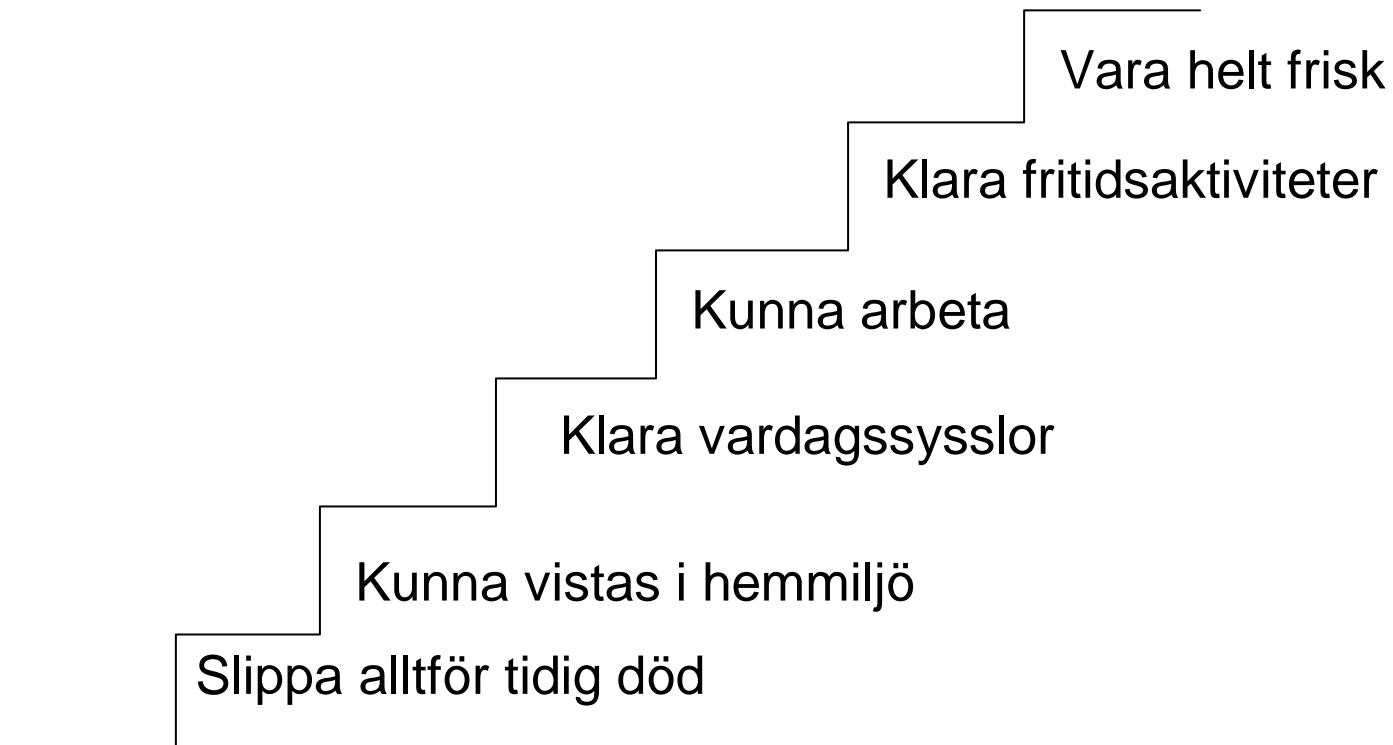
Störst behov först eller ?

- Det som bedöms som ett viktigt behov av en yrkesgrupp ses som mindre viktigt av andra – läkarens behovsbedömning råder?
- Det jag kan och vill = störst behov?
- Starka röster hos patient eller företrädare?
- Politiskt prioriterade grupper ofta kända?
- Låg acceptans för politiskt styrd organisation?
- Politiska uppföljningssystem styr mot kvantifierbara patientval?
- Oklarhet om tolkning av lagar?
- Den som bor närmast och ryms?
- Så här gör vi här?
- Prestigefyllda verksamhets- och FOU-områden?



Behovstrappa

- Var ska vårdens mål vara? -



Fritt efter Erling Karlsson, "Modell för kunskapsbaserad prioritering och resursfördelning", 1999, Landstinget i Östergötland

Nationell modell för vertikal prioriteringar

- Definiera vilket område som prioriteringar ska göras inom (vårdcentral, landsting etc)
- Identifiera prioriteringsobjekt
- Värdera svårighetsgrad, nytta och kostnad samt grunderna för dessa ställningstagande
- Väg samman dessa aspekter till en prioriteringsordning

Modellen är framtagen av utifrån erfarenheter av

- PrioriteringsCentrum
- Socialstyrelsen
- Svensk sjuksköterskeförening
- Svenska Läkaresällskapet
- Vårdförbundet
- Förbundet för Sveriges Arbetsterapeuter
- Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund
- Landstinget i Östergötland, Stockholms läns landsting, Västra Götaland o Södra sjukvårdsregionen



Vad är föremål för prioriteringen?

- prioriteringsobjekt -

- Kombination av hälsotillstånd/hälsorisk och åtgärd
 - Misstänk lunginflammation och läkarbesök
 - Ökad hälsorisk och influensavaccinering
 - Svårigheter med personlig vård vid MS och hjälpmedelsutprovning
 - Klarar inte av att äta självständigt och matning
- Sammanhang styr detaljeringsgrad
- Typfall, stor volym och/eller kontroversiell vård



Sammanvägning av fakta och rangordning

- 10 nivåer föreslås
- Icke-göra-lista (ej göras alls/rutinmässigt)
- FoU-lista (ovisst kunskapsläge)
- Kvalitativ sammanvägning
- För närvarande inte möjligt med absoluta kriterier som avgör rangordningsnivå (mycket svår?)



Aspekter att väga in vid vertikal prioritering

Människovärdesprincipen (Nedsatt autonomi)		
Behovs och solidaritetsprincipen		Kostnadseffektivitetsprincipen
Hälsotillstånd (svårighetsgrad)	Patientnytta (effekt av insats)	Kostnadseffektivitet
<p>*Aktuellt hälsotillstånd</p> <ul style="list-style-type: none"> - lidande - funktionsförmåga - livskvalitet <p>*Risk för</p> <ul style="list-style-type: none"> - förtida död - invaliditet/fortsatt lidande - försämrad livskvalitet 	<p>*Effekt på aktuellt hälsotillstånd</p> <ul style="list-style-type: none"> - lidande - funktionsförmåga - livskvalitet <p>*Effekt på risk</p> <ul style="list-style-type: none"> - förtida död - invaliditet/fortsatt lidande - försämrad livskvalitet <p>*Risk för biverkningar och allvarliga komplikationer av åtgärden</p>	<p>*Direkta kostnader</p> <p>*Indirekta kostnader</p> <p>I förhållande till patientnyttan</p>
FAKTA, VETENSKAPLIG EVIDENS OCH KLINISK ERFARENHET		

