

Prioriteringsprocessen

– exempel på övergripande strategier

Peter Garpenby

Artikeln behandlar några av de "strategier" för prioritering av hälso- och sjukvård som diskuteras i internationell litteratur. En skiljelinje går mellan förespråkarna av i huvudsak "dold" prioritering där de berörda (allmänhet och patienter) endast har möjlighet att utkräva ansvar i efterhand (ex post), och sådana strategier som syftar till att i ett tidigt skede (ex ante) säkra allmänhetens acceptans, antingen genom en bred samhällsdebatt om grundläggande principer eller genom en process som har förutsättningar att säkra legitimitet.

Peter Garpenby är docent vid Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet och projektledare vid Nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vård och omsorg (PrioriteringsCentrum) i Linköping.

Kontakt: Peter Garpenby, CMT/IHS, Linköpings universitet, 581 83 Linköping. E-post: peter.garpenby@ihs.liu.se

Inledning

Bakgrund

Den moderna hälso- och sjukvården drivs huvudsakligen framåt av den biomedicinska forskningen. Det skapar både möjligheter och problem. Tack vare den teknologiska revolutionen kan vi förstå och ingripa i framför allt kroppsliga problem, vilket väckt stora förhoppningar i befolkningen. Men resurserna växer inte alls i samma utsträckning.

Därför måste någon instans prioritera, det vill säga besluta om hur vårdens resurser ska fördelas.

Fördelningen av resurser till vården sker genom en serie beslut på olika nivåer, där vissa leder till prioritering, andra till ransonering. Prioritering innebär en rangordning av alternativ efter medvetet valda kriterier,

medan ransonering innebär att avstå från att åtgärda ett vårdbehov optimalt (Liss 2002). Det betyder att ett beslut om prioritering kan leda till ransonering (oftast tidsransonering, d.v.s. patienten får vänta innan ett vårdbehov blir åtgärdat).

Prioriteringsprocessen

Prioriteringsprocessen är enligt Liss (2002, s.11) en kombination av olika val och beslut, som syftar till att rangordna alternativ. Alternativen kan t.ex. vara sjukdomsgrupper och behandlingsformer. Alternativen rangordnas utifrån ett kriterium, som till exempel kan vara vårdbehov eller kostnadseffektivitet. Flera kriterier kan blandas, vilket försvårar förståelsen av processen. Processen består

dock alltid av val och beslut där någon väljer (a) deltagare i processen (b) de alternativ som ska beaktas, (c) det kriterium eller de kriterier som ska användas (d) den information som ska ligga till grund för beslut och (d) den beslutsordning som ska tillämpas.

Artikeln behandlar några av de "strategier" för prioritering av hälso- och sjukvård som diskuteras i internationell litteratur. Författarens urval illustrerar olika uppfattningar om var tyngdpunkten i prioriteringsprocessen bör ligga och hur man kan angripa problemet på en övergripande nivå. Beskrivningen syftar också till att klargöra vilka inslag i varje strategi som kan respektive inte kan kombineras med andra strategier.¹

Strategier för prioritering

Här presenteras sex strategier för utformning av en prioriteringsprocess. Två av dem är kombinationer av andra eller med inslag från andra.²

"Att fyndigt hanka sig fram" (muddling through elegantly)

Enligt denna strategi bör hälso- och sjukvården ha utrymme för att flexibelt anpassa sig till individernas olika vårdbehov och personalen ska ha en betydande frihet att besluta om resursernas fördelning. De främsta förespråkarna för en sådan uppfattning är den brittiske hälso- sjukvårdsforskaren David J. Hunter och hans amerikanska kollega David Mechanic.

Författarna motsätter sig att politiska och administrativa beslut bakbinder vårdpersonalens möjligheter till lokal anpassning. Mechanic (1997) anger fem skäl till en sådan inställning:

- En fastlagd standard är svår att förändra. Det är olämpligt i den dynamiska hälso- och sjukvården, där nya teknologier snabbt måste kunna anpassas till enskilda patienter.

- Kärnan i hälso- och sjukvården är det personliga mötet mellan patient och läkare. Det sker i förtroende och i en atmosfär av "upptäckt" och "förhandling" om den bästa lösningen i det enskilda fallet.

- Alla patienter har högst skiftande behov och preferenser, beroende på till exempel ålder, kön, sociodemografiska förhållanden och tidigare erfarenheter av sjukdom.

- Hälso- och sjukvården måste flexibelt anpassas till individers livsbetingelser.

- När beslut stadfästs på papper blir konflikten mellan olika behov synlig vilket kan skada (destabilisera) hälso- och sjukvårdssystemet och leda till misstankar om politisk manipulering.

Hunter och Mechanic förespråkar alltså att flertalet beslut om resursfördelning sker utan offentlig insyn och debatt. De avvisar ett nationellt regelverk som lägger fast principer för prioriteringar (det finns dock vissa skillnader mellan författarna i det avseendet). Hunter och Mechanic efterlyser ett ansvarsfullt kliniskt beslutsfattande där patientnyttan vägs mot kostnader. En sådan prioritering kan dock inte ske helt och hållet utan insyn, menar de. Konsekvenserna av ett kliniskt beslutsfattande som innebär prioritering på individnivå måste kunna diskuteras, dels mellan de verksamma i vården (peer review) och dels vid extern revision (outside audit).

Eftersom prioritering innebär känsliga beslut för individen ska det finnas utrymme för patienten att få sina rättigheter prövade. Hunter (1997, s.139) tänker sig regler för en "rättvis och konsistent" handläggning av patientärenden. Sådana regler kan till exempel föreskriva att sjukvårdens företrädare ska utveckla dialogen med patienten och kunna motivera beslut om de ifrågasätts. I detta fall kan demokratiskt utsedda församlingar garantera "proceduriell rättvisa".

"Rationellt beslutsfattande" (rational decision-making)

En rationell beslutsfattare söker den optimala lösningen inom ramen för tillgängliga resurser. Kunskaper om alternativa handlingslinjer och om resultatet av genomförda beslut (outcome) spelar en viktig roll. Informationen ska vara av högsta möjliga kvalitet, helst vetenskapligt framtagen. Beslutsfattare ska enbart påverkas av tillgänglig information, inte av intressegrupper och särintressen. En förespråkare av den "rationella strategin" i anslutning till fördelning av resurser inom hälso- och sjukvård är den brittiska hälso-ekonomen Alan Williams (2000).

Hälso- och sjukvårdens mål kan dock fastställas först efter en allmän debatt. Målen kan till exempel vara "förbättrad hälsa för befolkningen" och/eller "att reducera ojämlikhet i hälsa". Det viktiga är att målen är så entydiga att de kan uppfattas av beslutsfattare på alla nivåer.

Allmänheten kan leverera underlag exempelvis i form av data från epidemiologiska studier eller data över vårdkonsumtion, men också mer subjektiva data som uttrycker livskvalitet. Att stärka kunskapsbasen är således fokus för den "rationella strategin". Tre typer av information lyfts fram som mest aktuell: epidemiologiska data, data om effekten av medicinska interventioner och data om kostnader och effekter på individens livskvalitet.

"Pluralistisk förhandling" (pluralistic bargaining)

I strategin "pluralistisk förhandling" finns inga givna principer eller beslutsregler för prioritering inom hälso- och sjukvård. Vetenskapssamhällets instrument duger inte. God information som beslutsunderlag är i och för sig bra, men det största problemet är svårigheten att hantera och tolka informa-

tion. Prioritering är att ta fram socialt acceptabla beslut. Den processen måste ständigt upprepas och kräver öppenhet, deltagande av många olika parter, förmåga att ställa argument mot varandra och att få besluten att framstå som "rimliga".

Den främsta förespråkaren för modellen är den brittiska sjukvårdspolitikforskaren Rudolf Klein (1993, 1998, 2000).

De argument som lett till dagens resursfördelning måste granskas, värderingar och etiska principer ventileras. Detta förhållningssätt ska omfatta alla nivåer: den politiska, den administrativa och den kliniska.

Modellens tillskyndare anser att evidens om effekter och kostnadseffektivitet endast i undantagsfall kan spela en avgörande roll (Klein 2000). I stället måste kunskaper om vilka beslut som fungerar i praktiken lyftas fram. Förmågan att lära i beslutsprocessen måste tränas upp. Klein anser att prioriteringsprocessen hittills dominerats för mycket av medicinska aktörer. Det är dock något oklart vilka andra intressen som ska representeras, vilken vikt som ska tillmätas olika åsikter och vilka kriterier som ska tillämpas vid beslut (Coast och Donovan 1996).

Förespråkarna för strategin har aldrig i detalj förklarat hur institutionerna ska omvandlas för att beslutsprocessen ska bli öppen och möjliggöra deltagande av olika parter. Men det är genomlysningen av argument och evidens i kombination med öppenhet som är kärnan.

"Samhällsdiskussion om värdegrund" (the community approach)

Den här strategin förordar en bred diskussion i samhället om den värdegrund som driver utvecklingen mot ständigt ökad hälso- och sjukvårdskonsumtion. Den amerikanske filosofen Daniel Callahan (1990), som lanserat strategin, menar att vår uppfattning om

hälso- och sjukvården präglas av värderingar som starkt kan ifrågasättas: individens fria val, hyllningen av medicinska framsteg, förnekandet av åldrandet och ambitionen att till varje pris utrota smärta och lidande. Dessa värderingar försvaras av representanter för professioner, patienter och forskarsamhälle. Callahan anser att man måste ta itu med grundläggande frågor som: "Vad är ett gott och meningsfullt liv?" och "Hur kan hälso- och sjukvården bidra till ett gott liv?" Han menar att det är viktigast att förändra värderingar på denna "kulturella" nivå. Det finns även andra nivåer, som handlar om "våra rättigheter till vård" och "vem som ska producera och finansiera vård" (entitlement level) och den nivå där vård mera specifikt produceras av olika yrkesgrupper (institutional level). Vi måste förändra vårt tänkande på alla nivåer, men börja med den viktigaste, den kulturella, hävdar Callahan.

Han tänker sig en öppen dialog i samhället i form av debatter, offentliga utfrågningar och utbildningsprogram. Alla viktiga intressenter bör delta: läkare, annan vårdpersonal, patienter, politiska beslutsfattare, hälso- och sjukvårdsadministratörer och allmänhet. Callahan tänker sig att politiska beslutsförsamlingar sedan lägger fast "allmänna riktlinjer", vilka förfinas i den administrativa processen för att slutligen utmytna i vad han benämner "kategoribaserade riktlinjer".

Callahan anser att kliniska beslutsfattare, främst läkare, ska ha ett visst handlingsutrymme, men han anser det är fel att bedriva prioritering och ransonering vid "sängkanten". Det ska visserligen finnas utrymme för läkaren att diskutera med patienten om en god vård inom givna gränser. Men gränserna ska vara så tydliga att läkaren inte behöver stå för beslut som egentligen hör hemma på den samhälleliga nivån. Läkarna ska tillämpa "kategoribaserade riktlinjer", vilket innebär

att den professionella friheten begränsas.

Ett annat tungt vägande skäl till att introducera "kategoribaserade riktlinjer" framför att ägna sig åt prioritering på klinisk nivå är att tillämpningen kan kontrolleras. Riktlinjer kan diskuteras öppet och de kan tillämpas utan att ovidkommande faktorer kommer in i bilden.

Vi måste, enligt Callahan, lämna individperspektivet. "Grupper av individer" är rätt nivå för prioritering och ålder är det kriterium han i första hand föreställer sig. Diskussionerna ska alltså handla om vad olika åldersgrupper behöver för att leva ett bra liv.

"Kombinerat beslutsfattande" (the model of health care requirements)

Den brittiska hälsoekonomen Joanna Coast (1996) ser den bästa lösningen i en kombination av "rationellt beslutsfattande" och "pluralistisk förhandling". Principen är att "rationellt beslutsfattande" ska användas inom de delar av sjukvården där det finns högkvalitativ information och "pluralistisk förhandling" i övriga delar. God information om behov, kostnader och nytta finns framför allt när det gäller att välja mellan alternativ inom sjukdomsgrupper och sjukdomsområden. Om uppgiften däremot är att välja mellan till exempel sjukdomsområden saknas vanligtvis information. Detsamma gäller för val på individnivån, där data som tar hänsyn till heterogenitet mellan individer ofta saknas. Coast (1996) föreslår således att ett rationellt beslutsfattande tillämpas vid prioritering inom sjukdomsgrupper och mellan behandlingar. Men även här krävs ett visst inslag av pluralistisk förhandling eftersom kunskapen om verksamhetens mål är ofullständig. På den nivå som innebär val mellan sjukdomsområden, liksom på individnivån, måste prioriteringar utgå från öppen debatt i en politisk process, menar hon.

En kombination ger en lämplig avvägning mellan jämlikhet (equity) och effektivitet (efficiency) anser Coast. Deras respektive roll fastställs genom konsensusmetod. Principen om "jämlikhet" innebär lika behandling för lika behov och underbyggs av kunskap om sjukdomar (prevalens och incidens) och kunskap om medicinska metoders effekter (effectiveness). Vad gäller principen om "effektivitet" avser Coast i detta fall "kostnadseffektivitet" (cost-effectiveness) där tillgänglig information om kostnader kombineras med nyttomått (utility). Uppfattningar från både patienter och allmänhet inhämtas med avseende på nytta och acceptans för olika behandlingsformer.

Coast menar att kombinationen av strategier uppmuntrar kunskapsutveckling. Genom att inkludera kunskapssökande blir metoden ett stöd för att genomföra prioriteringar längre fram i tiden. Fördelar med pluralistisk förhandling är att den kan tillämpas på alla nivåer genom förhandling mellan olika parter och att många metoder kan användas när det gäller att inhämta uppfattningar från lekmän.

Det rationella beslutsfattandet ska användas så långt möjligt inom områden där förändringar framstår som särskilt viktiga. Ett rationellt beslutsfattande baseras på konsensus om mål, litteraturgranskning och utveckling av kunskap (forskning).

"Nivåanpassat beslutsfattande" (explicit and implicit decision making)

Den här strategin, som diskuteras av britterna Chris Ham och Angela Coulter (2001), utgår från verkligheten i ett antal länder, bland annat Storbritannien och Israel. I Israel finns studier som indikerar att "öppen" prioritering på den nationella politiska nivån följs av "dold" prioritering på andra nivåer (Chinitz et al 1998). Ham och Coulter antar

att en sådan strategi ligger närmast till hands för demokratiskt styrda nationer. På nationell nivå blir det svårt att föra debatten om prioriteringar utan att det politiska systemet tenderar att inta en mycket generös attityd.

Debatten i media och aktioner av till exempel patientorganisationer gör att trycket på demokratiskt valda instanser ökar och gör det svårt att säga nej till att nya teknologier ska omfattas av offentlig finansiering. En öppen debatt med åtföljande beslut på nationell nivå resulterar dock i en mer "realistisk" beslutsprocess i det fördolda på lägre nivåer. Där tvingas man tillämpa hela arsenalen av "metoder" för att hålla tillbaka trycket på vårdkonsumtionen.

Är det här en självständig strategi för prioritering? Hur skiljer den sig i så fall från den linje som förespråkas av Hunter (1997) och Mechanic (1997)? I den senare strategin uppfattas "dold" prioritering som något positivt för alla inblandade parter, eftersom det skapar "stabilitet" i hälso- och sjukvården. I ett "nivåanpassat beslutsfattande" däremot utgår man från att politiker tvingas vara tydliga i frågor om vad som ska finansieras – en konsekvens av fokuseringen på mer "effektiv" sjukvård – medan den "dolda" processen inte ska uppfattas som ett positivt val, utan som en tvingande omständighet. Den öppenhet som tillämpas på en nivå fungerar som "skydd" för den dolda process som måste genomföras på andra nivåer.

Avslutande diskussion

De sex strategierna betonar olika delar av prioriteringsprocessen. I några fall betonas betydelsen av grundläggande värderingar och mål i ett tidigt skede ("värdegrund" och "rationell"), varefter processen övergår till att samla in vetenskapligt beslutsunderlag ("rationell"). I ett fall innebär strategin att former för en brett accepterad beslutspro-

cess ska utvecklas innan besluten tillkommer ("pluralistisk"). I något fall betonas vikten av en "rättvis process" i efterhand där individer kan få sina enskilda fall granskade, liksom att utfallet av prioriteringsprocessen kan bedömas i efterhand ("hanka sig fram"). Slutligen finner vi också en strategi där konsekvenserna av ett "öppet" beslutsfattande på en nivå leder till att nya beslut måste till på en annan nivå – men denna gång i dold form ("nivåanpassad").

Även om strategierna behandlar olika delar av prioriteringsprocessen kan de inte kombineras hur som helst. Några är så i grunden olika att de inte kan kombineras utan att fundamentet påverkas. Det förefaller omöjligt att kombinera den "pluralistiska strategin" med "strategin för samhällsdiskussion om värdegrund", eller med strategin för att "fyndigt hanka sig fram". "Samhällsdiskussion om värdegrund" innebär att vissa principer läggs fast på en övergripande samhällsnivå, varefter dessa operationaliseras utan vidare samhällsdebatt – konsekvenserna förutsätts kunna accepteras av medborgarna eftersom dessa har varit med i ett initialt skede och givits möjlighet att uttrycka sin mening. I den strategi som vi benämner "att fyndigt hanka sig fram" diskuteras framför allt utfallet av prioriteringarna öppet. Att kombinera dessa två strategier med en öppen och på alla nivåer genomförd genomlysning av det slag som ingår i den "pluralistiska strategin" går inte.

I några sammanhang har den "rationella" och den "pluralistiska" strategin framställts som motpoler. Det stämmer i viss mån. Betoningen av förhandling och politik i alla situationer för att hitta möjliga lösningar, framstår som helt främmande för anhängarna av ett "rationellt" synsätt som vill att endast information ska påverka besluten. Å andra sidan uppfattar förespråkarna av den

"pluralistiska strategin" föreställningen om entydiga mål och perfekt information som naiv eller orimlig. I den mån anhängare av dessa båda strategier är beredda att rucka en aning på sina ståndpunkter går det kanske att hitta en medelväg, likt den Coast (1996) förespråkar i sin "kombinationsstrategi".

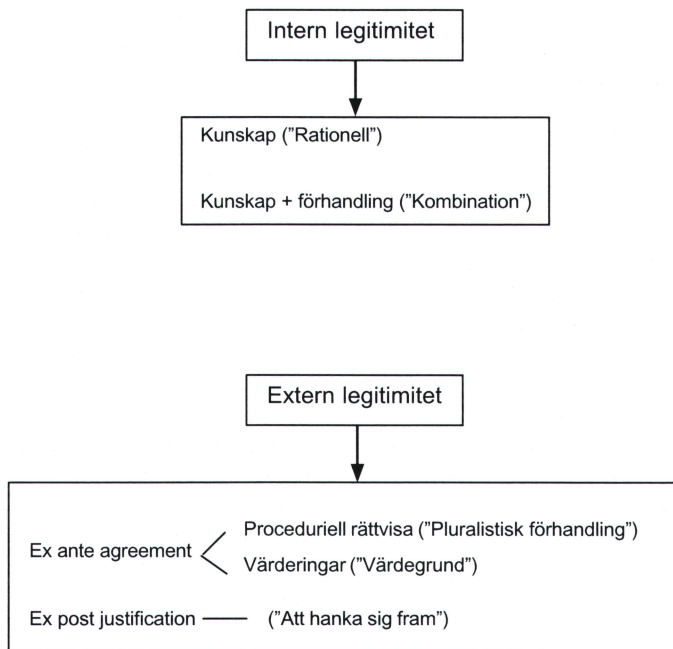
Men det innebär inte att en "sammanmältning" är möjlig i alla sammanhang. Prioriteringsprocesserna påverkas starkt av omvärlden och utrymmet för inslag av "rationell" respektive "pluralistisk" strategi varierar sannolikt beroende på omständigheter (Howlett och Ramesh 1995). Det medför att den syn på prioriteringsprocessen som Coast (1996) ger uttryck för i sin "kombinationsstrategi" är ofullständig. Det räcker inte med förekomst av god "evidens" för att ett "rationellt" förhållningssätt ska vara möjligt. Förhållanden i omvärlden måste också tillåta en sådan process. I annat fall ter sig en annan beslutsstil som mer lämplig. Prioriteringsprocessen är med andra ord "kontextberoende", d.v.s. förhållanden i omvärlden måste tillåtas påverka valet av lämplig strategi, och sådana förhållanden kan ändras (antagligen kan åtminstone vissa faktor också påverkas genom aktiv handling).

Två parallella processer för prioritering?

Sammanställningen indikerar att vi har att göra med två olika prioriteringsprocesser, en för intern legitimitet och en för extern legitimitet. Genom denna uppdelning blir innehållet i de olika strategierna begripligt.

Processen för intern legitimitet ska säkerställa förtroendet för prioriteringar inom hälso- och sjukvårdens egen organisation, dels mellan olika funktioner – den politiska, den administrativa och den kliniska – och dels bland de verksamma i vården.

Processen för extern legitimitet ska garantera allmänhetens förtroende för prio-



Figur 1: Prioritering – två parallella processer.

riteringar. Strategiernas upphovsmän visar att detta kan ske på många olika sätt. Två parallella processer framträder till vilka vi kan knyta flertalet av de redovisade strategierna. Av dessa förefaller två strategier passa ihop med en process för att säkerställa intern legitimitet medan tre främst har till syfte att utveckla förutsättningar för extern legitimitet (se figur 1).

Prioritering – två parallella processer

För att nå intern legitimitet gäller att hitta en vetenskaplig kunskapsbas och argument för att prioritera utifrån sådan kunskap. Det är den enda vägen för en kunskapsorganisation som hälso- och sjukvården om man vill säkerställa förtroendet för prioriteringar. Den

”kombinationsstrategi” som Coast (1996) utvecklar beskriver en rimlig modell för att säkerställa intern legitimitet i en prioriteringsprocess.

Klein (1993, 1998, 2000), Callahan (1990), Hunter (1997) och Mechanic (1997) behandlar däremot en prioriteringsprocess som ska ge förutsättningar för extern legitimitet. De visar emellertid på två fundamentalt olika metoder: (a) att i förväg (ex ante) bygga under förtroendet genom vägledande principer respektive en öppen och pluralistisk beslutsprocess eller (b) att i efterskott (ex post) ge utrymme för granskning och korrigering av utfallet.

Av de fem här nämnda strategierna är det två som framstår som mer attraktiva när det

gäller ambitionen att i Sverige utveckla en prioriteringsprocess för hälso- och sjukvård. Det är dels "kombinationsstrategin" för att säkra intern legitimitet och en strategi för "pluralistisk förhandling" för att öka förutsättningar för extern legitimitet.

De båda processerna hänger dock samman. Utan intern legitimitet minskar möjligheterna att nå extern legitimitet. Ja, det är till och med så att resultatet från processen för intern legitimitet inom hälso- och sjukvårdens egen organisation, blir ett av flera underlag i processen för extern legitimitet. En process för extern legitimitet fungerar samtidigt som "feedback" för intern legitimitet (den senare processen måste basera sin värdegrund på den förra).

Referenser

1. Callahan D. 1990. What kind of life. The limits of medical progress. New York: Simon and Schuster.
2. Chinitz D, Shalev C, Galai N, Israeli A. 1998. Israel's basic basket of health services: the importance of being explicitly implicit. *BMJ* 317: 1005-7.
3. Coast J. 1996. Clarification and acceptance: A way forward in priority setting. I: Coast J, Donovan J, Frenkel S (eds.) Priority setting. The health care debate. Chichester: John Wiley & Sons
4. Coast J, Donovan J. 1996. Conflict, complexity and confusion: The context for priority setting. I: Coast J, Donovan J, Frenkel S (eds.) Priority setting. The health care debate. Chichester: John Wiley & Sons
5. Garpenby P. 2003. Prioriteringsprocessen. Del 1: Övergripande strategier. Rapport från PrioriteringsCentrum 2003:3. Linköping: PrioriteringsCentrum.
6. Ham C, Coulter A. 2001. Explicit and im-

PLICIT rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices. *J Health Serv Res Policy* 6: 163-69.

7. Hewlett M, Ramesh. 1995. Studying public policy. Policy cycles and policy subsystems. Toronto: Oxford University Press.
8. Hunter DJ. 1997. Desperately seeking solutions. *Rationing Health Care*. London: Longman.
9. Klein R. 1993. Dimensions of rationing: who should do what? *BMJ* 307: 309-11.
10. Klein R. 1998. Puzzling out priorities. *BMJ* 317: 959-60.
11. Klein R. 2000. Setting priorities: what is holding us back - inadequate information or inadequate institutions? I: Coulter A, Ham C (eds.) The global challenge of health care rationing. Buckingham: Open University Press.
12. Liss PE. 2002. Fördelning, prioritering och ransonering, en begreppsanalys. Rapport 2002:4. Linköping: PrioriteringsCentrum
14. Mechanic D. 1997. Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing. *Health Affairs* 16: 83-92.
15. Williams A. 2000. Setting priorities: what is holding us back - inadequate information or inadequate institutions? I: Coulter A, Ham C (eds.) The global challenge of health care rationing. Buckingham: Open University Press.

Fotnoter:

¹. Artikeln är en förkortad och bearbetad version av Garpenby 2003.

². I några fall finns en vedertagen engelsk benämning och om så inte varit fallet har författaren skapat en engelsk titel för aktuell strategi.