

Öppen prioritering i en politisk organisation

– fantasi eller verklighet

Erling Karlsson och Gunilla Nyrén

Landstingens alltmer ansträngda ekonomi ställer krav på såväl effektivisering, strukturomvändningar som prioriteringar av vårdinsatser. Prioriteringen bör ske öppet så att principer och konsekvenser av eventuella beslut om resursfördelning mellan olika sjukdomsgrupper kan redovisas. Inom det Medicinska programarbetets ram har sedan många år ett prioriteringsarbete bedrivits i Östergötland. För olika sjukdomsgrupper har vårdpersonal från olika vårdnivåer rangordnat vårdinsatserna utifrån bland annat behov/effekt/hälsovinst av åtgärd. Inför beslut om resursfördelning mellan olika sjukdomsgrupper (i dagsläget inför beslut om kostnadsreducering) ska varje verksamhetsområde utifrån sin rangordningslista göra en konsekvensbeskrivning av eventuell utbudsminskning. Dessa konsekvensbeskrivningar utgör underlaget för dialogen mellan politiker och vårdpersonal och för det slutliga politiska beslutet om resursfördelning mellan olika sjukdomsgrupper. Denna öppna, politiska prioriteringsprocess prövas nu för första gången i Östergötland.

Erling Karlsson är docent i kardiologi, f d överläkare Kardiologiska kliniken, Hjärtcentrum i Linköping samt medicinsk rådgivare Landstinget i Östergötland med särskilt ansvar för prioriteringsfrågor. Gunilla Nyrén är utvecklingsstrateg, Landstinget i Östergötland.

Kontakt: Erling Karlsson, Programområde hälso- och sjukvård, Landstingets kansli, 581 91 Linköping. E-post: erling.karlsson@lio.se. Gunilla Nyrén, Programområde hälso- och sjukvård, Landstingets kansli, 581 91 Linköping, E-post: gunilla.nyren@lio.se.

Inledning

En bristande balans mellan resurser för offentligt finansierad sjukvård och behov av respektive efterfrågan på densamma blir alltmer uppenbar. Orsakerna här till är många¹. *Demografisk utveckling* med allt fler äldre och en *medicinsk utveckling*, som skapar möjlighet att erbjuda såväl dessa äldre som andra åldersgrupper meningsfulla vårdinsatser är ju en positiv utveckling. Den medför emellertid krav på mer resurser till vården. Effekten av den ”*medicinska paradoxen*” är

påtaglig – om resurskrävande preventiva åtgärder eller terapeutiska vårdinsatser förhindrar en förtida död så att allt fler får uppleva ålderdomen så innebär det samtidigt behov av vårdinsatser för att lindra/bota många åldersrelaterade sjukdomstillstånd: syn- och hörselproblem, hjärt-kärlsjukdomar, cancer, nedslitna leder, demens etc. *Medborgarnas krav* på ett liv långt upp i åren, fritt från funktionshinder och lidande, har också ökat. En ändrad samhällsstruktur medför även

ökade vårdbehov. Det som nu dessutom tillkommit och som drastiskt ökar obalansen i landstingens ekonomi är *vikande skatteunderlag* samt även *ökade lönekostnader*. I alla landsting försöker man därför att med olika metoder komma tillrätta med denna obalans. I detta syfte måste man naturligtvis använda sig av ett brett angreppssätt och utnyttja många verktyg.

Effektivisering av vården är ett verktyg som självklart bör utnyttjas. Den medicinska utvecklingen medger en viss effektivisering. Nya, mindre invasiva undersökning- och behandlingsmetoder innebär ex att inläggning på sjukhus inte krävs. Samtidigt vidgas i regel indikationerna när patienten kan erbjudas en mindre riskfylld och mindre obehaglig undersöknings- eller behandlingsmetod jämfört tidigare. Produktiviteten och effektiviteten i sjukvården har också ökat – under 1990-talet har exempelvis antalet patienter, som opererats för katarakt mer än fördubblats och antalet kranskärlsutredningar vid angina pectoris tredubblats.

Rationalisering och strukturomvandling kan också vara av värde i sammanhanget om åtgärderna genomförs på ett genomtänkt och strukturerat sätt. I många fall torde emellertid alltför stora förhoppningar om kostnadsreduceringar knytas till omorganisationer.

Prioriteringar är ett tredje verktyg, som är aktuellt i ovan beskriven situation. Prioriteringsutredningen satte inga djupa, omedelbara spår i vården. Prioritering har alltid skett i vården men i regel dolt och mer eller mindre omedvetet. Prioriteringsutredningen framförde behovet av en öppen prioritering för att bevara förtroendet för offentligt finansierad vård. Detta behov har ännu inte tillfredsställts.

Viktigt med begreppsdefinition

Prioritering används ofta med helt olika

innebörd, vilket kan orsaka missförstånd. I många sammanhang används ordet i betydelsen "satsa på" under det att det i andra fall förknippas med minskning av vårdutbudet. "Prioritera" betyder enligt Nationalencyklopedin "ge företräde åt". Man brukar även skilja mellan vertikal och horisontell prioritering. (För närmare begreppsanalys hänvisas till Per-Erik Liss, 2002:4)². I denna artikel används begreppen med följande definitioner:

Prioritering = rangordning

Vertikal prioritering = rangordning inom en sjukdomsgrupp/ verksamhetsområde, ex ögonsjukvård, hjärtsjukvård, psykiatri. Detta betecknar vi som vårdpersonalens primära ansvar.

Horisontell prioritering = beslut om resursfördelning mellan stora patientgrupper eller verksamhetsområden. Detta betecknar vi som politiskt ansvar.

Öppen prioritering är ett annat begrepp, som beskriver ett nytt och viktigt arbetssätt. Detta kräver bland annat att ett medvetet val görs mellan minst två alternativ och att grunder och principer för beslut kan redovisas och bli tillgängliga för den som önskar ta del av desamma.

Ransoning används som uttryck för begränsning av vårdutbudet.

Vad händer i Sverige?

De övergripande principer som prioriteringsutredningen etablerade måste operationaliseras, det vill säga utvecklas och dessutom förankras i vårdens vardag, för att få genomslag. Det har också hänt en del inom området under senare år. Ett nationellt Prioriteringscentrum har etablerats med uppgift att samla och sprida information beträffande prioritering samt bidra med forskning och utveckling inom fältet. Socialstyrelsen

Principer för vertikal prioritering (rangordning)

M Ä N N I S K O V Ä R D E S P R I N C I P E N

BEHOV av åtgärd	PATIENTNYTTA/ HÄLSOVINST av åtgärd	KOSTNADS-EFFEKTIVITET
<i>Aktuell sjukdomssituation</i>	<i>Effekt på aktuell sjukdomssituation</i> - Positiv effekt - Risk med åtgärd	<i>Hälsoekonomisk analys</i> - direkta kostnader - indirekta kostnader <i>i förhållande till patientnytta/hälsovinst</i>
<i>Risk förtida död permanent sjukdom/skada</i>	<i>Effekt på risk</i>	
<i>Livskvalitet Funktionsförmåga Lidande Autonomi</i>	<i>Effekt på livskvalitet, funktionsförmåga och lidandet</i>	

E
V
I
D
E
N
S

PREVENTION – DIAGNOSTIK – BEHANDLING – REHABILITERING

Figur 1. Modellbild beträffande principer för vertikal rangordning

kompletterar i fortsättningen alla Nationella riktlinjer med beslutsstöd för prioriteringar. Läkarsällskapet har bildat en prioriteringsgrupp för att stimulera sektionerna att på nationell nivå etablera så kallade vertikala rangordningslistor. Prioriteringsaktiviteter pågår i många landsting och i Västra Götalandsregionen och i Östergötland pågår sedan några år en systematisk prioriteringsprocess.

Prioriteringsarbetet i Östergötland

Den vertikala prioriteringsprocessen startade i och med beslut om det så kallade Medicinska programarbetet 1995. De länsövergri-

pande programgrupper, som arbetade fram det medicinska faktadokumentet inom sitt verksamhetsområde, det vill säga inom en sjukdomsgrupp (psykisk ohälsa, hjärtsjukdomar, andningsorganens sjukdomar etc) hade också som uppgift att etablera en vertikal rangordningslista inom samma område. Vi eftersträvade en så bred förankring som möjligt med deltagande av representanter för olika personalgrupper och för såväl primärvård som sjukhusvård, i många fall kommun etc. Rangordningslistorna inom några sjukdomsgrupper började ta form i slutet av 1990-talet. Listan består av 10 nivåer med patientgrupper/vårdinsatser, som

Prioriterings- och uppdragsprocessen



Figur 2. Schematisk bild av styrprocessen i Östergötland

betraktas som mest angelägna på nivå 1. Det var emellertid i samband med en snabb försämring av landstingets ekonomi 2002 som landstingsledningen i september fattade beslut om att alla kliniker skulle inkomma med länsövergripande och primärvårdsförankrade rangordningslistor för patientgrupper och vårdinsatser inom sin klinik. Tanken var att successivt länka samman dessa listor med de som arbetats fram inom programarbetets ram. Rangordningen skulle ske enligt de principer, som successivt arbetats fram vid diskussion mellan ovan nämnda nationella aktörer (figur 1). Dessa rangordningslistor skulle enligt planen ha inkommit före utgången av 2002 men denna tidpunkt har av olika skäl förskjutits till augusti 2003.

Utveckling av en styrprocess för prioritering i Östergötland

Den horisontella prioriteringen och eventuella beslut om vårdutbudsminskning är ett politiskt ansvar, som åvilar Hälso- och sjukvårdsnämnden. Besluten skall ta sin utgångspunkt från befolkningsperspektivet och från behovs- och sjukdomsgrupper. Beslutsprocessen omfattar flera delmoment: treårsbudget, uppdragsbeskrivning, avtal och uppföljning där prioritering avspeglas i samtliga moment (figur 2). Beslutsprocessens olika moment har successivt utvecklats under det senaste året och kräver fortsatt bearbetning.

Landstingets treårsbudget är landstingsfullmäktiges styrdokument. Den ska ange

den politiska viljeinriktningen uttryckt i övergripande mål och mycket övergripande politiska prioriteringar samt ekonomiska ramar. Den handlar bland annat om att värna jämlika hälso- och sjukvårdsvillkor för hela befolkningen, lyfta fram ej tillgodosedda sjukvårdsbehov och områden som behöver förbättras, exempelvis förebyggande åtgärder eller rehabilitering.

Uppdragsbeskrivningen är den politiska "beställningen" av hälso- och sjukvård. Den ska utgöra underlag för beställartjänstemän och vårdgivare i avtalsdialogen. På ett tydligt sätt ska den i framtiden ligga till grund för avtalen med olika producentenheter. I uppdragsbeskrivningen anger Hälso- och sjukvårdsnämnden hur man avser att gå tillväga för att uppnå de övergripande målen i budgeten inom de ekonomiska ramar som fullmäktige anvisat och utgör grund för en mera konkret prioritering. De övergripande målen ska i detta dokument omsättas till konkreta och uppföljningsbara hälsoeffekt-mål och kvalitetsmål samt övergripande uppdrag inom respektive sjukdomsgrupp. Den tas fram i en dialog mellan politiker (med stöd av tjänstemän och medicinska rådgivare) och vårdgivare.

I ett första skede kommer Hälso- och sjukvårdsnämnden endast att kunna göra mycket övergripande prioriteringar mellan olika sjukdomsgrupper. Visionen är emellertid att politikerna på sikt ska kunna ange vilka målnivåer, som ska uppnås för olika sjukdomsgrupper och hur olika satsningar ska prioriteras.

I samband med avtalsarbetet sker den slutliga prioriteringen, som sker mellan sjukdomsgrupper och/eller verksamhetsområden. Med hänsyn till landstingets ekonomiska situation för närvarande är det huvudsakligen fråga om att minska utbudet av olika vårdinsatser till vissa patientgrupper.

Med uppdragsbeskrivningen som underlag kan även en omfördelning av resurser ske mellan olika områden. I denna del av prioriteringsprocessen är uppdragsbeskrivningen men speciellt de av vårdgivarna framtagna rangordningslistorna och konsekvensbeskrivningarna viktiga underlag.

Hur har det fortsatta, konkreta prioriteringsarbetet planerats?

För att skapa balans i landstingets ekonomi beslöts inför år 2004 om en kostnadsreducering motsvarande 10% vad gäller länssjukvård. Den del av denna kostnadsreducering, som inte kunde uppnås genom effektivisering av verksamheten eller genom strukturöversyn inom länet, skulle hämtas hem genom en utbudsbegränsning för vilken konsekvensbeskrivning skulle lämnas.

Steg 1

Konsekvensbeskrivningen, som skulle vara inlämnad senast 5 september 2003, är det egentliga politiska beslutsunderlaget när det gäller att ta ställning till inom vilka områden vårdutbudsminskning måste ske. Ansvaret för etablering av konsekvensbeskrivning åvilar verksamhetschefen. Den skall utformas enligt särskild mall och utgå ifrån den vertikala rangordningslistan med start från den lägsta rangordningsnivån. Hur långt upp i listan man tvingas gå avgörs av när kravet på 10% kostnadsreduktion uppfyllts. De frågor som önskas belysta av konsekvensbeskrivningen är bland annat de som anges i en särskild "**Checklista för konsekvensbeskrivning**":

1. Vilken patientgrupp "drabbas" och vad är gruppens behov?

Syftet är att beskriva tillståndets/sjukdomens karaktär och allvarlighetsgrad hos patientgruppen. Beskrivningen skall

gälla typpatient för gruppen. Beskrivningen ska innehålla aktuell sjukdomssituation när behandling övervägs (grad av funktionsnedsättning, smärta, psykiskt lidande med mera), risk för förtida död, permanent sjukdom/skada, försämrad livskvalitet, beroende och hjälpbehov.

Om patientgruppen har nedsatt autonomi bör detta även anges.

2. Hur många patienter berör det?

Antalet patienter, som berörs, bör anges och gärna hur de är fördelade på ålder, kön med mera.

3. Vilken sjukvårdsinsats/åtgärd gäller det?

Typ av åtgärd bör beskrivas (läkemedelsbehandling, kirurgisk behandling etc. Krävs behandling vid upprepade tillfällen, måste den ske på sjukhus, krävs speciell kompetens etc? Vilka risker för biverkningar eller komplikationer är förknippade med behandlingen?

4. Vilken patientnytta/hälsovinst kan förväntas av behandlingen?

Ange vilka konsekvenserna blir vid utebliven behandling i termer av hälsoförluster: förlorade levnadsår, risk för permanent skada/sjukdom, nedsatt livskvalitet, sjukfrånvaro, sjukskrivning, förtidspension etc. Ange om möjligt också vilket vetenskapligt stöd det finns för ovan beskrivna effekter.

5. Vad är kostnaden för behandlingen?

Finns kunskap om kostnadseffektivitet?

6. Finns det andra alternativa vårdformer för den aktuella patientgruppen?

Är dessa mera kostnadseffektiva?

7. Kommer kostnader, vård-/omsorgsinsatser att övervältras på den enskilde patienten, anhöriga, annan vårdgivare, andra samhällssektorer?

Steg 2

Sedan konsekvensbeskrivningarna inkommit är planen att dessa ska granskas av ett "Prio-

råd", som består av Hälso- och sjukvårdsdirektören, ett par medarbetare från beställarenheten samt 6 medicinska rådgivare. Några bedömningsgrunder vid granskningen av konsekvensbeskrivningarna kan vara att värdera om de adekvat utgår från rangordningslistan, om de besvarar "checklistans" frågor etc. De medicinska rådgivarna bedömer gemensamt alla konsekvensbeskrivningar. Vid behov av klargörande eller komplettering sker en dialog med respektive verksamhetschef och/eller ordförande för den medicinska programgrupp, som är aktuell. Denna process skall utföras 8-18 september.

Steg 3

Den 19 respektive 22 september föredrar de medicinska rådgivarna konsekvensbeskrivningarna liksom eventuella bedömningar av dem inför Hälso- och sjukvårdsnämndens presidium. Vid dessa föredragningar deltar områdesansvariga centrumchefer. Möjlighet finns då till klargörande frågor från politiker och allmän dialog mellan politiker - tjänstemän och vårdgivare.

Steg 4

Presidiet har därefter ansvar för att ta fram en rekommendation till Hälso- och sjukvårdsnämnden för vilka prioriteringar som bör göras. Detta sker under tiden 1-2 oktober. Det bör emellertid poängteras att alla politiker i Hälso- och sjukvårdsnämnden ska ha tillgång till alla konsekvensbeskrivningar.

Steg 5

Under tiden 2 - 15 oktober planeras avtalsförhandlingar.

Steg 6

29 oktober planeras beslut i Hälso- och sjukvårdsnämnden om utbudsminskningar och avtal.

Uppföljning och utvärdering

Hela prioriteringsprocessen kommer att följas och utvärderas ur många aspekter. Denna utvärdering torde vara synnerligen värdefull inte bara för den lokala fortsatta prioriteringsprocessen utan även för andra landsting som står inför samma prioriteringsuppgift.

Aktuell prioriteringsprocess i relation till förutsedda framgångsfaktorer

Det är en komplicerad och hittills i Sverige oprövad process som nu på försök ska testas i praktiken. Försök till förberedelse har gjorts. Två seminarier har genomförts under våren 2003 då försök till realistiskt scenario prövats. Värdefulla erfarenheter har vunnits genom dessa övningar. Att genomföra motsvarande process i full skala är naturligtvis en helt annan sak. För att det ska lyckas krävs sannolikt att många av de framgångsfaktorer som torde bidra till en lyckad process är uppfyllda. Med kursiverad stil kommenteras i några fall hur den aktuella verkliga situationen är i förhållande till dessa önskemål.

Framgångsfaktorer

- Alla involverade aktörer måste vara medvetna om den stora komplexiteten vid öppna prioriteringar. Alla måste acceptera att det inte finns en snabb lösning vad gäller prioriteringsfrågor. Det krävs långsiktighet och stort tålamod för att processen ska lyckas. *Landstingets ekonomiska situation upplevs kräva snabba lösningar och har medfört att angivet tidschema för den nu aktuella prioriteringsprocessen är alltför kort.*
- En komplex prioriteringsprocess kan inte vara beroende av en eller ett par besjälade personer. Det krävs gemensamma ansträngningar från aktörer från såväl

politisk nivå som tjänstemanna- och vårdpersonalsnivå. Den aktuella prioriteringsprocessen är en utvecklingsprocess inom ett mycket komplext område, vilket kräver mycket tid för dialog och utbyte av värderingar och åsikter.

- *Tidsfaktorn.* Ett påtagligt problem är den tidspress, som präglar den aktuella prioriteringsprocessen efter hösten 2002. Tidigare hade inget slutdatum bestämts för den vertikala rangordningen, som i de flesta fall fortskred ytterligt långsamt eller inte alls. Under hösten 2002 och våren 2003 blev tidsnöden påtaglig för många kliniker särskilt som arbetet skulle ske länsövergripande och vara primärvårdsförankrat.
- *Ett flertal samtidiga uppdrag/processer.* En annan svårighet förknippad med tidsbristen torde vara att utöver prioriteringsarbetet inom länsjukvården föreligger uppdrag beträffande strukturöversyn av vårdverksamhet inom länet. Dessutom ska en motsvarande kostnadsreduktion som inom länsjukvården även ske vad gäller högspecialiserad vård men i mindre omfattning. Även läkemedelsområdet berörs av motsvarande översyn.
- *Ej optimalt utformat beslutsunderlag.* Såväl vertikala rangordningslistor som konsekvensbeskrivningar kommer sannolikt att vara av skiftande kvalitet och försvåra en rättvis jämförelse mellan olika områden. Tiden torde vara alltför kort för en adekvat dialog med de centrumchefer som etablerat rangordningslistor och konsekvensbeskrivningar. En adekvat fortsatt bearbetning i samarbete mellan centrumchefer, programordföranden och medicinska rådgivare kommer knappast att kunna genomföras.
- *Politisk bearbetning av och ställningstagande till materialet.* Politikerna kom-

mer att konfronteras med ett synnerligen omfattande beslutsunderlag. Även deras tid torde vara alltför kort för att denna process, som bör innefatta dialog med såväl egna partikamrater som tjänstemän och vårdgivare, kan bli fullödig.

- *Information till allmänheten.* Detta är sannolikt ett stort och svårt pedagogiskt problem. Naturligt borde vara att konsekvensbeskrivningarna i den primära utformningen hanteras som arbetsmaterial. Först när materialet bearbetats och värderats och i samband med Hälso- och sjukvårdsnämndens beslut bör besluten öppet redovisas liksom efter vilka principer och på vilka grunder besluten tagits. Då bör också konsekvenserna redovisas. En dylik process torde fylla kraven på "öppen prioritering".
- *Lojalitetsproblem.* Ett önskemål är att efter en process, som av alla parter kunde betraktas som rättvis, vardera aktören tog ansvar för sin del. Verksamhets-/centrumchefen tar ansvar för att den vertikala rangordningen är seriös och att alltså eventuell utbudsminskning inom området drabbar de patientgrupper, som har minst behov och/eller de vårdinsatser, som gör minst nytta. Politikerna å sin sida tar ansvar för den resursfördelning och eventuell omfördelning mellan sjukdomsgrupper/verksamhetsområden, som de tvingas till på grund av resursbrist. Vilken lojalitet man har gentemot fattade beslut avgörs av om beslutsprocessen uppfattas adekvat. Tidsbristen med knapphändig dialog kan menligt inverka i detta hänseende.

Möjligheter

Alla bör vara medvetna om vilken svår process detta är. Det finns ingen erfarenhet att lita till. Man måste inse att det rör sig om en utveckling där den aktuella processen är

ett första steg. Man måste dra lärdom av hur processen fungerar och successivt år efter år finslipa densamma. Om man lyckades genomföra en strukturerad såväl vertikal som horisontell prioriteringsprocess som den skisserats ovan torde den bland annat bidra till

- en mera behovsstyrd sjukvård samt till klarare roller och ansvar mellan politiker och vårdgivare
- en större öppenhet gentemot patienter och medborgare och möjligheter för dessa att delta i diskussion om fördelning av skattemedel såväl till sjukvårdens olika områden som fördelningen mellan den verksamhet landsting har ansvar för och andra samhällssektorer

Långsiktigt torde man inte kunna undkomma beslut om vad offentligt finansierad sjukvård kan ta ansvar för och vad som kräver egen eller försäkringsmässig finansiering. Frågan är då i vilken utsträckning man kan leva upp till Hälso- och sjukvårdslagens krav på en behovsstyrd sjukvård och om prioriteringen skall fortsatt vara dold eller öppen.

Referenser

1. Landstingsförbundets rapport. Landstingens ekonom, april 2003
2. Per-Erik Liss. Fördelning, prioritering och ransonering – en begreppsanalys. PrioriteringsCentrum, rapport 2002:4