

# Horisontella prioriteringar - operationsledning

Lars Sandman, professor och föreståndare,  
Prioriteringscentrum, Linköpings universitet  
Västra Götalandsregionen  
NT-rådet  
Sahlgrenska universitetssjukhuset

# Utgångspunkt

- Etisk plattform – riksdagsbeslut 1997
  - Människovärdesprincip
  - Behovs-solidaritetsprincipen
  - Kostnadseffektivitetsprincipen
- HSL:s portalparagraf:

**3 kap 1 §:** *Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.*

*Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.*

# Operationalisering

Etiska dimensioner:

- Svårighetsgrad
- Kostnadseffektivitet (resursanvändning / patientnytta)
- Evidens /kunskapsunderlag

Genomförbarhetsdimensioner:

- Hur mycket resurser kostar det: finansiellt /personal/infrastruktur
- Undanträngning av annan vård om vi gör ett visst priorval

# Rangordningsverktyg

Prioriteringsobjekt:				
DIMENSION (för varje dimension bedöms också kvalitet i kunskapsunderlag)		Bedömning för prioriteringsobjektet på nationell nivå	Regional förutsättning eller avvikelse från nationell bedömning	Kommentar kunskapsunderlag
<b>Etiska dimensioner</b>				
Svårighetsgrad för det tillstånd prioriteringsobjektet berör:		Skala från liten till mycket hög. Se svårighetsgradsverktyget		
Kostnads-effektivitet	Resursåtgång/Patientnytta	Kostnad /QALY eller mer beskrivande för de både patientnytta och resursåtgång		
<b>Genomförbarhetsdimensioner</b>				
Resursåtgång <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finansiella resurser</li> <li>• Tidsresurser</li> </ul>		Se tidsresursverktyget		
Tillgänglighet till aktuella resurser?		Se tidsresursverktyget		
Finns det användning av resurserna inom den egna verksamheten eller i andra verksamheter som kan ses som lägre prioriterat?		Se tidsresursverktyget		
Effektiviseringspotential för att frigöra resurser?				
Utmönstringspotential för att frigöra resurser?				
Samverkanspotential för att frigöra resurser?				
Ransoneringspotential för att frigöra resurser?				
Behov av implementeringsresurser:				
Tidsperspektiv för implementering:				
<b>Rangordning för implementering:</b>				



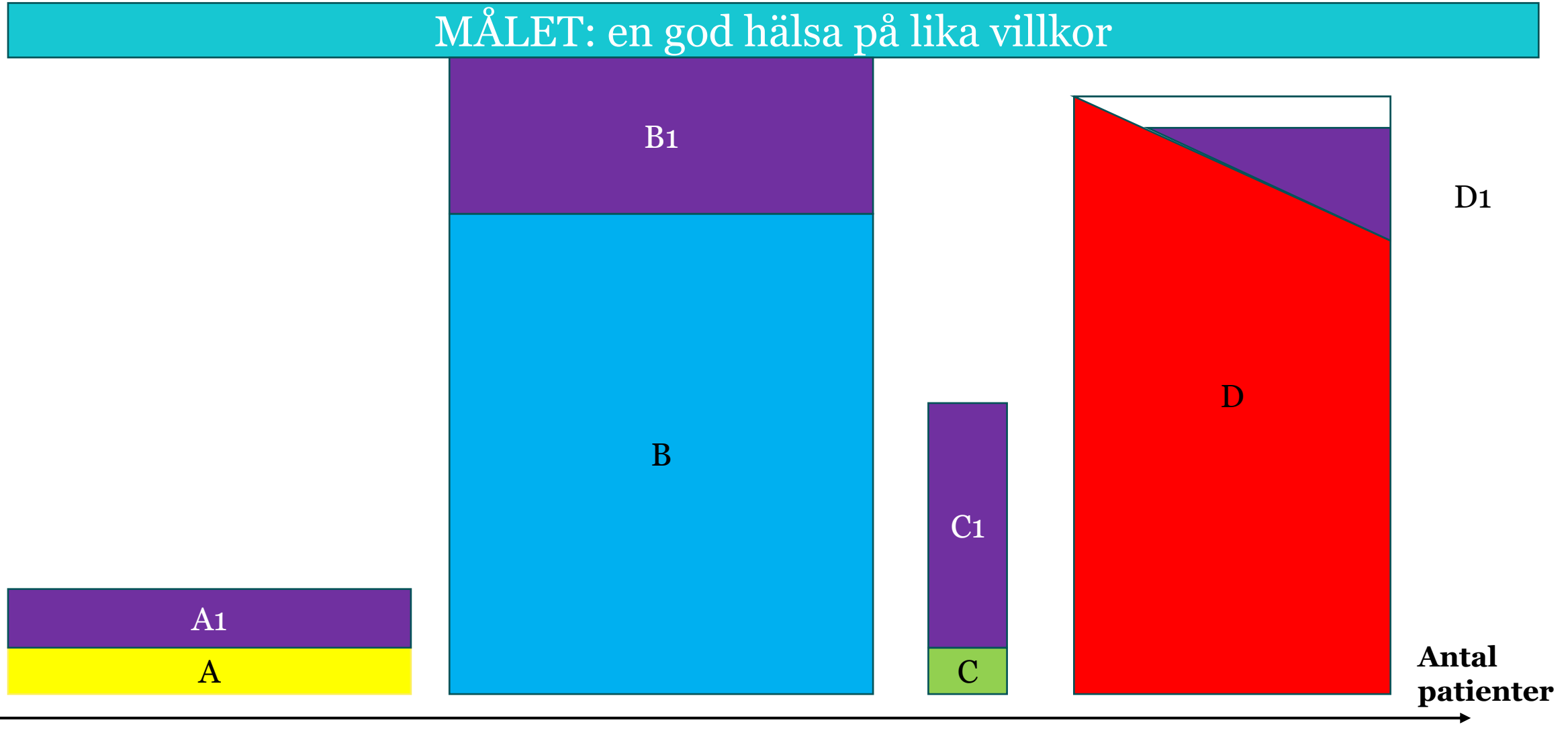
# Utmönstring / ransonering?

- Kloka kliniska val – lågvärdesvård/administration
- Lägre svårighetsgrad
- Begränsad patientnytta
- Mycket stor resursanvändning i relation till patientnytta
- Dålig evidens

# Horisontell prioritering?

Grad av behov = svårighetsgrad med nuvarande behandling/situation

MÅLET: en god hälsa på lika villkor



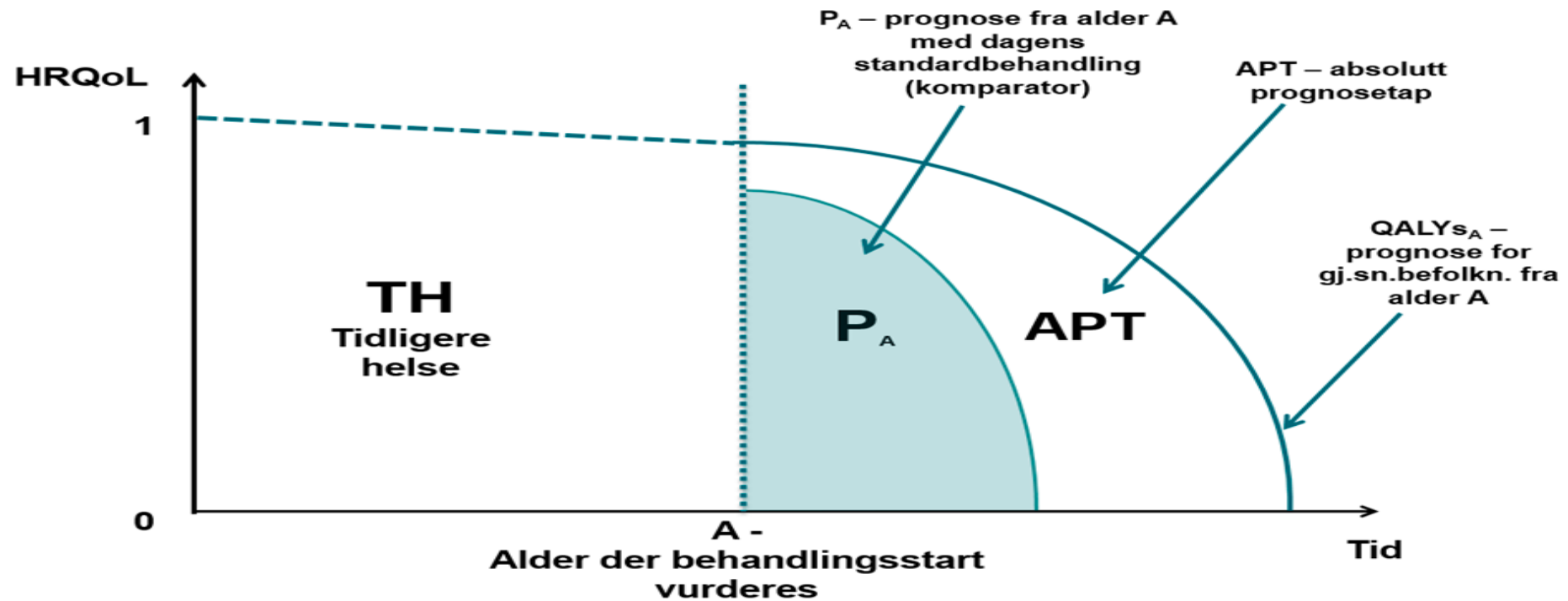
# Svårighetsgrad

- Behovsgapet = svårighetsgraden hos tillståndet givet tillgång till nuvarande behandling
- Kvalitativ bedömning med bifogat verktyg
- 4-gradig skala
- Livskvalitet och livslängd

		Mycket stor Mkt hög, Mkt svår Mkt ofta Mkt nära	Stor Hög Svår Ofta Nära	Måttlig	Liten Låg Sällan Kort- varigt	Ingen
1a. Funktionsnedsättning,	Hur svåra är vanligen symtomen vid hälsotillståndet?					
1b. Aktivitetsbegränsning	Hur svåra är vanligen de praktiska konsekvenserna?					
1c. Delaktighetsinskränkning	Hur svåra är vanligen de sociala konsekvenserna?					
2. Frekvens	Hur ofta uppstår ovanstående problem för patientgruppen?					
3. Sammanvägning	Hur svårt är tillståndet om ovanstående aspekter vägs samman?					
4. Varaktighet	Hur länge förväntas vanligen hälsotillståndet kvarstå?					
5. Sammanvägning	Hur svårt är tillståndet om varaktighet inkluderas?					
6a. Risk för förtida död	Hur sannolikt är det att livslängden förkortas på grund av tillståndet?					
6b. Närhet till död	Om döden inträffar p g a tillståndet hur nära förestående är sannolikt döden?					
6c. Livslängds- påverkan	Om döden inträffar p g a tillståndet i hur stor grad påverkas livslängden?					
7. Sammanvägning	Hur svårt är tillståndet om aspekterna kring förtida död inkluderas?					
8. Risk för allvarlig försämring	Hur sannolikt är det att tillståndet över tid riskerar att bli en mycket stor ohälsa?					
9. Slutlig svårighetsgrad för tillståndet	Hur svårt är tillståndet då även risken för försämring inkluderas?					

# Svårighetsgrad

- Förlust av goda levnadsår över tid?



Om vi använder  
400 000 SEK till  
en ny åtgärd för  
att vinna 1 QALY

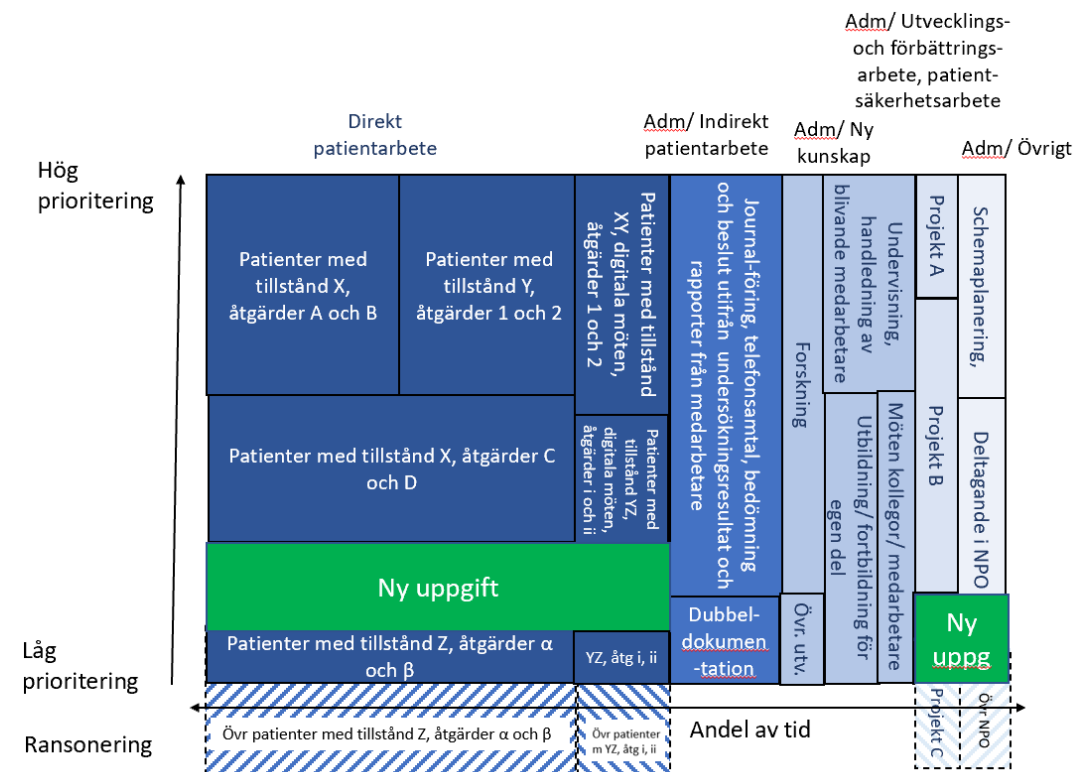
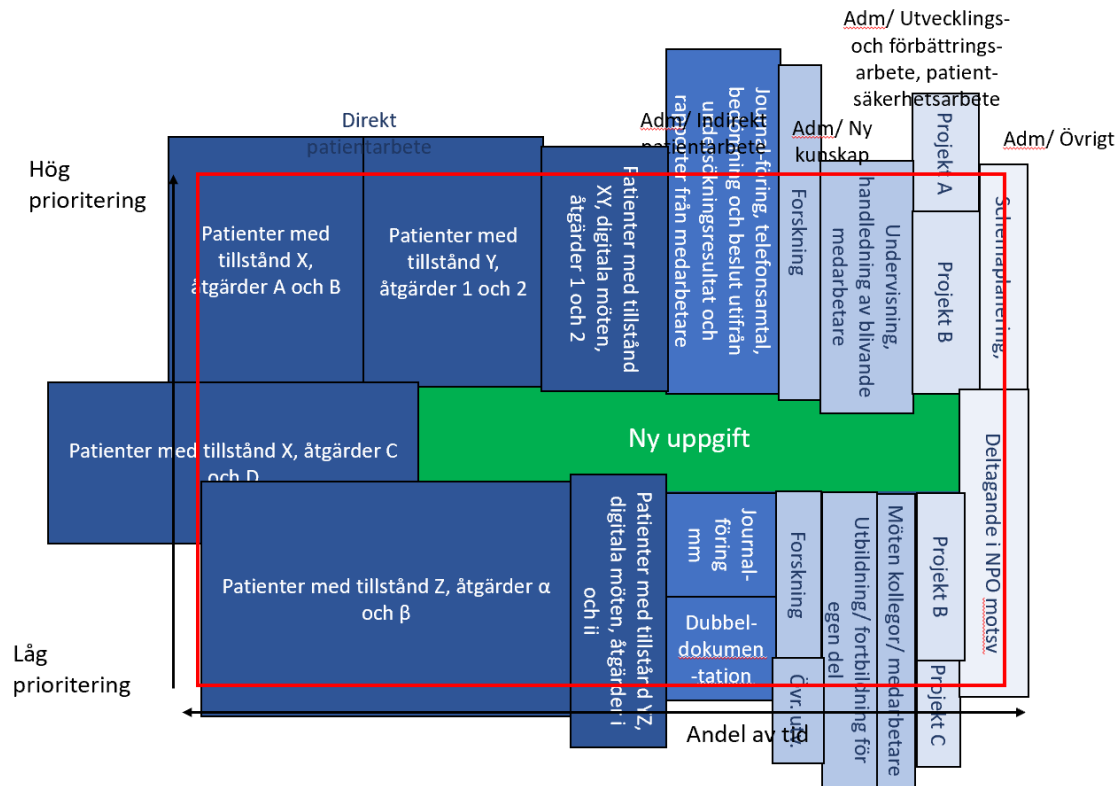
Om vi använder  
1 miljon SEK för  
att vinna 1 QALY



Förlorar vi 1  
QALY

Förlorar vi 2,5  
QALYs

# Vilka resurser krävs och hur fördelas dessa?



# Några frågor att ställa sig

- Vilka grupper har störst behov utifrån svårighetsgrad?
- Finns det svårförklarliga mönster utifrån diagnos?
  - Cancer?
  - Olikheter trots liknande svårighetsgrad och patientnytta/kostnadseffektivitet?
- Värderar vi alltid mortalitet över morbiditet?
  - Långvarig livskvalitetspåverkan vs kort förväntad överlevnad (även med insats)
- Starka personer – eminensbaserade prioriteringar?

# Gruppdiskussion

- Finns det idag kirurgiska åtgärder som är av tveksamt värde?
- Finns det kirurgiska åtgärder som borde få en högre prioritering?
- Vi behöver arbeta systematiskt med horisontella prioriteringar. Vilka faktorer underlättar eller försvårar processen?
  - Direktiv från ledningen?
  - Styrsystem i form av ersättningssystem eller operationsplaneringssystem?
  - Stödfunktioner? Ekonom, controller, motsvarande?
  - Professionella uppfattningar/starka företrädare för viss kirurgi?
  - Forum för prioriteringsdialog över olika specialitetsgränser/verksamhetsgränser?
- Ge förslag på vad som kan göra prioriteringar mer systematiska och rimliga hos er?