

Vägledning för prioriteringar i en behovsstyrd hälso- och sjukvård för god och jämlik hälsa i hela befolkningen.



Innehåll

Inledning.....	3
Sammanfattande synpunkter från deltagande regioner.....	4
Förklaringar av begrepp.....	5
Ett strukturerat arbetssätt för prioritering och resursfördelning.....	7
Processdefinition.....	8
Att beskriva hälsa och behov av hälso- och sjukvård.....	9
Att prioritera och fördela resurser.....	10
Delprocess 1 – Prioritera behov och rangordna åtgärder.....	10
Aktivitetsbeskrivningar för delprocess 1.....	11
Delprocess 2 – Fördela resurser utifrån rangordnade åtgärder.....	12
Aktivitetsbeskrivningar för delprocess 2.....	12
Viktiga förutsättningar för att kunna prioritera.....	13
Bilaga 1. Data som beskriver befolkningens hälsa och behov av hälso- och sjukvård.....	14
Bilaga 2. Frågor att ställa om resurstillskott inför beslut om resursfördelning.....	15
Bilaga 3 Frågor att ställa om ransonering inför beslut om resursfördelning.....	16
Bilaga 4. Exempel på struktur för beskrivning av behov.....	17
Bilaga 5. Referenslista och förslag på fördjupning.....	18

Inledning

Denna skrift är resultatet av ett samarbete mellan Nätverken Demokrati Uppdrag Hälsa och Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet. I utvecklingsarbetet har representanter från regionerna Västerbotten, Västernorrland, Jämtland-Härjedalen och Blekinge deltagit.

Utgångspunkten för denna vägledning är Hälso- och sjukvårdslagen som anger att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården och att hälso- och sjukvården ska förebygga ohälsa och vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Dessutom beaktas den av riksdagen beslutade etiska plattformen om människovärdessprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

Målgrupper för vägledningen är tjänstepersoner och förtroendevalda vars uppgift är att ta fram underlag, föra diskussion om prioriteringar, fatta beslut, och fördela resurser inom hälso- och sjukvård. Vägledningen ger stöd i framtagande av regionala riktlinjer i genomförandet av prioriteringar.

Vår förhoppning är att vägledningen ska utgöra ett stöd för att genomföra prioriteringar, formulera uppdrag i överenskommelser eller avtal och fördela resurser för att möta identifierad ohälsa och minska risken för framtida ohälsa. Ambitionen är att beskriva en konkret arbetsmodell som inkluderar de steg som behövs för att kunna prioritera och fördela resurser i en behovsstyrd hälso- och sjukvård för god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

Vägledningen beskriver inte hur regionerna ska ta fram de underlag som behövs att kunna göra prioriteringar. Däremot beskrivs vilka underlag som kan vara lämpliga att ta fram i kapitlet ”Att beskriva befolkningens hälsa” samt i bilaga 1.

Staffan Carlsson	Nätverken Demokrati – Uppdrag – Hälsa
Ralph Harlid	Nätverken Demokrati – Uppdrag – Hälsa
Karin Bäckman	Prioriteringscentrum, Linköpings Universitet
Barbro Krevers	Prioriteringscentrum, Linköpings Universitet

Sammanfattande synpunkter från deltagande regioner

I projektet beskrev deltagarna hur prioritering och resursfördelning går till i respektive region idag och hur de skulle vilja utveckla arbetet framöver.

Deltagarna beskrev ett antal viktiga förutsättningar för att på ett systematiskt sätt, utgående från befolkningens hälsa och behov av hälso- och sjukvård, kunna prioritera och fördela resurser till de med störst behov.

- Ett tydligt uppdrag från politiken att leverera strukturerade underlag som underlättar diskussion och beslut om prioriteringar.
- En tydlig mottagare av underlag och analyser med uppdrag att agera vidare utifrån dessa.
- Ett strukturerat arbetssätt och tydliga roller för både förtroendevalda och tjänstepersoner.
- Skapa förutsättningar i organisationen för att genomföra hela processen
- En god dialog mellan förtroendevalda, tjänstepersoner och vårdprofession.
- En gemensam förståelse för vad som ska uppnås med prioriteringarna.
- Behovsanalyser både avseende bredd (stora grupper) och djup (specifika tillstånd).
- Beskrivning av utfallet av hälso- och sjukvårdens åtgärder i form av hälsovinster i befolkningen samt kostnaderna för att åstadkomma dessa hälsovinster.
- Beslut om prioriteringar som grundas på fakta och framtagna underlag.
- Följ upp beslutade prioriteringar genom dialog på flera nivåer (politik, tjänsteperson, vårdprofession, patient och befolkning).

För att få genomslag i en hel region för politiska prioriteringar har förtroendevalda i fullmäktige, styrelser och nämnder ett särskilt ansvar.

Regiondirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, ekonomidirektör och budgetchef behöver vara engagerade och tjänstepersoner med kompetens från hälso- och sjukvård, regional utveckling, ekonomi och analys behöver bilda ett tvärprofessionellt team.

Det är nödvändigt att säkra en gemensam förståelse för behovet av politiska prioriteringar i verksamheterna och hos befolkningen.

Förklaringar av begrepp

Det är viktigt att i en organisation ha kunskap om, förstå och använda nedanstående begrepp på ett gemensamt sätt, både i organisationen och i kommunikation med befolkningen. Det ökar den gemensamma förståelsen och skapar rätt förväntningar. Därmed kan missförstånd, misstro och besvikelse undvikas.

Analys	I analysen görs en helhetsbedömning i förhållande till målen där vi söker samband mellan orsak och verkan. Varför blev det som det blev? Vilka framgångsfaktorer eller hinder för att nå målen har vi funnit?
Behov	Med behov i detta sammanhang menas det hälsogap som uppstår mellan beskrivna hälsotillstånd i befolkningen eller utvalda behovsgrupper och förtroendevaldas mål för hälsan i befolkningen.
Behovsstyrning	Behovsstyrning innebär att utgå från hälsoförhållanden i befolkningen och sätta ambitionen för hälsa. Det hälsogap som då uppstår utgör behov som behöver tillgodoses med relevanta åtgärder (se även "Uppdrag").
Besparing	Besparing innebär en minskning av kostnader oavsett resultat. Det är nödvändigt att verksamheter håller sin budget och därför behöver ibland dess kostnader minskas. Besparing kan ske genom ransonering eller effektivisering.
Effektivisera	Att effektivisera innebär att använda resurser ska ge ett högre värde jämfört med utgångsläget. Effektivisering bygger på förbättring av arbetsprocesser, metoder och teknik som kan frigöra resurser utan negativa bieffekter. Ibland kan en effektivisering först kräva mer resurser för att till exempel göra en investering i något som på sikt förväntas ge ett mervärde. Effektivisering innebär inte ransonering.
Kostnadseffektivitet	En åtgärd är kostnadseffektiv om den ger mer nytta i förhållande till sin kostnad, och i jämförelse med den näst bästa åtgärden. Kostnaden för en åtgärd ska anses vara rimlig i förhållande till vilken nytta åtgärden ger.
Nytta	Med nytta avses patientnytta och inte samhällsnytta. Nyttan är i vilken utsträckning en åtgärd kan påverka svårighetsgraden av ett nedsatt hälsotillstånd hos en person eller en grupp. Om en åtgärd för ett tillstånd med stor svårighetsgrad, är effektiv och ger optimal hälsa så skapar den mycket stor nytta eftersom den ger en stor förändring på hälsa och livskvalitet. Medan en åtgärd för ett tillstånd med liten svårighetsgrad endast kan ge en liten nytta, eftersom den endast kan ge en liten förändring, även om åtgärden är effektiv.
Prioritera	Att prioritera innebär att sätta något framför något annat så att en rangordning uppstår. Det kan göras i val mellan två olika behov och åtgärder som vägs mot varandra eller det kan vara en lång lista av behov och åtgärder som rangordnas från högst till lägst.

Ransonera	<p>Ransonering innebär att minska resurser och få ett sämre resultat. Exempel på ransonering kan vara</p> <ul style="list-style-type: none"> - att skärpa indikationer för när ett hälsotillstånd ska åtgärdas vilket leder till sämre resultat, - att sänka kompetenskraven eller minska personalkostnader som leder till sämre vårdkvalitet, - att överlåta till patienten att utföra egenvård med sämre effekt. <p>Ransonering är också att helt avstå från att åtgärda ett behov där det endast finns mindre effektiva behandlingar eller där en behandling är orimligt kostsam i relation till dess effekt.</p> <p>Ransonering innebär inte effektivisering.</p>
Svårighetsgrad	<p>För att kunna avgöra hur stora olika behov är bedöms svårighetsgraden av den nedsatta hälsan och livskvalitet, aktuellt eller förväntat tillstånd om ingen åtgärd görs. De som har de största behoven är de som har eller förväntas få störst nedsättning av sin hälsa och livskvalitet i jämförelse med vad som anses vara optimal hälsa, vad som är normalt i befolkningen.</p>
Uppdrag	<p>Med uppdrag avses politiska uppdrag till verksamheten för att åtgärda de beskrivna behoven i befolkningen och de vårdbehov som uppstår till följd av det.</p> <p>Uppdrag kan lämnas med olika detaljeringsgrad såsom övergripande mål, strategiska områden eller detaljerade åtgärder i verksamheten.</p>
Uppföljning	<p>En kontinuerlig granskning som beskriver om det som planerats också genomförs eller om planen måste revideras.</p>
Utvärdering	<p>En efterhandsbedömning vid en viss tidpunkt som utgår ifrån målet och bedömer i vilken utsträckning det har uppnåtts. Utvärderingen beskriver också hur vi tar reda på om målet nåtts. Utvärdering behöver en tidslinje med före respektive efter en insats och innefattar en värdering; bra - dåligt, rätt - fel osv.</p>
Vårdbehov	<p>Med vårdbehov menas behov som hälso- och sjukvården kan åtgärda inom ramen för sin kompetens och uppgift. Ingen har behov av åtgärder som inte kan påverka det aktuella eller det framtida hälsotillståndet, ett sådant behov kan därmed inte anses vara ett vårdbehov.</p>

Ett strukturerat arbetssätt för prioritering och resursfördelning

Behovsstyrning underlättas av ett strukturerat arbetssätt för prioritering och resursfördelning med olika moment som behöver ske under ett arbetsår (Figur 1). Detta årshjul ska ses som en generisk modell där regionala anpassningar behöver göras på tidsaxeln men där samtliga delar ändå behöver vara med för att få en bra funktion i behovsstyrning och prioritering.

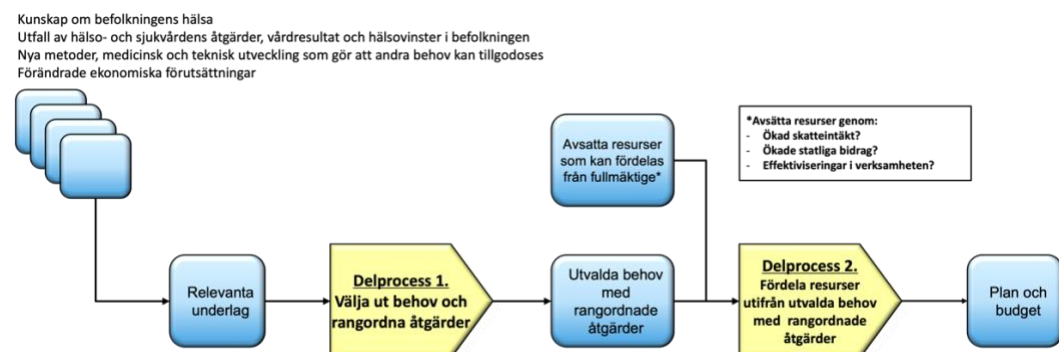
Årshjulet inleds med att identifiera behovsgrupper och ta fram relevanta underlag (röd ruta).



Figur 1. Årshjul för prioritering och resursfördelning.

Det praktiska genomförande av prioriteringar och resursfördelning sker som en iterativ process där alla steg pågår under flera år med planering, genomförande och uppföljning.

Processen startar med att det föreligger relevanta underlag om befolkningens hälsa och behov av hälso- och sjukvård men omfattar inte de prioriteringar som behöver göras i val av underlag.



Figur 2. Huvudprocess för prioritering av behov och åtgärder samt resursfördelning.

En detaljerad beskrivning av respektive delprocess och aktiviteter finns i kapitlet ”Att prioritera behov och fördela resurser”.

Processdefinition

Begreppet process används i en rad olika sammanhang vilket ibland kan verka förvirrande. I det här sammanhanget har vi använt begreppet process som *ett repetitivt använt nätverk av i ordning länkade aktiviteter som använder information och resurser för att utifrån ett givet behov skapa det värde som tillfredsställer behovet.*

Denna process startar med att det finns relevanta underlag om befolkningens hälsa och ska leda till att prioriteringar och resursfördelning sker utifrån behov av hälso- och sjukvård för en god och jämlik hälsa.

Att tydligt definiera processen är den första aktiviteten som måste göras för att skapa en gemensam förståelse för syftet med prioriteringarna i respektive region.

I denna vägledning har processen definierats enligt följande:

Varför finns processen?

- För att stödja förtroendevalda att fatta välgrundade beslut om prioriteringar och resursfördelning.
- För att leva upp till Hälso- och sjukvårdslagen att de med störst behov ges företräde till vården och att vården ska förebygga ohälsa.
- För att skapa legitimitet för beslutade prioriteringar hos befolkning och profession genom transparens, förståelse och tillit.

Vem är processen till för (och vad har de för behov)?

- Befolkningen (god vård och effektiv hantering av skattemedlen).
- Förtroendevalda i styrelse och nämnder med befolknings- och behovsperspektiv (bra kunskapsunderlag).
- Hälso- och sjukvårdens chefer och medarbetare (tydliga beslut och en rättvis resursfördelning).

Vad startar processen med?

- Kunskap om befolkningens hälsa, beskrivet i insamlat material.
- Utfall av hälso- och sjukvårdens åtgärder, vårdresultat och hälsovinster i befolkningen.
- Nya metoder, medicinsk och teknisk utveckling som gör att andra behov kan tillgodoses.
- Förändrade ekonomiska förutsättningar.

Vad avslutas processen med?

- Ny plan och budget för organisationen med prioriteringar och resursfördelning.

Vad ska processen uppnå?

- Prioriteringar sker utifrån behov och kostnadseffektivitet med människovärdesprincipen som grund.
- Förtroendevalda upplever trygghet i de beslut som fattats om prioriteringar och resursfördelning.
- Transparens, tillit och legitimitet – Befolkning och profession förstår vilka beslut som fattas och varför.

Att beskriva hälsa och behov av hälso- och sjukvård

Befolkningens hälsa är grunden för att fastställa behov av hälso- och sjukvård. Genom att beskriva hälsa och inte sjukdom utgår vi ifrån ett befolkningsperspektiv i stället för ett verksamhetsperspektiv. Det är en utmaning att beskriva hälsa och behov av hälso- och sjukvård eftersom det finns så många olika aspekter.

- Befolkningens förväntningar, önskningar och synpunkter
- Befolkningens upplevda hälsa
- Patienters och brukares efterfrågan av åtgärder
- Vårdkonsumtion
- Professionens bedömning
- Verksamhetens utbud och produktion
- Följd av nya metoder och sjukdomsutveckling i samhället

Befolkningens behov av hälso- och sjukvård är en sammanvägd bedömning av alla olika aspekter. Behoven ändrar sig dessutom över tid då nya hälsotillstånd uppkommer liksom nya möjligheter för hälso- och sjukvården att förbättra hälsan.

För att beskriva befolkningens hälsa har vi tillgång till olika data (bilaga 1).

- Bakgrundsdata om befolkningen
- Självskattningsdata
- Fördjupade behovsanalyser
- Verksamhetsanalyser
- Nationella styrande dokument
- Regionala styrande dokument
- Resursdata
- Nyttokalkyler

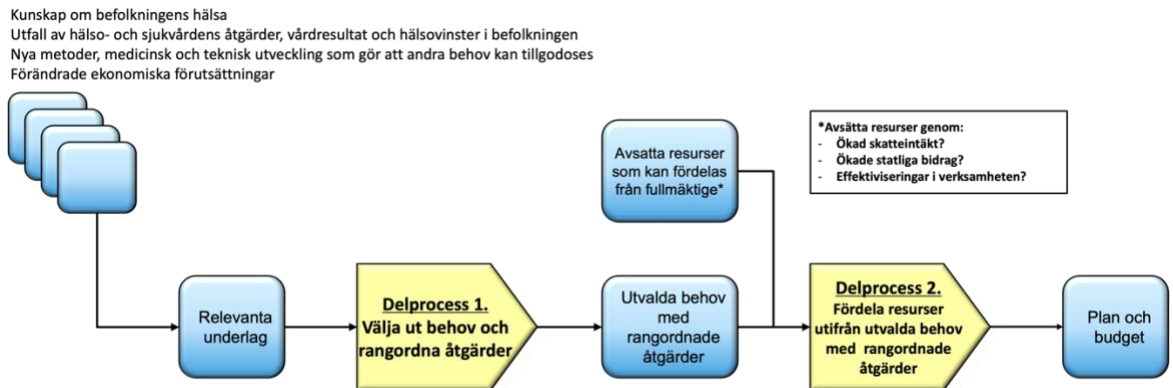
Beskrivningen av befolkningens hälsa är utgångspunkten när förtroendevalda ska sätta mål och prioritera de med störst behov för att uppnå en god och jämlik hälsa i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagens intentioner. I denna vägledning begränsar vi oss till prioriteringar av vårdbehov dvs behov som hälso- och sjukvården kan åtgärda genom förebyggande, hälsofrämjande, vård, omvårdnad, rehabilitering och palliation.

Det underlättar att använda en struktur för att beskriva behovsgrupper, deras volym, hur stor svårighetsgraden är för dessa behovsgrupper, vilka åtgärder som görs för dessa behovsgrupper i dag, vilka åtgärder som finns för att framgent åtgärda bristerna i dessa behovsgrupper, vad hälsovinsten skulle bli för dessa grupper om åtgärder sätts in respektive vad hälsoförlusten skulle bli om åtgärder tas bort samt åtgärdernas kostnadseffektivitet och total kostnad för organisationen. Exempel på en struktur för beskrivning av behov finns i bilaga 4.

Att prioritera och fördela resurser

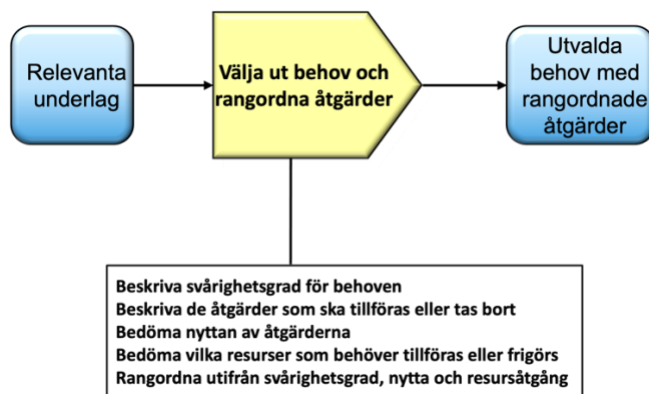
Huvudprocessen ”att prioritera och fördela resurser” består av två delprocesser (figur 2).

Nedan följer en beskrivning av delprocesserna och en utförlig beskrivning av de aktiviteter som behöver utföras i varje delprocess och vem som är huvudansvarig för dessa aktiviteter.



Figur 3. Huvudprocess för prioritering av vårdbehov och åtgärder samt resursfördelning.

Delprocess 1 – Prioritera behov och rangordna åtgärder



Figur 4. Delprocess 1 – Att prioritera behov och rangordna åtgärder

För att prioritera mellan olika behov behöver vi kunna beskriva svårighetsgrad för behoven i form av mortalitet, funktionsnedsättning, livskvalitetsbrister osv.

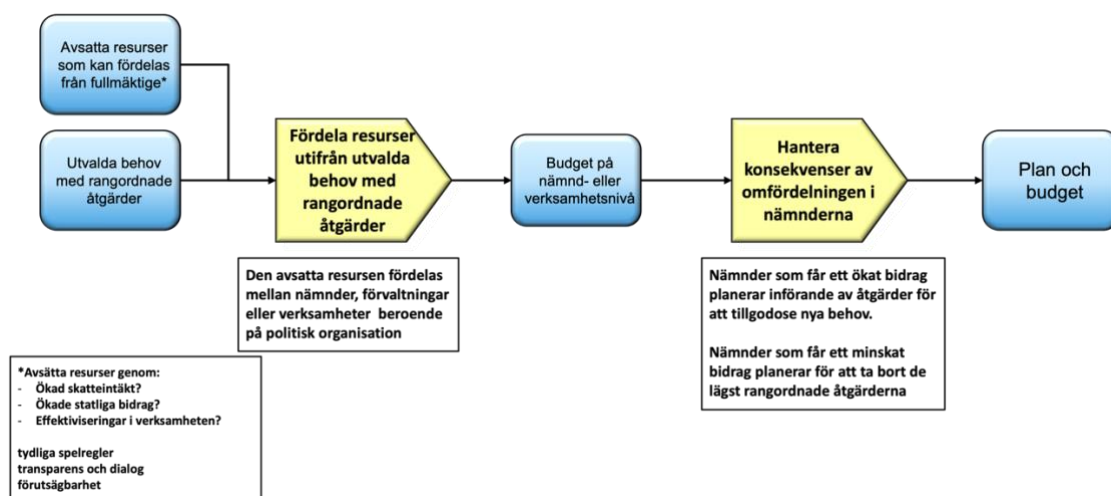
Vi behöver bedöma nyttan av en åtgärd och vilka resurser som behöver tillföras alternativt kan frigöras för att kunna rangordna åtgärder. Vid rangordningen görs en sammanvägning av behovens svårighetsgrad, åtgärders nytta och kostnadseffektivitet samt total kostnad och övrig resursanvändning.

Aktivitetsbeskrivningar för delprocess 1

Aktivitet och beskrivning	Aktörer
<p>Bestäm syftet och avgränsningen av prioriteringsarbetet (processdefinition) Besluta om vad syftet är med prioriteringsarbetet samt avgränsning för vad som ska ingå i en årlig prioriteringsprocess, t ex med syftet att på sikt utjämna hälsoskillnader i strävan efter att skapa god hälsa i hela befolkningen, eller utifrån andra politiska mål kanske fokus kan läggas på hälso- och sjukvård för behovsgrupper med låg hälsa och livskvalitet.</p>	<p>Förtroendevalda</p>
<p>Välj ut behov för fortsatt beredning Besluta vilka behov som beskrivits i underlagen som ska hanteras i den fortsatta processen. Utifrån sammanställda fakta om aktuellt och förväntat hälsoläge, svårighetsgrad och vårdsituation för befolkningen, lagar, riktlinjer och politiska mål besluta vilka behovsgrupper som ska gå vidare i prioriteringsprocessen.</p>	<p>Förtroendevalda</p>
<p>Identifiera åtgärder som kan tillgodose behoven Redovisa vilka åtgärder som finns för att i ökad utsträckning tillgodose grupperns behov av förbättrad hälsa. Beskriv åtgärder för förebyggande och hälsofrämjande samt vård, omvårdnad, rehabilitering och palliation.</p>	<p>Tjänstepersoner Vårdprofession</p>
<p>Identifiera åtgärder som kan ransoneras Beskriv vilka åtgärder som görs idag för att tillgodose behov och som behöver ransoneras framöver, och motivera varför det ska ske en utfasning</p>	<p>Tjänstepersoner Vårdprofession</p>
<p>Bedöm hälsovinster av föreslagna åtgärder Redovisa vilken nytta åtgärden ger och på vilket sätt den förbättrar gruppens hälsa. Redovisa hur gruppens hälsa påverkas om föreslagna åtgärder inte erbjuds. Använd kunskap från litteraturstudier, benchmarking, medicinsk eller annan professionell kunskap.</p>	<p>Tjänstepersoner Vårdprofession</p>
<p>Bedöm hälsoförluster av föreslagna ransonering Redovisa i vilken utsträckning och på vilket sätt borttagande av åtgärder försämrar gruppens hälsa. Använd kunskap från litteraturstudier, benchmarking, ny medicinsk eller annan professionell kunskap.</p>	<p>Tjänstepersoner Vårdprofession</p>
<p>Beskriv kostnadseffektivitet av föreslagna åtgärder respektive ransonering Redovisa förslagets kostnad i förhållande till vilken nytta de ger.</p>	<p>Tjänstepersoner Vårdprofession</p>
<p>Beskriv konsekvenser avseende resursbehov Redovisa konsekvenserna av föreslagna åtgärder i form av ökade eller minskade kostnader, investeringar, lokalbehov, kompetensförsörjning mm.</p>	<p>Tjänstepersoner Vårdprofession</p>
<p>Rangordna behov och åtgärder Gör en sammanvägd bedömning av behovets svårighetsgrad och volym och åtgärdens nytta och kostnad.</p>	<p>Tjänstepersoner Vårdprofession</p>
<p>Prioritera och besluta om nya åtgärder respektive ransonering Besluta vilka åtgärder som ska införas eller ransoneras i den fortsatta processen.</p>	<p>Förtroendevalda</p>

Bilaga 2 och 3 innehåller frågor för att underlätta bedömning av hälsovinster respektive hälsoförluster.

Delprocess 2 – Omfördela resurser utifrån rangordnade åtgärder



Figur 5. Delprocess 2 – Att fördela resurser utifrån rangordnade åtgärder.

Resursfördelningen har som avsikt att utjämna och/eller förebygga negativa hälsoskillnader i befolkningen. Fördelning av resurser bör fokusera på behovsgrupper som har eller riskerar att få påtagligt nedsatt hälsa eller där det finns omotiverade skillnader i hälsa. Vid brist på resurser som kräver ransonering av åtgärder kan följande aspekter vägas in:

- behov som har lägst svårighetsgrad i hälsa
- åtgärder som ger minst nytta
- åtgärder som har en orimlig kostnad i förhållande till nyttan.

Aktivitetsbeskrivningar för delprocess 2

Aktivitet och beskrivning	Aktörer
<p>Besluta om övergripande budget Beslut om övergripande budget och med eventuell omfördelning av resurser utifrån gjorda prioriteringar tas i Fullmäktige.</p>	<p>Förtroendevalda</p>
<p>Dialog om konsekvenser av resursfördelningen Skapa arenor för dialog som syftar till en gemensam förståelse, legitimitet och tillit för prioriterade behov, val av rangordnade åtgärder och övergripande budget.</p>	<p>Förtroendevalda Tjänstepersoner Vårdprofession Befolkning</p>
<p>Föreslå en detaljerad ekonomisk fördelning av resurser Koppla de ekonomiska konsekvenserna av gjorda prioriteringar i form av ökade eller minskade kostnader för de nämnder eller verksamheter som berörs av förändringen.</p>	<p>Tjänstepersoner</p>
<p>Ta fram handlingsplaner Beskriv hur förändringen ska genomföras och tidplan för förändringen.</p>	<p>Tjänstepersoner Vårdprofession</p>
<p>Besluta om detaljbudget Besluta om budget för kommande år med hänsyn till eventuella justeringar utifrån skatteunderlag, resultatprognos, statsbidrag och nationella satsningar.</p>	<p>Förtroendevalda</p>

Viktiga förutsättningar för att kunna prioritera

Att arbeta med prioriteringar som en integrerad del i en regions ledningssystem kräver att man arbetar med att skapa goda förutsättningar och att tydligt sätta dem på plats, såväl när arbete ska ske i tid under årshjulet, som i mandat, rollfördelning och avsatt tid för arbetet. Men det finns även andra typer av förutsättningar som bör ägnas extra omsorg åt innan arbetet startar. Här ges några exempel:

Ett tydligt politiskt beslutat **uppdrag** där mandat ges till tjänstemannaledning och tjänstepersoner att utveckla en modell för arbetet med prioriteringar, skapa tidplaner samt mallar för arbetets dokumentation och systematik. I uppdraget tydliggörs om avsikten är att genomföra en större förändring till att arbeta omfattande med prioriteringar eller om det är ett stegvis utvecklingsarbete som skall ske löpande framöver i tid. Målet och syftet med prioriteringsarbetet bör också tänkas igenom, dokumenteras och kommuniceras.

Goda förutsättningar i form av mandat och avsatt tid för de **tjänstepersoner** som ska leda arbetet (en projektledning), de som ska utgöra ett stöd åt verksamhetsföreträdare under arbetet och de som ska bereda underlag inför politiskt beslut om resurstilldelning/resursminskning/omfördelning av resurser.

Roller och ansvarsfördelning mellan politiker, tjänstepersoner och verksamhetsföreträdare. Vem ansvarar för vad, fattar vilken typ av beslut samt samverkar med vem.

Utbildning om prioriteringar, dess grunder och hur prioriteringsarbetet ska gå till, för politiker, tjänstemän och verksamhetsföreträdare.

Arenor för dialog mellan politiker, tjänstepersoner och verksamhetsföreträdare, dels under arbetet med att sammanställa kunskapsunderlag och identifiera brister dels genom att avsätta dagar för gemensam diskussion, ett Prioriteringsforum där rangordning och prioritering diskuteras gemensamt.

Genomförandet av besluten i verksamheterna, när och hur det ska gå till (t ex efter budgetbeslut, eventuell avtalsskrivning samt praktiska frågor om t ex omfördelning av personal och utrustning).

Hur en framtida **uppföljning** kan göras av resultatet av genomförandet, vad ska följas upp (t ex volym- och kostnadsförändringar), på vilket sätt kan det göras (t ex via befintliga system för ekonomi, produktion eller kvalitet) och när i tid det ska ske (t ex inför nästa resursfördelningsbeslut vid budget).

Intern öppenhet och kommunikation, för att skapa kännedom, acceptans och förståelse. Initialt i arbetet en transparens i hur procedur och process ser ut, tidplan, roll- och arbetsfördelning och vad syftet med arbetet är. Under arbetets gång i diskussionerna vid olika gemensamma arenor. I slutet av arbetet om vad besluten innebär för den egna organisationen och för dess olika verksamheter.

Extern öppenhet och kommunikation. Vad ska presenteras för medborgarna, när ska det ske och på vilket sätt, i vilken kommunikationskanal/fora. Exempelvis grunderna för prioritering, hur arbetet har gått till, vad som beslutats och vilka konsekvenser det förväntas få.

Uthållighet hos politisk ledning och tjänstemannaledning genom att bygga in prioriteringsarbete som en rutin i lednings- och budgetsystem för att skapa beständighet över tid och undvika att ett utvecklat arbete överges vid eventuella motgångar eller vid ändrad politisk majoritet.

Bilaga 1. Data som beskriver befolkningens hälsa och behov av hälso- och sjukvård.

TYP AV DATA	EXEMPEL	SYFTE MED DATAINSAMLING	KVALITET (1-5) Hur bra är kvaliteten i dataunderlaget	POLITISK AMBITION Vilken politisk vikt läggs på underlaget
Bakgrundsdata om befolkningen	Demografi, levnadsvillkor, geografi, socioekonomi, CNI	Förutsättningar för hälsa och ohälsa		
	Epidemiologiska data för befolkning och sjukdomstillstånd	Dödlighet, livskvalitet, funktionsnedsättning		
Självskattningsdata	Hälsa på lika villkor	Befolkningens uppfattning om hälsa		
	Nationella patientenkäten	Patienternas uppfattning om sin hälsa		
	Hälsa- och sjukvårdsbarometern	Invånarnas uppfattning om vården		
	Patientrapporterat resultat och uppfattningar om vården	Patienternas uppfattning om vården		
Fördjupade behovsanalyser	Beskrivning av behov i utvalda grupper och uppföljning av tidigare insatser	Hur valda grupper får sina behov tillgodosedda		
Verksamhetsanalyser	Vårdkonsumtionsdata - jämfört med andra regioner	Invånarnas konsumtion av vård oavsett var den sker		
	Produktionsdata – jämfört med andra regioner	Organisationens produktion av vårdinsatser		
	Verksamhetsförutsättningar	Beskriva lokala, organisatoriska förutsättningar		
	Läkemedelskonsumtion – jämfört med andra regioner	Fånga eventuell över- eller underkonsumtion		
	Väntetider	Hur väl lagen om vårdgaranti uppfylls		
	Uppföljning av föregående års måluppfyllelse, kvalitet och resultat	Värdera mål-, kvalitets- och resultatuppfyllelse		
	Resultat i öppna jämförelser	Beskriva vårdens kvalitet i förhållande till andra		
	Dialog med vårdprofession	Beakta vårdprofessionens uppfattning		
	Dialog med patienter och närstående	Beakta brukarnas uppfattning om vården		
	Dialog med invånarna	Beakta invånarnas förväntningar och önskemål		
Nationella styrande dokument	Lagstiftning och nationella riktlinjer	Beakta gällande lag och nationella riktlinjer		
	Underlag från nationell kunskapsstyrning	Beakta nationella riktlinjer		
Regionala styrande dokument	Regionfullmäktiges budget	Beakta beslut i Regionfullmäktige		
	Regionala mål- och inriktningsbeslut	Beakta regionalt fattade beslut och riktlinjer		
Resursdata	Resurser för behovsuppfyllelse idag	Kostnad för nuvarande insatser		
	Resurser vid ökad respektive minskad satsning på en viss grupp	Värdera kostnad eller möjlighet att frigöra resurser		
	Storlek på gruppen omsatt till kostnad för att åtgärda ohälsa	Värdera total kostnad för olika grupper		
Nyttokalkyler	Nyttan för individ, grupp och samhälle av en insats	Värdera nyttoaspekten på individ- och befolkningsnivå		
	Bedömning av hälsovinster och hälsoförluster	Hälsoekonomiska bedömningar på befolkningsnivå		

Bilaga 2. Frågor att ställa om resurstillskott inför beslut om resursfördelning

1. Hur är **hälsoläget** i regionens befolkning (i demografiska grupper, sjukdomsgrupper), nu och över tid samt i jämförelse med rikssnitt?
2. Vilka av dessa grupper har jämförelsevis sämre **hälsa¹ och livskvalitet**?
 - a. Utifrån tillståndens svårighetsgrad (hälsa och livskvalitet, varaktighet, risker för framtida ohälsa, död).
 - b. Utifrån politiska hälsomål?
3. **Vad görs idag** för att tillgodose denna grupps behov?
 - a. Vilken hälso- och sjukvårdsåtgärd ges för närvarande för denna grupps hälsa och livskvalitet?
 - b. Finns det andra alternativ på åtgärder som skulle kunna ges för att förbättra hälsoutfallet?
4. Vilken effekt och **hälsovinst²** kan andra åtgärder ge avseende denna grupps hälsa och livskvalitet?
 - a. Beskriv och jämför den hälsovinst som uppstår genom åtgärdsalternativen.
5. Vad är **kostnaden** för befintlig hälso- och sjukvårdsåtgärd respektive för andra alternativ?
 - a. Hur många³ personer omfattas av denna ohälsa i regionens befolkning?
 - b. Vad är kostnaden per patient/åtgärd och hälsovinst⁴?
 - c. Vad är den totala kostnaden i regionen för befintlig vård respektive för alternativa åtgärder?
 - d. Är kostnaden rimlig i förhållande till hälsovinsten i relation till dess alternativkostnad⁵
6. Vilken kvalitet har **faktaunderlagen** för att värdera hälsa och livskvalitet, åtgärders effekt, nytta och kostnader?
7. **Rangordna** de olika alternativen avseende deras nytta och kostnad samt deras konsekvenser.
 - a. Vilka konsekvenser får de olika alternativen för målgruppens hälsa och livskvalitet?
 - b. Vilka konsekvenser får de olika alternativen för verksamheten?
 - c. Vilka konsekvenser får de olika alternativen för resursfördelning?
 - d. Vad är det mest kostnadseffektiva alternativet som ger mest positiva konsekvenser?

¹ Funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning, lidande och livskvalitet.

² Hälsovinst i form av utfall på hälsa och livskvalitet. En effektiv åtgärd kan ge stor nytta om det finns en stor sänkning av hälsa och livskvalitet.

medan en liten sänkning endast kan leda till en liten nytta även om åtgärden är effektiv.

³ Antal personer och procentuell omfattning i regionen.

⁴ Hälsovinsten behöver beskrivas som en professionell bedömning och ur ett patientperspektiv om det är möjligt

⁵ Den nytta dessa resurser hade kunnat ge för andra gruppers hälsobehov.

Bilaga 3 Frågor att ställa om ransonering inför beslut om resursfördelning

1. Hur är **hälsoläget** i regionens befolkning (i demografiska grupper, sjukdomsgrupper), nu och över tid samt i jämförelse med rikssnitt?
2. Vilka av dessa grupper har jämförelsevis bättre **hälsa⁶ och livskvalitet**?
 - a. Utifrån tillståndens svårighetsgrad (hälsa och livskvalitet, varaktighet, risker för framtida ohälsa/död).
 - b. Utifrån politiska hälsomål?
3. **Vad görs idag** för att tillgodose denna gruppens behov?
 - a. Vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder ges för närvarande för denna grupps hälsa och livskvalitet?
 - b. Finns det andra alternativ på åtgärder som skulle kunna minska resursåtgång?
4. Vilken effekt och **hälsoförlust⁷** kan andra åtgärder ge avseende denna grupps hälsa och livskvalitet?
 - a. Beskriv och jämför den hälsoförlust som uppstår genom besparingsalternativen.
5. Vad är **kostnaden** för befintlig hälso- och sjukvårdsåtgärd respektive för andra alternativ?
 - a. Hur många⁸ personer omfattas av denna ohälsa i regionens befolkning?
 - b. Vad är besparingen per person/åtgärd och hälsoförlust⁹?
 - c. Vad är den totala kostnaden i regionen för befintlig vård respektive för alternativa åtgärder?
 - d. Är besparingen rimlig i förhållande till hälsoförlusten i relation till dess alternativkostnad¹⁰.
6. Vilken kvalitet har **faktaunderlagen** för att värdera hälsa och livskvalitet, åtgärders effekt, nytta och kostnader?
7. **Rangordna** de olika alternativen avseende deras nytta och kostnad samt deras konsekvenser.
 - a. Vilka konsekvenser får de olika alternativen för målgruppens hälsa och livskvalitet?
 - b. Vilka konsekvenser får de olika alternativen för verksamheten?
 - c. Vilka konsekvenser får de olika alternativen för resursfördelning?
 - d. Vad är det mest kostnadseffektiva ransoneringsalternativet som ger minst negativa konsekvenser och störst resursbesparing?

⁶ Funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning, lidande och livskvalitet.

⁷ Hälsoförlust i form av utfall på hälsa och livskvalitet, en effektiv åtgärd kan ge stor nytta om det finns en stor sänkning av hälsa och livskvalitet medan en liten sänkning endast kan leda till en liten nytta även om åtgärden är effektiv.

⁸ Antal personer och procentuell omfattning i regionen.

⁹ Hälsoförlusten behöver beskrivas som en professionell bedömning av risker och ur ett patientperspektiv om det är möjligt.

¹⁰ Den nytta frigörandet av dessa resurser hade kunnat ge för andra grupperns hälsobehov.

Bilaga 4. Exempel på struktur för beskrivning av behov

En behovsanalys för en behovsgrupp inleds med en sammanfattande beskrivning, syftet med analysen, identifierade brister och förslag på åtgärder för att tillgodose behoven.

Analysen kan innehålla följande delar:

- Beskrivning av hälsoläge i behovsgrupp som utvalts för fördjupad behovsanalys: Identifiera om det finns regionala skillnader, könsskillnader, specifika grupper med särskilda behov.
- Identifiera de politiska beslut och inriktningar som finns för behovsgruppen både från nämnder och regionala beslut.
- Beskriv invånares, patienter och brukares uppfattning om vård och behov.
- Beskriv omfattningen av vårdkonsumtion och om det finns ojämligheter i konsumtion respektive sjuklighet i regionen.
- Beskriv hur behoven tillgodoses idag genom tillgängliga åtgärder i avtal och överenskommelser. Beskriv också resultaten av dessa åtgärder för behovsgruppens hälsa.
- Identifierade brister och bedöm var de största bristerna finns.
- Ge förslag på evidensbaserade åtgärder för att förbättra hälsan och beskriv åtgärdernas angelägenhetsgrad och där ett hälsoekonomiskt perspektiv inkluderas.
- Sammanställ en referenslista för att spåra beskrivna uttalanden och förslag.

Bilaga 5. Referenslista och förslag på fördjupning

Nedan ges exempel på litteratur för den som vill få mer kunskap om behovsstyrning samt grunderna för prioriteringar och hur man kan gå till väga för att arbeta med prioriteringar.

Västra Götalandsregionen. *Behovsstyrning. Behovsanalys med åtgärdsförslag 2014*. Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli 2014.

Västra Götalandsregionen. *Behovsanalys 2022–2023*. Data och analys, 2021.

Andersson G., Eklund A. Larsson S., Maathz G., Rönström K. *Uppdrag: Hälso- och Sjukvård*. Studentlitteratur.

Myndigheten för Vård- och Omsorgsanalys. *Styra mot horisonten. Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*, Rapport 2020:7.

Socialdepartementet. 1995. *Vårdens svåra val*. SOU 1995:5. Stockholm.

<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/1995/03/sou-19955/>

Socialdepartementet. 1996/97. Regeringens proposition *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Prop. 1996/97:60. Stockholm.

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso--och-sjukvarden_GK0360

Garpenby P., Bäckman K. 2013. Samlade erfarenheter av öppna landstingsvisa prioriteringar. I: Carlsson och Waldau, Att välja rättvist. Om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Lund: Studentlitteratur.

Carlsson P., Waldau S. *Att välja rättvist: om prioriteringar i hälso- och sjukvården*. Lund, 2013. Studentlitteratur.

<http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A656443&dswid=8453>

Garpenby P., Nedlund A-C. 2013. Organisering av prioriteringsprocessen. I: Carlsson och Waldau, Att välja rättvist. Om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Lund. Studentlitteratur.

Bäckman K., Krevers B. 2017. *Prioriteringar över kommunala förvaltningsområden – ett utvecklingsarbete i Motala kommun*. Rapport 2017:1. Linköping: Prioriteringscentrum.

<http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1144035/FULLTEXT01.pdf>

Krevers B., Bäckman K. 2021. *Prioriteringsarbete integrerat i ett kommunalt ledningssystem – fortsatt utveckling i Motala kommun*. Rapport 2021:1. Linköping: Prioriteringscentrum.

<http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1616772/FULLTEXT01.pdf>

Linköpings Universitet. *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård – ett verktyg för rangordning*. Rapport 2017:2. Linköping: Prioriteringscentrum.

<http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1144043/FULLTEXT01.pdf>