

”Prioriteringsbeslutets” gruppering är kliniskt tillämpbar

Sammanfattat

- »Prioriteringsbeslutet» förutsätter att samma principer ligger till grund för såväl klinisk som politisk/administrativ prioritering. Huvudsyftet med denna undersökning var att studera om Prioriteringsbeslutets system med fyra prioriteringsgrupper kan tillämpas kliniskt.
- Läkare i ett sjukvårdsområde bedömde och placerade 3 434 patientkontakter i prioriteringsgrupperna.
- Grupperingen bedömdes vara lätt; endast 4 procent av kontakterna var svåra eller mycket svåra att placera i prioriteringsgrupp.
- Hög prioriteringsgrupp var mest frekvent i länssjukvårdens slutenvård, lägre i dess öppenvård och lägst i primärvård och privatvård.
- Andelen högprioriterade ökade med patientens ålder.
- En inventering av prioriteringsgrupper bidrar till diskussionen mellan profession, politiker och allmänhet om prioriteringar i vården, men den löser inte problematiken.

Det är så mycket som vi inom sjukvården vill göra; vi kan alltmer och alltfler behöver det vi kan. Men utvecklingen av möjligheter och behov åtföljs inte av en utveckling av resurser avsatta för sjukvård [1]. Därmed blir det tydligare att allt inte kan göras för alla. En prioritering är därför nödvändig för att klargöra vad som bör ransoneras, men även vad som bör bibehållas eller satsas på.

Problematiken blev under första hälften av 1990-talet föremål för en parlamentarisk utredning, Prioriteringsutredningen, under ledning av Jerzy Einhorn.

Författare

INGEMAR MÅNSSON

docent, överläkare, kommittén för etik-, prioriterings- och vårdgarantifrågor, Västra Götalandsregionen
E-post: ingemar.mansson@vgregion.se

BARBARA RUBINSTEIN

odont dr, vid tiden för undersökningen epidemiolog, Bohuslänstinget, nu vårddataanalytiker, hälso- och sjukvårdskansliet Göteborg, Västra Götalandsregionen.
E-post: barbara.rubinstein@vgregion.se

Utredningens rapport »Vårdens svåra val» [2] ledde till en för statliga utredningar anmärkningsvärt bred debatt om vårdens etiska grundvalar och prioriteringsprinciper. Utredningsrapporten modifierades till ett slutbetänkande med samma namn [3], som ledde fram till propositionen »Prioriteringar inom hälso- och sjukvården» [4], vilken antogs av riksdagen [5]. Detta beslut kallas i denna rapport för Prioriteringsbeslutet.

Prioriteringsbeslutet

Utgångspunkt för hur prioriteringar skall göras inom hälso- och sjukvården är de etiska grundvärden som hälso- och sjukvården vilar på. Prioriteringsbeslutet beskriver hur den etiska plattformen bärs upp av tre pelare: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Andra etiska principer avvisas: nytto-, lotteri-, efterfråge- och självbestämmandeprincipen. På denna plattform byggs ett system med gruppering av prioriteringar i vården (se Faktaruta 1).

Implementering av Prioriteringsbeslutet

Man insåg att Prioriteringsbeslutet fordrade särskilda åtgärder för att få ge-

noms slag. Regeringen tillsatte därför Prioriteringsdelegationen för att understödja processen med att få den etiska plattformen och prioriteringsprinciperna diskuterade, accepterade och implementerade.

En grundförutsättning för att Prioriteringsbeslutet skall få genomslag är att dess bärande element – den etiska plattformen och prioriteringsgrupperingen – kan användas såväl politiskt/organisatoriskt/administrativt som kliniskt och helst accepteras av allmänheten. Men är då grupperingssystemet möjligt att tillämpa kliniskt [6, 7]? Eller är det en ren skrivbordsprodukt som inte praktiskt kan användas på enskilda patienter/vårdkontakter? Då frågan inte har studerats tidigare, vill vi här rapportera om en undersökning som syftar till att belysa problematiken. Behovet av ökad kunskap om prioritering inom hälso- och sjukvården har också nyligen påpekats i en rapport från Socialstyrelsen [8].

Angreppssätt

Alla patient-läkarkontakter under en dag skulle bedömas och placeras i Prioriteringsbeslutets grupper i denna studie, som omfattade såväl slutenvård och öppen länssjukvård, primärvård som pri-

FAKTARUTA 1

Prioriteringsgrupp	Omfattning
I	Livshotande akuta sjukdomar Sjukdomar som utan behandling leder till varaktig invaliditet eller för tidig död Svåra kroniska sjukdomar Palliativ vård och vård i livets slutskede Människor med nedsatt autonomi
II	Prevention Habilitering/rehabilitering
III	Mindre svåra, akuta och kroniska sjukdomar
IV	Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

vatvård i ett avgränsat geografiskt område. Förutsatt att det var möjligt att göra grupperingen skulle undersökningen också ge en beskrivning av fördelningen mellan de olika prioriteringsgrupperna på vårdform, ålder, kön, diagnosgrupp. Studien skulle också innebära att Prioriteringsbeslutets innehåll aktualiserades för de deltagande läkarna.

Undersökningen utfördes inom NU-sjukvården och kringliggande primärvård motsvarande norra Bohuslänstinget och norra delen av landstinget i Älvsborg före bildningen av Västra Götalandsregionen. Upptagningsområdet omfattade ca 280 000 invånare och kan ses som representativt för den del av Sverige som ligger utanför storstadsområdena.

Design och genomförande

Samtliga läkarbesök under ett dygn i öppen vård liksom samtliga inlagda patienter kl 14 skulle registreras på en enkel blankett med följande variabler:

- Ålder
- Kön
- Diagnos enligt ICD-10
- Prioriteringsgrupp (Priogrupp)
- Skattad svårighetsgrad att placera patienten/vårdkontakten i prioriteringsgrupp

Blanketten innehöll också definitioner av prioriteringsgrupperna.

Registreringen medgav inte att en enskild patient eller läkare skulle kunna identifieras, däremot gavs denna möjlighet i fråga om klinik, vårdcentral etc.

Undersökningen genomfördes under ett och samma dygn, en tisdag i september. Det var en normal vardag med normalt bortfall av kapacitet på grund av sjukdom, utbildning etc, allt enligt rapporter från klinik- och vårdcentralscheferna.

Material

Det registrerade materialet utgjordes av 3 570 patient-läkarkontakter, vilket motsvarar en svarsfrekvens över 90 procent. Från materialet exkluderades 136 fall (förlösningar, vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård samt blanketter som saknar uppgift om prioriteringsgrupp). Det här redovisade materialet omfattar således 3 434 patient-läkarkontakter, som fördelade sig på vårdform enligt Tabell I, vänstra kolumnen.

Resultat: Lätt att gruppera, kanske pseudolätt?

I 83 procent av fallen fann läkarna det mycket lätt eller lätt att placera i grupp enligt Prioriteringsbeslutet. Endast i 4 procent av fallen fann de det vara svårt eller mycket svårt (Tabell II, ko-

lumnens längst till höger). Grupperings-svårigheterna var störst bland de patienter som kom att föras till Priogrupp II (Tabell II). Vari svårigheterna bestod kan inte analyseras på basen av denna undersökning, inte heller kan man utläsa vilken prioriteringsgrupp som var alternativet till grupp II. En förmodan är att svårigheterna uppstått då patienten haft en sjukdom som behövt såväl rehabilitering (grupp II) som medicinsk vård (grupp I eller III).

Även vid symtomdiagnoser uppstod vissa svårigheter att placera i prioriteringsgrupp, vilket kan sägas ligga i sakens natur, eftersom Prioriteringsbeslutet förutsätter att en medicinsk bedömning gjorts och helst diagnos ställts före prioritering.

I övrigt var de sparsamt förekommande grupperingssvårigheterna inte korrelerade till ålder, kön, vårdform eller diagnos.

Resultaten visar således att det ställde sig lätt för läkarna att placera patientkontakterna i prioriteringsgrupp. Berodde det på att metoden för gruppering

var lätt att använda – eller skulle det kunna bero på att man tog alltför lätt på uppgiften?

Hur bedömdes akut tonsillit? Vi undersökte ett exempel, där svårigheter att placera i prioriteringsgrupp borde ge sig till känna. Hur bedömdes akut tonsillit: som en mindre allvarlig akut sjukdom (grupp III) eller som en sjukdom som utan behandling leder till livshotande komplikationer (grupp I)? Utfallet framgår av Tabell III. Den varierande grupperingen av patient-läkarkontakterna vid denna diagnos skulle kunna vara ett uttryck för att grupperingsanvisningen kan tolkas olika. Om så skulle vara fallet, borde det då inte ha varit svårt att placera i prioriteringsgrupp?

Den här beskrivna tveksamheten gäller dock ett tillstånd med särskilda svårigheter. Sådana svårigheter finns endast i undantagsfall, och vi räknar med att det i regel varit lätt att placera i grupp, när så har angetts. Vid tolkningen av resultaten bör man dock vara med-

Tabell I. Procentuell fördelning av prioriteringsgrupp efter vårdform.

Vårdform	Antal	Prioriteringsgrupp			
		I	II	III	IV
Privat öppenvård	153	17	8	69	6
Primärvård	1 337	20	12	64	4
Länssjukvård, öppenvård	1 082	41	17	38	4
Länssjukvård, slutenvård	862	70	19	11	0
Totalt	3 434	39	15	43	3

Tabell II. Svårighet att klassificera enligt Prioriteringsbeslutet. Procentuell fördelning av svårighetsgradering inom prioriteringsgrupperna, där svårighetsgrad 1 är mycket lätt och svårighetsgrad 6 mycket svårt. Från materialet har exkluderats 97 fall där svårighetsgraden inte angetts.

Svårighetsgrad	Prioriteringsgrupp				Totalt N=3 337
	I N=1 293	II N=500	III N=1 432	IV N=112	
1	72	53	66	68	66
2	15	20	18	16	17
3	7	15	8	8	8
4	4	7	4	6	5
5	2	4	3	0	3
6	1	1	1	2	1

Tabell III. Antal patienter med akut tonsillit uppdelade efter prioriteringsgruppering och prioriteringens svårighetsgrad.

Svårighetsgrad	Prioriteringsgrupp				Summa
	I	II	III	IV	
1	0	0	13	0	13
2	5	1	2	0	8
3	0	0	2	1	3
4-6	0	0	0	0	0
Summa	5	1	17	1	24

ANNONS

veten om att fenomenet »pseudolätt» kan förekomma.

Diskussion

Gruppering enligt Prioriteringsbeslutet är således möjlig att använda i kliniska fall. Detta kan vara till hjälp vid prioritering av enskilda fall och då en klinisk policy utarbetas. En kartläggning av prioriteringsgrupperna, såsom denna, ger också ett mått på patient-läkarkontaktens fördelning enligt Prioriteringsbeslutet. Har man någon användning för dessa grova mått? Och vem har användning för dem och på vilket sätt?

Prioriteringsgruppering kan, enligt vårt förmenande, inte ensamma ligga till grund för prioriteringsbeslut, men de kan stimulera till och förbättra debatten om prioriteringsfrågor. Åtminstone några föreställningar bland såväl profession, politiker som allmänhet om vilka patienter som vårdas borde kunna bekräftas eller vederläggas. Inte minst kan undersökningsresultaten vara av värde i dialogen mellan dessa aktörer. Vi vill här ge två exempel på information som kan hämtas ur vår undersökning: prioriteringsgruppers fördelning på vårdform och ålder.

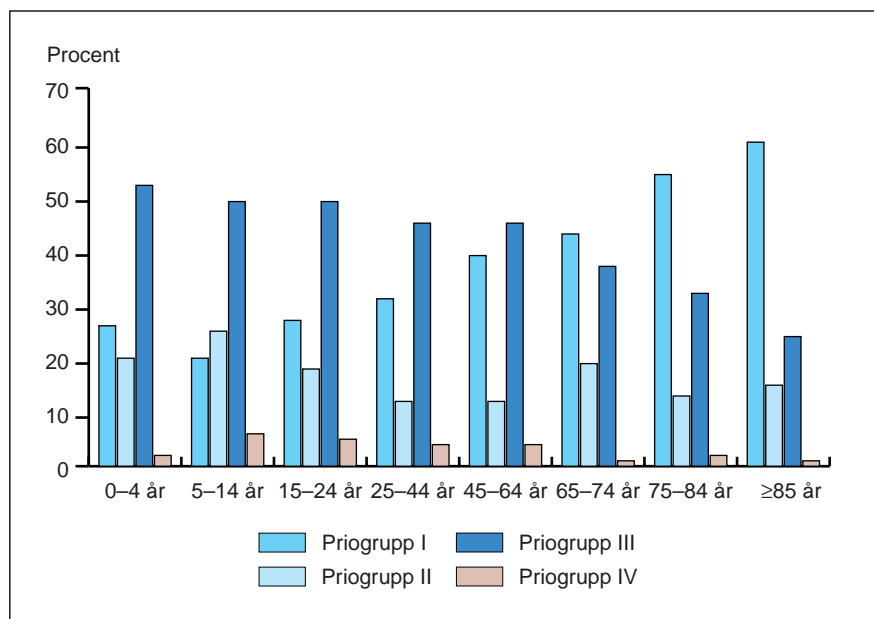
Prioriteringsgrupper och vårdform. Patientmaterialet fördelade sig på prioriteringsgrupper enligt Tabell 1. Hög prioritet var mest frekvent bland patienterna i slutenvård, lägst i primärvård och privatvård medan öppen sjukhusvård förhöll sig mittemellan. Endast ett ringa antal patient-läkarkontakter placerades i grupp IV.

Prioriteringsgrupp och ålder. Andelen patient-läkarkontakter som placerats i de olika prioriteringsgrupperna varierade påtagligt i förhållande till patientens ålder (Figur 1). Andelen som placerats i Priogrupp I ökar med patientens ålder, medan andelen i Priogrupp III minskar. Således placerades 60 procent av patienterna över 85 år i Priogrupp I och endast 25 procent i Priogrupp III. Bland barnen i åldrarna 5–14 år bedömdes däremot 20 procent tillhöra Priogrupp I medan nära 50 procent fördes till Priogrupp III. Priogrupp II, som ju inrymmer förebyggande åtgärder liksom habilitering/rehabilitering, var mera frekvent bland barn och ungdomar än bland de äldre.

Denna undersökning avser förhållandena vid ett enstaka tillfälle. Upprepade undersökningar bör kunna göras för att belysa förändringar i vården efter politiska beslut, strukturförändringar m m.

Brister i data från studier av prioriteringsgruppering

Det studerade materialet utgör ett stickprov, vilket gör att resultaten skall



Figur 1. Procentuell fördelning av prioriteringsgrupper i olika åldersgrupper i totalmaterialet. (Åldersgrupperna täcker olika tidsintervall, och antalet individer per intervall varierar.)

tolkas med omsorg och försiktighet. Upprepade studier och större material ger större säkerhet. Ändå finns i metoden inbyggda egenskaper, som gör att resultatens giltighet begränsas, t ex:

- Undersökningen kartlägger endast antalet patient-läkarkontakter. Således ger den ingen information om huruvida kontakten gällt diagnostik, behandling eller uppföljning; den tar inte hänsyn till tidsåtgång, resursförbrukning eller behandlingseffekt, den omfattar bara läkarbesök etc.

- Prioriteringsbeslutet säger att graden av behovstillfredsställelse skall vara störst bland dem i högre prioriteringsgrupper. Den aktuella undersökningen belyser inte om så sker, bland annat genom att det är okänt hur stora de otillfredsställda behoven är.

Data från undersökningar som denna kan inte direkt användas i diskussioner om den gängse kliniska väntetidsprioriteringen (O, F, FF, akut och liknande), eftersom den senare avser en tidsprioritering. Prioriteringsbeslutet definierar däremot principerna för prioritering av vården efter angelägenhet. Således placerar Prioriteringsbeslutet elektiv vård, t ex svåra kroniska sjukdomar, i Priogrupp I och habilitering i Priogrupp II, medan akuta men mindre allvarliga tillstånd sätts i Priogrupp III. Tidsmässigt högprioriterade fall kan alltså ha en relativt låg angelägenhetsprioritet. Även om det sannolikt ofta föreligger ett samband mellan traditionell klinisk tidsprioritering och angelägenhetsprioritering, är det viktigt att hålla isär begreppen.

Sammanfattning

Även om Prioriteringsbeslutets grupperingssystem ursprungligen till-

kom som en skrivbordsprodukt, visar denna undersökning att systemet går att tillämpa på patienter inom primärvård och länssjukvård, såväl öppen som slutenvård. Undersökningen ger också en bild av fördelningen på prioriteringsgrupp av patient-läkarkontakter i olika vårdformer, olika åldrar m m. En prioritering – såväl på klinisk som på politisk/administrativ nivå – kräver att många ytterligare faktorer vägs in. Denna undersökning tillför således ett bidrag till prioriteringsfrågan, men den löser den givetvis inte.

Referenser

1. Behov och resurser i vården – en analys. Delbetänkande av HSU 2000. SOU 1996:163.
2. Vårdens svåra val. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. SOU 1993:93.
3. Vårdens svåra val. Slutbetänkande från prioriteringsutredningen. SOU 1995:5.
4. Regeringens proposition 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
5. Riksdagsbeslut 1996/97:SOU 14, rskr 1996/97:60.
6. Simonsson M. Undran om prioriteringsdelegationen/-utredningen. Läkartidningen 1999; 96: 2835.
7. Nordström-Eriksson A. Replik: Riktlinjerna baseras på etiska principer. Läkartidningen 1999; 96: 2835.
8. Prioriteringar i sjukvården. Beslut och tillämpning. SoS-rapport 1999:16.