# Nationell expertgrupp för horisontell prioritering

## Etablering och uppdrag

**Bakgrund**

Behovet av resurser till välfärden ökar snabbare än skatteintäkterna. Barn, unga och äldre (>80-85 år) ökar under de närmaste 15-20 åren snabbare än gruppen som är i arbetsför ålder, samtidigt som Sverige under 2020 dels gått in i en lågkonjunktur som förväntas fortsätta under 2021 och eventuellt längre[[1]](#footnote-1), dels hanterat covid 19-pandemin med stora konsekvenser för hälso- och sjukvården och samhällsekonomin. Till detta kommer en intensiv medicinsk teknologisk utveckling som resulterar i alltfler kostnadskrävande – om än kostnadseffektiva – behandlingar (inte minst för äldre), vilket även leder till växande patientgrupper och ett allt vidare uppdrag för hälso- och sjukvården.

Den svenska hälso- och sjukvården är en kollektiv nyttighet vars resurser enligt hälso- och sjukvårdslagen ska fördelas efter behov. Eftersom resurserna aldrig räcker till allt som är önskvärt eller möjligt är prioriteringar nödvändiga. Riksdagen har beslutat att de tre etiska principerna om människovärde, behov/solidaritet och kostnadseffektivitet ska vara vägledande för prioriteringar på alla nivåer i hälso- och sjukvården.

På denna grund har en nationell modell för prioriteringar utarbetats i samarbete mellan Socialstyrelsen, professionsföreningar, regioner (f.d. landsting) och Prioriteringscentrum. Modellen har använts länge vid s.k. vertikala prioriteringar, dvs. val av åtgärder/insatser inom en patientgrupp eller ett ämnesområde.

Horisontella prioriteringar innebär däremot att välja mellan (eller välja bort) metoder och åtgärder av skilda slag för sjukdomsgrupper inom olika verksamhetsområden, med skilda typer och grader av behov. Sådana prioriteringar utgörett centralt moment i kunskapsstyrningen, på alla nivåer och i många sammanhang.

Erfarenheter tyder på att det finns betydelsefulla skillnader i förutsättningar för vertikal respektive horisontell prioritering. Vid vertikal prioritering finns ofta en samsyn som har sin grund i gemensam klinisk och vetenskaplig hemvist. Det finns en outtalad, men gemensam uppfattning om vad som menas med exempelvis ”svår sjukdom” och ”effektiv behandling”.

Vid horisontell prioritering saknas den samsynen och den outtalade tolkningen av nyckelbegreppen blir olika. I en nyligen genomförd analys av bedömningen av svårighetsgrad inom nationella riktlinjer vid Socialstyrelsen framgår diskrepanser mellan olika områden[[2]](#footnote-2). Därför behövs mer uttalade principer och definitioner av centrala begrepp.[[3]](#footnote-3)

Likvärdiga prioriteringar förutsätter gemensamma nationella metoder, baserade på gemensamma antaganden, principer och värderingsmässiga ställningstaganden utvecklade på grundval av den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvården så som den uttrycks i proposition 1996/97:60 och senare lagstiftning (hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30 och lag om läkemedelsförmåner, 2002:160). Dessa saknas huvudsakligen idag och för att utveckla dem behövs ett nationellt forum med representanter för huvudmän, myndigheter och akademi.

En välbesökt workshop genomfördes våren -19 med representanter för de presumtiva intressenterna, där man enades om behovet av ett sådant forum. Ett första förslag till uppdrag utarbetades av NSG Metoder för kunskapsstöd under hösten -19, men återremitterades för revidering avseende gruppens organisatoriska hemvist, vilken part som bör vara huvudansvarig och hur uppdraget kan finansieras. En arbetsgrupp bestående av Lars Sandman, Prioriteringscentrum, NT-rådet och Västra Götalandsregionen, Mattias Fredricson och Sofia von Malortie, Socialstyrelsen, Jan Liliemark, SBU, MTP-rådet och NT-rådet, Sofie Alverlind, NT-rådet, Jan Kilhamn, Västra Götalandsregionen, Lars Lindholm, Umeå universitet samt Susanne Waldau, NSG Metoder för kunskapsstöd, har därpå utarbetat föreliggande förslag.  
**Etablering**

Under våren 2020 formas och tillsätts en arbetsgrupp för att arbeta med uppdraget nedan. Arbetsgruppen föreslås benämnas Nationell expertgrupp för horisontell prioritering. Detta för att uttrycka dels att den skiljer sig från de nationella arbetsgrupperna inom regionernas system för kunskapsstyrning, dels att ledamöterna i första hand är utsedda i kraft av sin expertkompetens (även om gruppen ska vara arbetande). Benämningen är också anpassad till det avgränsade uppdrag som beskrivs nedan.

Partnerskapet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården föreslås etablera expertgruppen. Detta eftersom gruppen föreslås innefatta representanter från såväl sjukvårdshuvudmän och myndigheter som akademi. Prioriteringscentrum föreslås vara huvudansvarig för arbetet och leda gruppens arbete. Regioner och myndigheter bidrar med resurser i form av arbetskraft.

**Uppdrag**

Den nationella expertgruppen ska utarbeta förslag till modell för horisontell prioritering. Modellen bör vara användbar såväl inom det nationella systemet för kunskapsstyrning som för myndigheterna inom partnerskapet och övriga deltagande aktörer. Arbetet utgår från befintliga prioriteringsmodeller samt erfarenheter av horisontell prioritering.

Modellen för horisontell prioritering ska bidra till jämlik vård och hälsa och präglas av transparens för att vinna förtroende bland berörda intressenter, bl.a. medborgare och profession.

Arbetet med att utforma modellen ska omfatta att utreda och lägga förslag kring följande frågor:

* Kostnadseffektivitetströsklarnas konstruktion och nivå i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.
* Gemensamma kriterier för olika nivåer av svårighetsgrad och effekter i termer av överlevnad och hälsorelaterad livskvalitet. Särskild vikt bör läggas vid att harmonisera bedömningen av förebyggande insatser med insatser gentemot aktuella tillstånd.
* Utifrån den föreslagna modellen ta fram specifika kriterier för att identifiera områden/interventioner/teknologier/metoder som är lågprioriterade utifrån behov och kostnadseffektivitet.
* Hur olika rangordningsnivåer förväntas uttolkas och omsättas vid beslutsfattande och i klinisk praktik.

Expertgruppen förväntas även lägga förslag om hur behovet av handledning till dem som ska använda modellen bör mötas och stödet organiseras.

Likaså förväntas expertgruppen lägga förslag om hur det fortsatta erfarenhetsutbytet och utvecklingsarbetet på nationell nivå bör organiseras.

**Förankring av arbetet**

En referensgrupp med företrädare för intressenter utses för löpande kommunikation och förankring. Förslaget till modell sänds på bred remiss.

Med hjälp av Partnerskapet förankras arbetet även i exempelvis SKR:s lärandeträffar, HSD-nätverk och sjukvårdsdelegation.

**Tidplan och leveranser**

Första halvåret 2020 utses ledamöterna i den nationella expertgruppen. På sensommaren genomför gruppen initiala möten för att lägga upp arbetet.

Under hösten 2020 utses också referensgruppen av den nationella expertgruppen. Den tillsätts av Partnerskapet efter förslag från expertgruppen. Denna har 2-3 möten årligen och fungerar däremellan som bollplank för arbetsgruppen.

Under 2020/-21 utarbetas förslag till modell som hösten 2021/våren 2022 sänds på remiss till en vid krets varpå den revideras. Delleveranser kan förekomma under den tiden och gärna testas i pilotarbeten. Expertgruppen tar fram en mer detaljerad tidsplan inkl. delleveranser.

Under arbetets gång utarbetar arbetsgruppen samtidigt förslag om organisering av handledarstöd samt fortsatt erfarenhetsutbyte och utvecklingsarbete.

Förankrat förslag till modell samt förslag om fortsatt organisering finns framme senast 31/12 2022. Modellen fastställs därefter, publiceras, kommuniceras och sprids enligt särskild kommunikationsplan.

**Expertgruppens ledamöter**

För att uppnå största möjliga nationella enhetlighet bör expertgruppen bestå av experter med relevant kompetens från Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, TLV, NT/MTP-rådet, Prioriteringscentrum samt regionerna. Vägledande för urvalet av experterna är metodkunskap och praktiska erfarenheter av prioriteringsarbete. Regionernas representanter väljs med avseende på huruvida de arbetat med metodutveckling i en huvudmannakontext. Gruppen utses av partnerskapet efter beslut om deltagande från respektive aktör. Gruppen kan till sig adjungera nödvändiga kompetenser tillfälligt eller fortlöpande.

Myndigheterna och Prioriteringscentrum nominerar sina representanter. SKS nominerar regionernas representanter på förslag från NSG Metoder för kunskapsstöd.

Arbetsgruppens resultat i form av förslag till modell prövas praktiskt inom utvalda NPO-er och myndigheter.

**Resursuppskattning**

Gruppen genomför 4-6 möten per år varav ett par heldagsmöten samt förberedelsearbete 1-2 dagar arbete däremellan.

**Uppföljning och utvärdering**

Expertgruppen avrapporterar till partnerskapet för kunskapsstyrning. Dess funktion och sammansättning utvärderas årligen i samband med ordinarie uppföljning.

1. Referat från Ekonomirapporten, oktober 2019, SKR [↑](#footnote-ref-1)
2. Personlig kommunikation Mari Broqvist, Prioriteringscentrum. [↑](#footnote-ref-2)
3. Referat från Lindholm L m.fl. Synpunkter på prioriteringsarbetet från grupp fem, Västerbottens läns landsting 2011 samt Metodbeskrivning, Praktisk tillämpning av de föreslagna principerna för horisontell ranking i Västerbottens läns landsting 2017 [↑](#footnote-ref-3)