

Prioriteringar och personliga hjälpmedel

Maj 2007
Samarbetsrådet för hjälpmedel

Erika Hägg, Solveig Landström, Lena Olsson, Cecilia Pehrsson, Anke Samulowitz,
Bosse Zetterlund

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Bakgrund till uppdraget.....	4
Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel	4
Hjälpmedelsförskrivning i Sverige.....	4
Omvärldsbevakning.....	4
Fler produkter	4
Delaktighet och design	5
Medicintekniska produkter	5
Behovsbedömning.....	5
Hjälpmedel är en del av vård och behandling.....	5
Begrepp, principer, tankemodeller.....	6
Prioritering och närbesläktade begrepp.....	6
Viktiga principer	6
Tankemodeller.....	7
Handbokens grundprinciper.....	9
Egenansvar.....	9
Antal utrustningar.....	9
Fritidsaktiviteter.....	10
Grundutrustning	10
Rekonditionerad/likvärdig produkt.....	10
Personliga hjälpmedel är ett lån.....	10
Etiska dilemman	11
Efterfrågan och behov	11
Direkt kostnad och indirekt kostnad	11
Etiska frågor som vi behöver förhålla oss till.....	11
Framtiden	12
Vad borde göras?	12
Förskrivarutbildning	13
Statistik och jämförelser.....	13
Uppföljning och utvärdering	13
Resursfördelning.....	13
Uppslag till FoU	13
Egenansvar för hälsa.....	14
Litteratur	15
Bilagor	
Regiongemensamma prioriteringar	
Socialstyrelsens rangordningslista	
ICF	

Sammanfattning

Samarbetsrådet för hjälpmedel har våren 2006 utsett en arbetsgrupp "Prioriteringar inom hjälpmedelsområdet". Gruppen har fått uppdraget att upprätta en prioriteringsordning för förskrivning av personliga hjälpmedel. Syftet med uppdraget har varit att skapa en samsyn i Västra Götaland om hur man prioriterar när de ekonomiska förutsättningarna ger större begränsningar än regelverket för hjälpmedelsförskrivning. Det betonades också att en eventuell prioriteringsordning ska stå i samklang med de övergripande medicinska prioriteringarna i Västra Götalandsregionen.

Arbetsgruppen har kommit fram till att det inte är möjligt att rangordna diagnoser eller hjälpmedel vid hjälpmedelsförskrivning, eftersom det är behoven utifrån funktionshindret som skall styra. Samma diagnos kan ge olika funktionsnedsättningar och samma hjälpmedel kan fylla olika funktioner.

Den idag gällande "Handboken för förskrivning av personliga hjälpmedel" följer ett genomtänkt synsätt om prioriteringar. Hjälpmedelsförskrivningen kan ytterligare kostnadseffektiviseras genom implementering av handbokens grundprinciper. Det är troligt att en bättre förankrad handbok skulle minska/begränsa behovet av ytterligare inskränkningar.

Själva samhällsutvecklingen går mot ett ökat egenansvar hos brukare/patient, större tillgänglighet och fler produkter designade för alla. Ett ökat egenansvar hos brukaren/patienten och ett tillgängligare samhälle kan minska behovet av personliga hjälpmedel.

För att möjliggöra ytterligare samhällsekonomiska vinster kan omfördelningar behöva göras över organisations- och kostnadsgränser. Förskrivning av hjälpmedel i en organisation kan ge vinster i en annan organisation.

Exempel på verktyg för att åstadkomma en utveckling i den ovan beskrivna riktningen är en handboksbaserad förskrivarutbildning, en utökad användning av statistik, att ge konceptet "design för alla" en större genomslagskraft, fler och bättre uppföljningar av hjälpmedelsförskrivning, riktad FoU som bl. a. inkluderar fler kostnadsnyttoanalyser av hjälpmedelsanvändning.

Bakgrund till uppdraget

Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel

I december 2005 infördes ett nytt regelverk i Västra Götaland, "Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel". I handboken ingår riktlinjer och produktanvisningar som är gällande för alla verksamheter i Västra Götalandsregionen och i alla 49 kommuner i Västra Götaland där man förskriver personliga hjälpmedel.

När det tidigare regelverket omarbetades gjordes en genomgång av bl.a. hjälpmedel som kan förskrivas och kriterier för förskrivning. Det viktigaste målet med den nya handboken har varit att verka för en ökad likställdhet i hjälpmedelsförskrivningen oavsett var i Västra Götaland brukaren/patienten bor eller inom vilken verksamhet hon eller han får vård. Den nya handboken har blivit mera detaljerad, minskat tolkningsutrymmet och minskat behovet av lokala anvisningar.

Verksamheter har signalerat farhågor om vad som händer om de ekonomiska förutsättningarna ändras. Några verksamheter hade redan gjort avsteg från handboken för att begränsa hjälpmedelsförskrivningen. Samtidigt kvarstår att personliga hjälpmedel är en del i vård och behandling och att vård skall ges på lika villkor. Således har det uppstått behov av en gemensam prioriteringsordning om man inte kan leva upp till intentionerna i handboken. Samarbetsrådet för utveckling av hjälpmedelsområdet har tillsatt arbetsgruppen "prioriteringar inom hjälpmedelsområdet".

Hjälpmedelsförskrivning i Sverige

Förskrivningen av personliga hjälpmedel är reglerad i Hälso- och sjukvårdslagen. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor till befolkningen. Det är dock upp till varje sjukvårdshuvudman att fastställa vad man förskriver som hjälpmedel inom hälso- och sjukvården. Det har resulterat i stora skillnader i Sverige, dels avseende vad (vilka hjälpmedel) som förskrivas, dels i vilken omfattning man tar ut egenavgifter och dels hur man definierar brukarens/patientens egenansvar.

Personer med funktionshinder ska beredas möjlighet till ett aktivt och jämlikt deltagande i samhällslivet. En förutsättning för delaktighet för personer med funktionshinder är tillgång till den vård och de hjälpmedel som behövs för att kompensera en funktionsnedsättning. Hjälpmedel är en del i vård och behandling och förskrivningen ska dels ske utifrån brukarens/patientens hela livssituation och dels utifrån brukarens/patientens samlade vård- och behandlingsinsatser.

Omvärldsbevakning

Fler produkter

Hjälpmedelsvärlden förändras kontinuerligt. Teknikutvecklingen och medicinsk forskning har bidragit till en ökad mängd hjälpmedel och till hjälpmedel för nya behovsgrupper, ex. personer med kognitiva funktionshinder. Det har också i flera år funnits en konstant ökning av efterfrågan av befintliga hjälpmedel, ex. rullstolar.

Delaktighet och design

Kunskaperna och kraven hos brukarna har ökat när det gäller möjligheten till delaktighet i samhället. Hjälpmedel är en del av vård och behandling och en del av vardagen. Brukaren ställer större krav på design av hjälpmedel som ska passa in i vardagen. Genom ökade krav på tillgänglighet, ett samhälle för alla, har både miljöer och produkter blivit mera tillgängliga. En del produkter som tidigare förskrivits som hjälpmedel har nu blivit produkter som underlättar vardagen för många och som finns att köpa i allmän handel.

Medicintekniska produkter

De flesta hjälpmedel för daglig livsföring och vård och behandling är medicintekniska produkter. Detta innebär att hjälpmedlet är konstruerat för att användas vid funktionshinder. Grundprincipen är att endast hjälpmedel som CE-märkts enligt det medicintekniska direktivet kan förskrivas som hjälpmedel. Undantag finns, framförallt när nya behovsgrupper identifieras och hjälpmedel/produkter utvecklas för att kompensera "nya" funktionsnedsättningar. Samtidigt ökar kraven att enbart hjälpmedel får förskrivas som är säkra att använda.

Behovsbedömning

Trenden idag är att hjälpmedel förskrivs utifrån behovsbedömning och inte utifrån diagnos. Det speglar en ambition att personer med funktionshinder ska ha samma rättigheter och skyldigheter som andra medborgare. Hjälpmedel förskrivs för att öka delaktigheten hos personer med funktionshinder men inte för att ge "ett plåster på såret" för att man har en sjukdom eller ett funktionshinder.

Den nya portalen för hjälpmedelsförskrivning i Stockholms Läns Landsting som lanserats vid årsskiftet 2004-2005 är ett tydligt exempel för hur man kan bygga upp regelverk för hjälpmedelsförskrivning utifrån behovsbedömning. "Hjälpmedelsguiden" är strukturerad efter olika behov och till dessa kopplas olika hjälpmedel som kan vara aktuella för förskrivning. Behoven följer en behovstrappa, där de mest grundläggande behoven skall tillgodoses först. När ekonomin begränsar möjligheten att förskriva hjälpmedel sätter man upp behoven på en planeringslista. Det kan t.ex. innebära att behovet av hjälpmedel för förflyttning utanför bostaden får anstå under en period, oavsett vilket hjälpmedel brukaren skulle behöva för det. Däremot kan man aldrig prioritera utifrån en särskild produktgrupp, ex. elrullstolar.

Hjälpmedel är en del av vård och behandling, hjälpmedelskostnader kan påverka andra kostnader

Människor lever längre idag och har ett mera aktivt liv, fler äldre människor bor allt längre i sina hem. Det innebär att fler personer behöver hjälpmedel i hemmiljön. Mycket av sjukvårdande behandling kan idag utföras i hemmen vilket ger behov av andra typer av hjälpmedel än de traditionella hjälpmedlen för funktionshindrade.

Kostnaden för hjälpmedel måste ses i samband med andra hälso- och sjukvårds- och samhällsinsatser. Utöver en ökad livskvalité för brukare och närstående kan en adekvat hjälpmedelsförskrivning spara pengar för samhället genom t.ex. möjligheten för brukaren att vara kvar i förvärvslivet eller ett minskat behov av hemtjänst. Det finns en uppmärksamhet idag på totala samhällskostnader/-besparingar. Även om medvetenheten finns är det svårt för den enskilda verksamheten att belasta den egna budgeten till förmån för en annan verksamhet eller samhället som kan göra bespa-

ringar. Det finns ett stort behov av fler studier som belyser nytto- och kostnadseffekter.

Begrepp, principer och tankemodeller

Hjälpmedel är en del av vård och behandling och bör därmed prioriteras ihop med andra typer av åtgärder. Det är behoven utifrån funktionshindret som skall styra. Valet av ett personligt hjälpmedel görs utifrån en bedömning av vilken effekt och nytta hjälpmedlet får för personens kroppsfunktioner, aktivitet, delaktighet m.m.

Samma diagnos kan ge olika funktionsnedsättningar och samma hjälpmedel kan fylla olika funktioner. Att rangordna diagnoser eller hjälpmedel fungerar således inte. Man kan inte prioritera genom att göra en rangordningslista över hjälpmedel utan det handlar snarare om att sätta kriterier för förskrivning. "Handboken för förskrivning av personliga hjälpmedel" har redan satt vissa ramar för hur man prioriterar vissa funktioner/aktiviteter/behov framför andra, vilket också ger en tydligare koppling till ekonomin än tidigare regelverk.

Prioritering och närbesläktade begrepp

Prioritering innebär att ge företräde eller förtur åt någon eller något. Genom medvetna val rangordnas övervägda alternativ. Något sätts före något annat.

Ransonering är ett medvetet val att inte åtgärda ett behov optimalt. Ransonering kan t.ex. innebära att lägre mål sätts för vården. Insatsen kan begränsas till att klara den mest kroppsnära personliga vården och att det som har att göra med fritiden ransoneras bort. Mål sätts kanske med en lägre självständighetsgrad där patienten istället får räkna med att behöva hjälp i olika aktiviteter.

Omfördelning kan handla om att fördela om resurser inom ett hjälpmedelsområde, mellan olika hjälpmedelsområden eller mellan hjälpmedelsområdet och övriga delar inom hälso- och sjukvården.

Effektivisering kan avse förbättringsarbeten i vården t.ex. i form av ändrade rutiner som gör det möjligt för patienter att oförändrat få sitt vårdbehov tillgodosett trots minskade resurser. Det kan också handla om vinster genom upphandlingar eller organisationsförändringar som leder till effektivare vård.

Utbudsminskning kan påverkas av vilka krav man ställer på hjälpmedlet avseende funktion, säkerhet och design, bl.a. i upphandlingar. Ett exempel för utbudsminskningar inom vården är att begränsa antalet förskrivare, vilket indirekt påverkar hjälpmedelsförskrivningen.

Viktiga principer

Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rättigheter oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Det är

alltså inte förenligt med denna princip att låta människor stå tillbaka enbart på grund av kön, ålder, social ställning eller inkomst m.m.

Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer etc.) där behoven av vård är störst. Solidaritet innebär i det här sammanhanget att de som har mindre behov av vård ska stå tillbaka för dem som har större behov även om konsekvensen blir att inte alla får sina behov tillfredsställda. De som är ansvariga för hälso- och sjukvården har ett alldeles särskilt ansvar att beakta behoven hos de med nedsatt autonomi. Exempel på personer med nedsatt autonomi kan vara barn, dementa, gravt psykiskt störda personer och personer med språksvårigheter. När deras behov väl är bedömda ingår de i den vanliga prioriteringsordningen utifrån storlek på behov och nyttan av de insatser som kan vara aktuella. Personer med nedsatt autonomi är alltså inte per automatik en prioriterad grupp för behandlingsinsatser, vilket är en vanlig missuppfattning idag.

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att hälso- och sjukvården har ett ansvar för att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt utan att patientsäkerhet och god kvalitet åsidosätts. För att kunna göra en prioritering i det enskilda fallet har alla patienter rätt till en medicinsk bedömning. Först efter en sådan bedömning är det möjligt att säga om och i så fall vilket behov en enskild person har av hälso- och sjukvård och om hälso- och sjukvården kan uppfylla det.

Tankemodeller

I syftet till arbetsgruppens uppdrag kring prioriteringar ingår att skapa en prioriteringsordning som står i samklang med de övergripande medicinska prioriteringarna i Västra Götalandsregionen. Arbetets fokus skall ligga på hjälpmedelsområden som inte ligger inom ansvarsområdet för befintliga sektorsråd.

Regiongemensamma prioriteringar, se bilaga

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården är ofrånkomliga då resurserna för vård och omsorg inte är outtömliga. Befolkningen som finansierar vården och patienterna som kanske inte fullt ut får sina förväntningar uppfyllda måste ha möjlighet att förstå de bakomliggande resonemangen. Riktlinjerna för prioritering är baserade på tre etiska principer; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen, se ovan.

De medicinska sektorsråden svarar för **vertikala prioriteringar**, en rangordning INOM ett verksamhetsområde (ex PV) eller en sjukdomsgrupp (rörelseorganens sjukdomar), Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutar om **horisontella prioriteringar**, en rangordning MELLAN olika verksamhetsområden eller sjukdomsgrupper. I detta sammanhang är bara de vertikala prioriteringar relevanta.

Prioriteringar sker huvudsakligen genom prioriteringsgrupper (I-IV) och angelägenhetsgrad (1-10). Habilitering/ rehabilitering inkl. hjälpmedel återfinns under prioriteringsgrupp II och många hjälpmedelsförskrivningar återfinns under angelägenhetsgrad 4 (risk för förväntad försämring/ej vidmakthållen funktion/ADL-nivå). Bedömningsvariabler för prioriteringar som används stämmer inte överens med "priorite-

ringstänk” inom hjälpmedelsområden av mer ”tvärsektoriell karaktär” och ger inte tillräcklig ledning för att prioritera inom hjälpmedelsförskrivningen.

Man talar även om ”Åtgärdsrioritering” där man dels ser till åtgärdens effekt/nytta, dels till evidens och dels till risk med åtgärd. Terminologin under ”Åtgärdens effekt/nytta” är svår att tillämpa inom hjälpmedelsområdet. Det behövs även mera vetenskaplig dokumentation samt en systematisk sammanställning (evidens) över den forskningen som finns. Studier som inkluderar hjälpmedel finns i allt för liten utsträckning idag.

Socialstyrelsens rangordningslista, se bilaga

Socialstyrelsen har i en nationell utredning, ”Riktlinjer för vård och behandling” bl. a. tagit fram rekommendationer om prioriteringar, en rangordningslista. I rangordningslistan ingår åtgärder med dokumenterad effekt eller stöd i ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. En prioritering görs utifrån en skala 1–10. (10 = Ingen prioritet: åtgärder med liten medicinsk nytta i förhållande till kostnaden för åtgärden vid de aktuella sjukdomstillstånden). Svåra sjukdomstillstånd och kostnadseffektiva åtgärder prioriteras högre än mindre allvarliga sjukdomstillstånd och mindre kostnadseffektiva åtgärder.

Rangordningslistan ska användas som stöd för individuella beslut i vardagssjukvården, policybeslut på klinisknivå (beslut om resursfördelning, ställningstagande till nya teknologier och indikationer), beslut om resursfördelning mellan olika sjukdomsgrupper och som underlag för lokala och regionala vårdprogram.

Prioriteringen ska ske utifrån sjukdomstillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt, biverkningar eller risker med åtgärden, kostnadseffektiviteten och vilka alternativa åtgärder som finns.

Denna rangordningslista är mer intressant att granska i förhållande till hjälpmedelsområdet. Fortfarande fattas åtgärder med dokumenterad effekt eller stöd i ”vetenskap och beprövad erfarenhet” när det gäller hjälpmedel. Men det skulle vara möjligt att använda denna modell för att starta ett utvecklingsarbete. Inom rehabilitering finns patienter med livslånga funktionshinder vilket ger krav på ökad systematisk kunskap om patient/brukarnytta och där förskrivning av hjälpmedel även kan ställas i relation till andra behandlingsinsatser.

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), se bilaga

ICF är antagen av Världshälsoorganisationen (WHO) och utgiven på svenska av Socialstyrelsen. ICF erbjuder en struktur för att beskriva funktionsförmåga och funktionshinder i relation till hälsa. Det är möjligt att beskriva ett funktionstillstånd dels genom kroppens funktioner/-strukturer och aktiviteter/delaktighet, dels genom omgivnings- och personfaktorer. Det är tilltalande att använda ICF som en förklarings- och bedömningsmodell avseende hjälpmedel. Det är inte diagnosen som ska ligga till grund för hjälpmedelsförskrivningen utan på vilket sätt hjälpmedel kan påverka funktion, aktivitet och delaktighet.

Handbokens grundprinciper

”Handboken för förskrivning av personliga hjälpmedel” innehåller flera grundprinciper och ställningstaganden som är kopplade till ett resonemang om prioriteringar och som därmed har en direkt påverkan på ekonomin. I handbokens grundprinciper finns det exempel på ransonering, effektivisering och utbudsminskning när man jämför med tidigare gällande regelverk. Detta kan ses som ett sätt att kontrollera kostnadsutvecklingen. Ur grundprinciperna har en gemensam tillämpning och praxis vuxit fram i Västra Götaland som tydliggör begrepp som egenansvar, dubbelutrustning, fritid(shus), grundutrustning och pedagogiska hjälpmedel i förhållande till personliga hjälpmedel. Formuleringarna inom handbokens olika områden bygger på ett gemensamt resonemang som även inkluderar prioriteringstankar.

Att förstå grundprinciperna och resonemanget är avgörande för att kunna förstå gränsdragningar såväl mellan patient/brukares egenansvar och sjukvårdsansvar som mellan verksamheters kostnadsansvar. Det innebär även att man genom handboken delvis redan formulerat Västra Götalands hållning avseende prioriteringar och personliga hjälpmedel.

Egenansvar

Grundprincipen för egenansvar innebär att produkter som finns att köpa i allmän handel och som vanligen ingår i hemmiljön inte kan förskrivas. Härmed har en anpassning skett till vad som händer på samhällsnivå, där idag många ”hjälpmedel” finns att tillgå i samhället och används av fler än personer med funktionshinder. På detta sätt har det redan skett en styrning av vilka produktområden som inte skall finansieras av allmänna medel. Det ökade egenansvaret är ett exempel för en **utbudsminskning**.

Grundprincipen innebär också att antalet produkter som faller under egenansvaret kan förändras över tid. Marknaden breddas med tillgängliga produkter som plötsligt är vanliga i många hem. Produkter som tidigare räknades som kostnadsfria personligt förskrivna hjälpmedel övergår i ett egenansvar. Praxis i detta speglar en ökad tillgång på produkter i allmän handel som kan användas av personer med funktionshinder.

Antal utrustningar

Ytterligare en viktig grundprincip är att endast en uppsättning av ett hjälpmedel kan förskrivas. Enbart i undantagsfall kan en dubbel uppsättning av samma hjälpmedel förskrivas, vilket anges i respektive produktanvisning. Förskrivning av dubbelutrustning därutöver kan endast ske efter särskild prövning av kostnadsansvarig. Här har en **ransonering** skett, dvs. behovet åtgärdas inte optimalt. Frågan är dock om behovet är kopplat till aktivitet eller en behandlingsinsats eller inte.

Exempelvis är det inte möjligt att dubbelförskriva en rollator för att den drar in smuts i bostaden. Målet med hjälpmedlet är aktiviteten förflyttning. Man kan använda en och samma rollator för att ta sig in och ut ur bostaden, aktiviteten är möjliggjord, målet uppfyllt. Det blir ett egenansvar att köpa eller hyra en extra rollator för inomhusbruk för att slippa nedsmutsning i hemmet. Sjukvårdshuvudmannen har tagit ställning att nedsmutsning inte kan vara ett kriterium för hälso- och sjukvårdens förskrivning av rollator eftersom det inte är kopplat till aktiviteten förflyttning.

Avseende dubbelutrustning har det gjorts ytterligare en inskränkning genom att förskrivaren inte kan ta ett eget beslut att förskriva dubbelutrustning utan man lägger en ekonomisk aspekt på detta genom att låta kostnadsansvarig fatta beslut.

Fritidsaktiviteter

När det handlar om hjälpmedel för fritidsaktiviteter, hobby, sport och motion är grundprincipen att detta ej faller under hälso- och sjukvårdens ansvar utan att det är brukarens egenansvar. Där ingår även att hälso- och sjukvården inte förskriver hjälpmedel (ex. dubbelutrustning) för fritidsboendet. Detta är ett exempel på **ransoning**.

Utifrån behovet av hjälpmedel för aktiviteter på fritiden och i fritidsboende erbjuds nu en ny möjlighet till egenansvar för brukare/patienter genom att hjälpmedelscentralerna hyr ut och/eller säljer hjälpmedel (ex. dubbelutrustning) till privatpersoner.

Grundutrustning

Innan personliga hjälpmedel kan förskrivas ska verksamhet vara grundutrustad för de som vistas där. Praxis utifrån denna grundprincip flyttar fram positionerna för gruppen personer med funktionshinder, genom krav på tillgänglighet och förutsättningar för delaktighet i samhället. En adekvat grundutrustning minskar behovet av personliga hjälpmedel.

Rekonditionerad/likvärdig produkt

Ytterligare en grundprincip är att i så stor utsträckning som möjligt rekonditionera och återanvända hjälpmedel. Det är ett sätt att hålla nere hjälpmedelskostnader och ett exempel för **effektivisering**. Riktlinjerna i handboken föreskriver också att likvärdig produkt till lägre pris om möjligt ska väljas.

Personliga hjälpmedel är ett lån

Handboken betonar att hjälpmedel som förskrivas är för patienten/brukaren ett lån med nyttjanderätt. Om denna tydliga markering leder till en mera omsorgsfull vård av det förskrivna hjälpmedlet är även det en **effektivisering** av hjälpmedelsförskrivningen. Ett annat sätt att effektivisera är att säkerställa att fler hjälpmedel kommer tillbaka till hälso- och sjukvården när behovet har upphört. I förskrivarens ansvar ingår uppföljning som en viktig del i förskrivningsprocessen, men den försummas ofta. Användningen av hjälpmedel kan med all sannolikhet effektiviseras genom ökad uppföljning. För att effektivisera återlämningen tydliggör handboken hur tidsbegränsad förskrivning och uppföljning ska ske.

Slutsatsen av ovanstående är:

- Att förankra och förklara resonemanget bakom riktlinjer och produktanvisningar i handboken, i alla led inom hälso- och sjukvården är kanske det viktigaste sättet att få alla att följa handboken. Om handboken följs och genererar ett gemensamt sätt att tänka kring prioriteringar påverkas även kostnadsutvecklingen. Därmed kan kanske behovet av ytterligare ransonerings under den närmaste framtiden minska.

Etiska dilemman

Efterfrågan och behov

Efterfrågan är långt mer än det vi far illa av att vara utan. Vi har inte behov av det vi inte har nytta av och alla behov kan inte relateras till vårdbehov. Vårdbehov befinner sig mellan aktuellt hälsotillstånd och önskvärt hälsotillstånd eller mål. Gräns mellan efterfrågan och behov skiftar mellan patienter i olika åldersgrupper och under olika levnadsomständigheter. Vi har olika begrepp att ta hänsyn till som aktivitetsbegränsning, delaktighetsbegränsning och patientnytta.

Direkt kostnad och indirekt kostnad

I samhällets intresse kan hjälpmedelsförskrivning ge en mycket låg kostnad som ersättning för att en person inte ska behöva hjälp av assistenter eller hemtjänstpersonal. Behov är utgångspunkten för hälso- och sjukvårdsinsatser. Behov finns av tydligare målbeskrivningar för vilket det önskvärda funktionstillståndet är ur samhällets perspektiv. Allmänna övergripande mål finns beskrivna, "god jämlik hälsa", "full delaktighet" och "bra livsmiljö". När man utökar egenansvaret, finns det förutsättningar hos den enskilde och närstående att axla detta ansvar? Den enskilde och närstående förväntas införskaffa lämpliga produkter i öppen handel som kan underlätta den dagliga livsföringen. Hjälpmedelsbehov i samband med fritid och resor är ett egenansvar. Samtidigt kan även en ökad hjälpmedelsförskrivning ställa ökade krav på brukare/patienter, närstående och personal. Hjälpmedlet ska användas, tränas med, skötsel och vård av hjälpmedel enligt bruksanvisning åligger den enskilde, vilket innebär att omfattningen av brukarens/patientens ansvar ökar med antalet förskrivna hjälpmedel.

Färre hjälpmedel till personer med funktionsnedsättningar kan få även andra konsekvenser, t.ex. mindre möjlighet till aktivitet och delaktighet, ökat tryck på anhöriga, ökade svårigheter att klara eget boende och motverkan på "kvarboendepincipen".

Etiska frågor som vi behöver förhålla oss till

- Ska vi hjälpa många med något eller hjälpa få med mycket?
- Hur ska vi tillgodose behov hos de med mindre allvarliga funktionsnedsättningar i förhållande till de med stora, omfattande komplexa behov?
- Hur ska vi beakta behov hos funktionshindrade som är ur stånd att uttrycka sin vilja och hävda sin rätt till vård, t.ex. dementa?
- Hur ska vi bedöma vilka åtgärder som är kostnadseffektiva?
- Hur ska vi bedöma nya hjälpmedel efter nyttograd, evidens och ekonomiskt utrymme?
- Hur ska vi ta hänsyn till alla människors lika värde?
- Hur ska vi ta hänsyn till patientens delaktighet vid val av hjälpmedel?
- Hur ska vi bedöma vilken ställning evidens ska ha?

Framtiden

Utformningen av och tillgängligheten till den fysiska miljön har en direkt påverkan på behovet av personliga hjälpmedel. Det nationella målet att samhället ska utformas så att människor med funktionshinder blir fullt delaktiga i samhället torde vara betydelsefull utifrån hjälpmedelsbehov och upplevt handikapp.

”Design för alla” (DfA) lyfter fram ett arbetssätt där en produkt, en tjänst eller en miljö ska designas så att den kan användas av så många som möjligt, oavsett människors olika längd, storlek, språk, funktionsförmåga, kön, etnicitet etc. Produktens användbarhet ska påverkas så lite som möjligt av mänskliga funktionsnedsättningar. Ofta är de sådana saker som vi tar för givet, som är självklara för oss i vardagen och som förenklar för alla. Ett enkelt exempel är hushållsredskap med förstorat grepp.

Genom att tillämpa ”Design för Alla” och öka kompetensen om olika konsumentgruppers behov hos tillverkarna kan dessa bredda sin marknad och därmed bidra till ökad delaktighet. Fördelarna är många om fler hjälpmedel blir produkter för alla och fler vardagsprodukter designas för att passa alla. Personer med funktionshinder skulle då inte utmärka sig lika mycket med sina hjälpmedel. En bredare marknad förväntas sänka priserna. Hjälpmedelsförskrivningen kan satsa sina resurser i större grad på vidareutveckling av hjälpmedel för olika behovsområden.

Det är viktigt för Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland att arbeta aktivt med frågor kring ökad fysisk tillgänglighet i olika miljöer. Alla måste bidra med sin kunskap, ex. brukare, arkitekter, designer, rehabiliteringspersonal, hjälpmedelsförskrivare o.s.v. Ett funktionshinderperspektiv ska tillämpas vid ex. stadsplanering, nybyggnationer, utvecklande av kollektivtrafik m.m. Tillgänglighetsarbete måste koordineras med hjälpmedelskunskap. Förskrivarna och brukarna behöver ex. veta vilka rullstolar som är användbara i kollektivtrafiken och de som planerar trafiken behöver vet vilka rullstolar som förskrivs.

Ny teknik kan bidra till ett rikare liv och minska de egna begränsningarna. Kommunerna bör satsa på utveckling av teknik i hemmiljö för äldre och funktionshindrade för att öka självständigheten och öka tryggheten.

”Det som är bra för alla är nödvändigt för några”.

Vad borde göras?

Resonemanget som låg till grund för ”Handboken för förskrivning av personliga hjälpmedel” kombinerar prioriteringar med en syn på hjälpmedelsförskrivningen som utgår från människors funktionsförmåga och behov i olika aktiviteter. Det inkluderar även tanken om lika rättigheter och skyldigheter för personer med funktionshinder. I första hand är det viktigt att implementera handboken och det bakomliggande resonemanget till kostnadsansvariga och förskrivare. Först när alla verksamheter följer handboken kan det bli tydligt om hjälpmedelsförskrivningen bygger på de rätta prioriteringsgrunderna eller om det finns behov av ytterliggare begränsningar, omfördelningar eller rentav utvidgningar. Handboken är inte bara ett uppslagsverk där det

räcker med att läsa valda delar utan den förmedlar en grundsyn som sträcker sig genom hela dokumentet.

Det är viktigt att alla verksamheter håller sig konsekvent till handboken och inte gör avsteg genom lokala anvisningar. Om resurserna/budget på sikt inte matchar riktlinjerna i handboken ska konsekvenserna beskrivas. Handbokens prioriteringsgrunder följer konsekvent en genomtänkt grundsyn och är därmed förklarbara för brukare, förskrivare och kostnadsansvariga. Det är möjligt att vidga eller att strama åt hjälpmedelsförskrivningen men då behöver detta ske inom ramen för handboken och genom politiska beslut om mål och inriktning.

Förskrivarutbildning

För att åstadkomma en implementering av handboken är förskrivarutbildning ett av de viktigaste medlen. Den ska skapa förståelse för handbokens grundprinciper och därmed påverka följsamheten till den. Utbildning av förskrivare bör anpassas till verksamheterna och en likartad förskrivarkultur bör eftersträvas. Tyngdpunkten i utbildningen bör ligga på förskrivarprocessen i kombination med specifik produktkunskap.

Det ligger i vårdgivarens ansvar att utse förskrivare och säkerställa att förskrivaren har rätt kompetens. Det innebär att även verksamhetschefer behöver vara insatta i handboken och dess grundprinciper.

Statistik och jämförelser

Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland bör sörja för att statistik och nyckeltal blir framtagna, sammanställda och tillgängliga för samtliga politiker och verksamheter. Uppföljning av hjälpmedelskostnader, förskrivningsmönster och dylikt bör göras på likartat sätt och utifrån samma parametrar. Granskningen kan bl.a. ge information om man på vissa ställen är "för generös" i förskrivningen. För att mer konsekvent påverka att personliga hjälpmedel betraktas som en del av vård och behandling är det viktigt att göra jämförelser utifrån nytta och kostnader mellan hjälpmedel och andra insatser. Samarbetsrådet för hjälpmedel har givit uppdrag till en arbetsgrupp att kartlägga vilken hjälpmedelsstatistik som behövs inom Västra Götaland. En lägesrapport skall lämnas senast i oktober 2007.

Uppföljning och utvärdering

Det vore värdefullt om handboken kompletterades med mallar för uppföljning/ utvärdering av bland annat måluppfyllelse gällande hjälpmedel. Enhetliga system för uppföljning av förskrivna hjälpmedel skulle möjliggöra ökad likriktning vid förskrivning och återtagande av hjälpmedel.

Resursfördelning

Resurser för att täcka kostnader för hjälpmedel bör beaktas när förändringar sker inom vård och behandling, vilket idag ofta glöms bort. Ökade satsningar på ex. höftprotesoperationer medför direkt ett ökat behov av hjälpmedel, liksom den medicinska utvecklingen som innebär att allt fler överlever svåra sjukdomar och olyckor med olika grad av funktionsnedsättning.

Uppslag till forskning (FoU)

Fler evidensbaserade studier behöver göras inom området samt studier som belyser nytto- och kostnadseffekter. Ett exempelvis skulle kunna vara att jämföra nyttan och

kostnaden mellan akupunktur, TENS och ev. farmakologisk behandling. Ett annat exempel är att undersöka kostnad och nytta av personliga hjälpmedel jämfört med insatser från personlig assistent.

Egenansvar för hälsa

En god hälsa är inte liktydigt med frånvaro av funktionshinder, både med och utan funktionshinder kan man ha en mer eller mindre god hälsa. Per Carlsson, professor i Hälsoekonomi vid Linköpings universitet och föreståndare för Prioriteringscentrum föreslår i rapporten Vårdens alltför svåra val att ytterligare en princip läggs till som grund för prioritering: Ansvarsprincipen som utgår från att alla människor har ett ansvar för sin hälsa och sin vård utifrån individuella förutsättningar.

Fortsatt dialog samt utveckling bör ske kring vad som är varje människas egenansvar. Fler människor kommer troligtvis att vilja välja färg, modell eller typ av hjälpmedel. Önskar man något utanför standardsortiment alternativt ett hjälpmedel som av forskvare bedöms kopplat till alltför stora risker kommer det troligtvis att innebära att individen själv får bära kostnaden kopplat till valmöjligheten. Det innebär att utbud och tillgång på hjälpmedel på allmänna marknaden torde öka. Även ett ökat eget ansvar för boende som passar vid funktionshinder och åldrande är troligt.

Litteratur

Greger Olsson (2006) *Hjälpmedel – prioriteringar och individuella behov*.
Hjälpmedelsinstitutet

Hans Starkhammar och Kristina Eklund (2006) *Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling*. Socialstyrelsen, metodseminarium 3 februari 2006

Hjälpmedelsguiden. Stockholm Läns Landstinget www.hjalpmedelsguiden.sll.se

Johan Nilsson (2007) *Prioriteringar i vården sker ofta utan kunskap*. Dagens Medicin (12/2007)

Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Socialstyrelsen 2003

Mari Broqvist (2006) *Arbetsterapeuter och sjukgymnaster prövar metod för prioriteringar*. PrioriteringsCentrum 2006:4

Martin Henriksson, Kristina Burström (2006) *Kvalitetsjusterade levnadsår och EQ-5D*.
Läkartidningen nr 21-22 2006

Per Carlsson, Christina Kärvinge, Mari Broqvist, Kristina Eklund,
Bo Hallin, Catrine Jacobsson, Gunilla Jacobsson Ekman, Christina
Källgren Peterson, Marion Lindh, Britt Nordlander, Per Rosén,
Urban Sjöblom, Anna Sohlberg (2007) *Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård*. Prioriteringscentrum 2007:1

Regiongemensamma prioriteringar. Västra Götalandsregionen 2003

Regiongemensamma prioriteringar

Uppgifts- och ansvarsfördelning i prioriteringsarbetet

Etisk bedömning

Identifierar befolkningens
behov av hälsovård
och sjukvård

Behovsprioritering

Ansvarig:
Hälsa- och
sjukvårdsnämnder

Etisk Bedömning

Föreslår prioriteringar inom
respektive verksamhet

Vertikal prioritering

Ansvarig:
De medicinska sektorsråden

Etisk bedömning

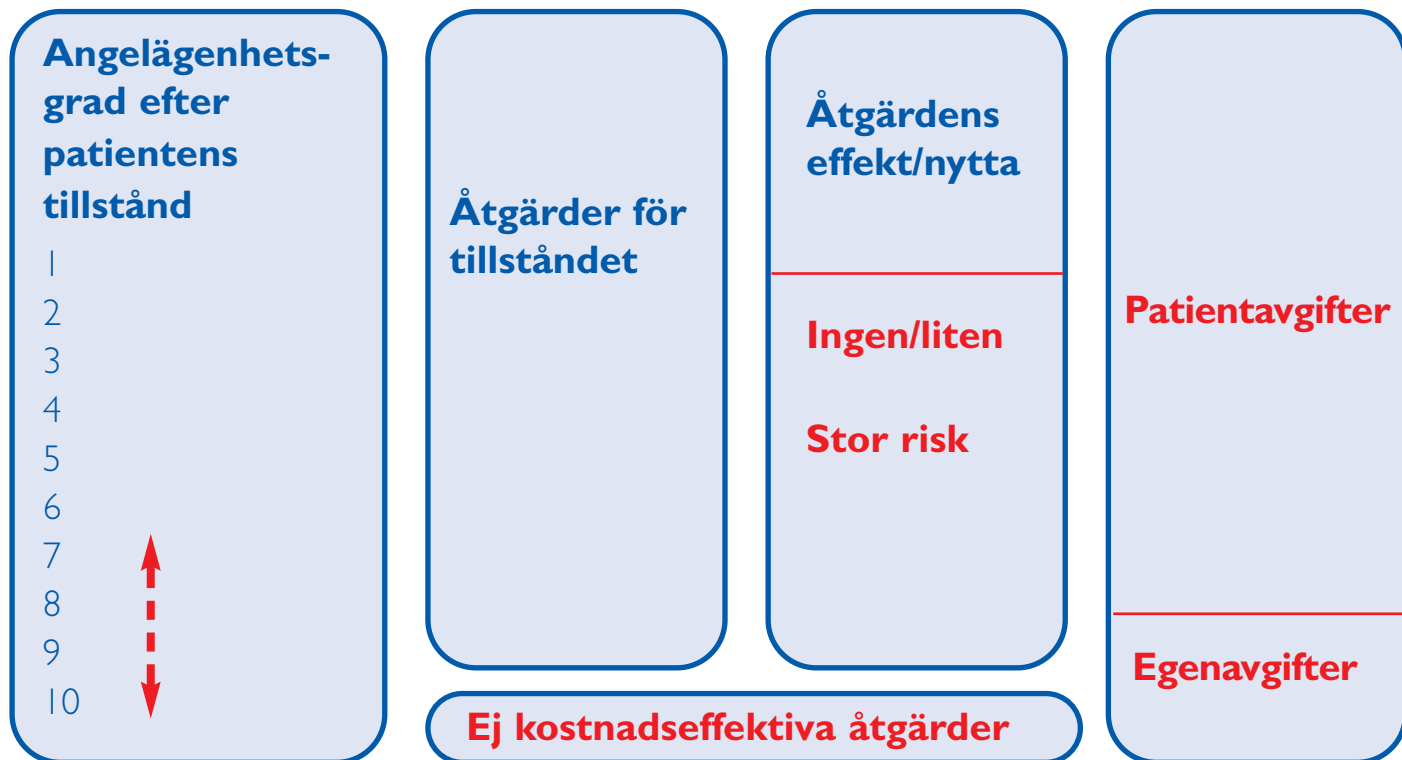
Beslut om prioritering
Samlad **Horisontell prioritering**

Ansvarig:
Hälsa- och sjukvårdsstyrelsen





Prioritering. Ransonering. Omfördelning.





Bedömningsvariabler för prioriteringar.

Sjukdoms-, diagnos- och patientgrupper, tillstånd, indikation - Åtgärd

Prioriteringsgrupper

enligt Riksdagens beslut.

Prioriteringsgrupp I

- Vård av livshotande akuta sjukdomar
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller till för tidig död
- Vård av svåra kroniska sjukdomar
- Palliativ vård och vård i livets slutskede
- Vård av människor med nedsatt autonomi

Prioriteringsgrupp II

- Prevention
- Rehabilitering/rehabilitering

Prioriteringsgrupp III

- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

Prioriteringsgrupp IV

- Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Enligt riksdagens beslut ska behoven i respektive prioriteringsgrupp täckas i fallande ordning dvs behoven ska täckas i högre grad i den högsta än i den andra gruppen och högre i den andra än i den tredje, osv.

Smittskyddslagen (SML) och Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) är överordnad.

Angelägenhetsgrad.

Patienten befinner sig i ett tillstånd som om vårdinsats inte görs medför:

1. omedelbart livshot
2. risk för mycket allvarlig skada, för tidig död, betydande invaliditet och outhärdlig situation
3. risk för allvarlig skada, bestående men eller mycket låg livskvalitet
4. risk för förväntad försämring/ej vidmakthållen funktion-ADL-nivå
5. risk för betydande olägenhet, ökad sjuklighet, förlängd sjukdomsperiod, sänkt livskvalitet
6. risk för olägenhet, försämrade hälsoupplevelse eller icke optimal livskvalitet
7. sannolikt ökad risk för skada, bestående men eller låg livskvalitet
8. möjligen ökad risk för sjuklighet, försämring av funktionsnivå eller livskvalitet
9. risk för sänkt livskvalitet enligt patientens uppfattning och vetenskap och beprövad kunskap inte motsäger detta
10. ingen risk för ökad sjuklighet, försämrade funktionsnivå eller försämrade livskvalitet

Den etiska plattformen

Människovärdesprincipen

Behovs/solidaritetsprincipen

Kostnadseffektivitetsprincipen

allas lika värde

resurser satsas på områden

(verksamheter, individer) där behoven är störst

rimlig relation mellan kostnader och effekt

Åtgärdens effekt/nytta.

Grupp	Behandlingseffekt	Nytta av åtgärd
A	Sjuklighet - död kan förhindras	Åtgärden är nödvändig för diagnos/behandling
B	Tillståndet kan botas	Åtgärden har avgörande betydelse
C	Sjuklighet påverkas mycket, överlevnaden förlängs	Åtgärden har stort värde för diagnos/möjlighet till behandling
D	Sjukligheten påverkas i viss utsträckning	Åtgärden är av visst värde för diagnos/möjlighet till behandling
E	Ingen effekt	Metoden är ej användbar för diagnostik vid det aktuella tillståndet
F	Risk för försämring	Metoden är ej användbar för diagnostik vid det aktuella tillståndet och medför dessutom risk för försämring

Evidens - vetenskapliga belägg för effekt.

Grad av vetenskaplig dokumentation	Typ av underlag (studiedesign, kvalitet, entydighet)	Metodens status i dagsläget
Ingen	Enstaka fallbeskrivningar	Rent experimentell metod
Ringa	Fallserier vid olika centra och/eller enstaka kontrollerade studier eller enstaka RCT *) med motsägelsefulla resultat	Något mer utprovat. Flera större, bättre studier behövs, helst randomiserade
Viss	Flera kontrollerade studier eller enstaka mindre RCT med entydiga resultat eller större RCT med divergerande resultat	På väg in mot rutinsjukvård, ytterligare oberoende RCT och mer entydiga resultat behövs
God	Två eller flera oberoende relevanta RCT med statistiskt signifikanta och entydiga resultat eller meta-analyser med entydiga resultat	Dag för tillämpning i rutinsjukvård med skärpt observans om metodens kostnader står i rimlig proportion till den medicinska nyttan

*) RCT = Randomiserad kontrollerad studie. När RCT inte är möjligt att genomföra, kan andra väl upplagda högkvalitativa studier jämföras med detta.

Risk med åtgärd

I de fall det kan finnas risk med åtgärden anges detta enligt följande;

Stor risk. Måttlig risk. Liten risk. Om möjligt anges andelen riskpatienter, ex vis <5%.

Vårdnivåer

H	=	Högspecialiserad vård av rikskaraktär
R	=	Högspecialiserad vård av regionsjukvårdskaraktär
L	=	Länssjukvård
P	=	Primärvård
E	=	Egenvård

Medicinskt acceptabel väntetid

Inom vilken tid patienten av medicinska skäl bör tas emot för undersökning eller behandling

Anges i veckor

0 = omedelbart omhändertagande "akut"


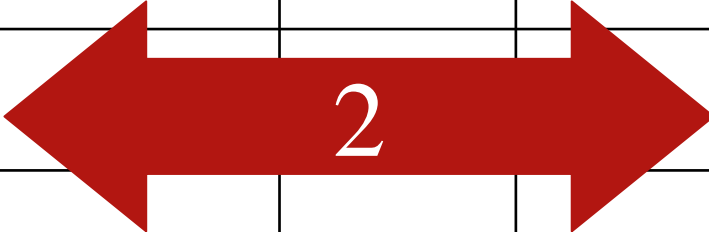
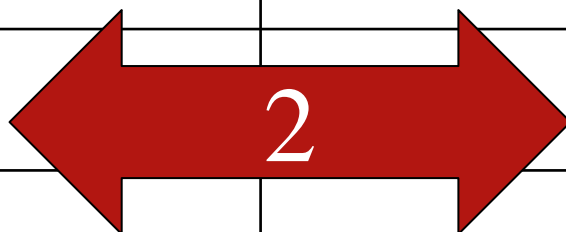
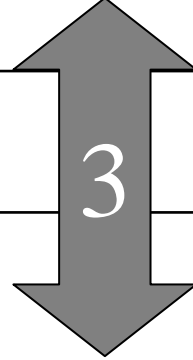


Rangordningslistan

- Endast åtgärder med dokumenterad effekt eller stöd i ”vetenskap och beprövad erfarenhet”
- Prioritering 1–10
- Svåra sjukdomstillstånd och kostnadskostnadseffektiva åtgärder prioriteras högre än mindre allvarliga sjukdomstillstånd och mindre kostnadseffektiva åtgärder
- 10 = Ingen prioritet: åtgärder med liten medicinsk nytta i förhållande till kostnaden för åtgärden vid de aktuella sjukdomstillstånden




Sjukdomstillstånd - /åtgärdslistan

Sjukdoms- tillstånd/ Åtgärd	Sjukdoms- tillståndets svårighets- grad	Effekt av åtgärd	Evidens för effekt	Kostnads- effektivitet	Evidens för kostnads- effektivitet	Rang- ordning "Icke- göra" FoU	
							



Delkomponenter att beakta vid prioriteringar

Människovärdesprincipen			
Behovs och solidaritetsprincipen		Kostnadseffektivitetsprincipen	
Sjukdomens svårighetsgrad	Patientnytta (effekt av åtgärd)	Kostnadseffektivitet	
<p>*Aktuellt sjukdomstillstånd</p> <ul style="list-style-type: none"> - symtom - funktionsförmåga - livskvalitet <p>*Risk för</p> <ul style="list-style-type: none"> - förtida död - permanent sjukdom/skada - försämrad livskvalitet <p>*Nedsatt autonomi skall bevakas</p>	<p>*Effekt på aktuellt sjukdomstillstånd</p> <ul style="list-style-type: none"> - symtom - funktionsförmåga - livskvalitet <p>*Effekt på risk</p> <ul style="list-style-type: none"> - förtida död - permanent sjukdom/skada - försämrad livskvalitet <p>*Risk för biverkningar och allvarliga komplikationer av åtgärden</p>	<p>*Direkta kostnader</p> <ul style="list-style-type: none"> - medicinska åtgärder - ej medicinska åtgärder <p>*Indirekta kostnader</p> <ul style="list-style-type: none"> - produktionsbortfall - andra tidskostnader (patient, anhörig m. fl.) <p>I förhållande till.....</p>	<p>E</p> <p>V</p> <p>I</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>N</p> <p>S</p>
		 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>Patientnytta (effekt av åtgärd)</p> </div>	

Hälsotillstånd

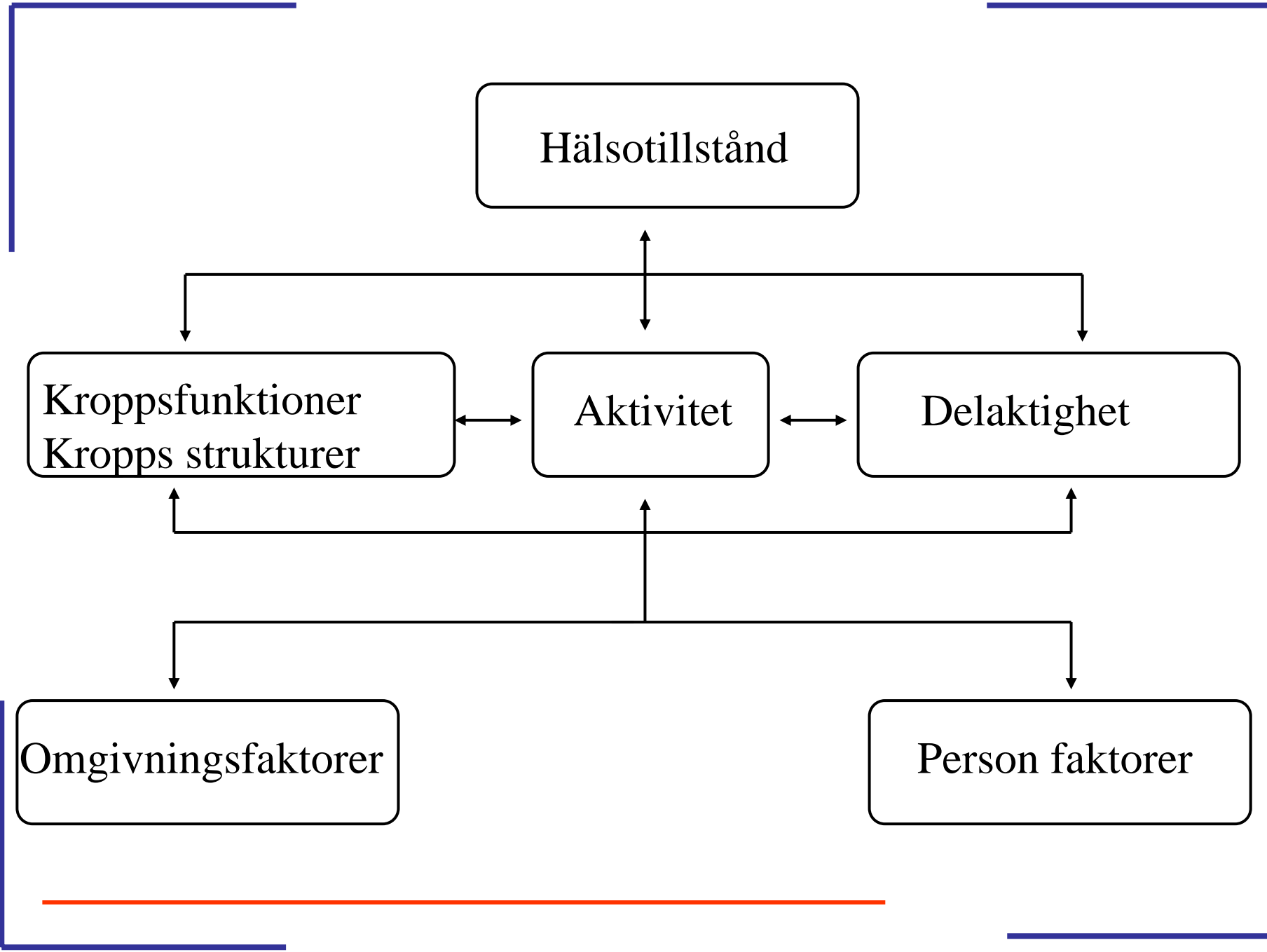
Kroppsfunktioner
Kropps strukturer

Aktivitet

Delaktighet

Omgivningsfaktorer

Person faktorer



	Funktionstillstånd och funktionshinder		Kontextuella faktorer	
Komponenter	Kroppens funktioner och strukturer	Aktiviteter och delaktighet	Omgivningsfaktorer	Personfaktorer
Domäner	1. Kroppsfunktioner 2. Kroppsstrukturer	Livsområden (uppgifter, handlingar)	Yttre påverkan på funktionstillstånd och funktionshinder	Inre påverkan på funktionstillstånd och funktionshinder
Kategorier	1. Psykiska funktioner Sinnesfunktioner Hjärt-kärlfunktioner etc. 2. Strukturer i nervsystemet Ögat, örat Strukturer i hjärtkärlsystemet, etc	Lärande och att tillämpa kunskap. Allmänna uppgifter och krav. Kommunikation. Förflyttning. Personlig vård. Hemliv. Mellanmänskliga interaktioner och relationer. Viktiga livsområden.	den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivningen i vilken personen lever sitt liv	den individuella bakgrunden till en persons liv och leverne tex. kön, ras, ålder, kondition, livsstil, vanor, uppfostran, coping-sätt, social bakgrund, utbildning, yrke, tidigare och aktuella erfarenheter
Positiva och negativa aspekter	Resurser och funktionsnedsättningar/strukturavvikelser	Resurser och begränsningar/inskränkningar	Resurser och begränsningar	
Begrepps-konstruktion	Förändring	Kapacitet (kan) Genomförande (gör)	Förekomst/ Frånvaro	