

## BILAGA 1 Nationella riktlinjers utveckling och innehåll

I denna bilaga ges en beskrivning av hur riktlinjearbetets inriktning har förändrats sedan de första riktlinjerna kom 1996. Här ges också en närmare beskrivning av karaktären på de tillstånds- och åtgärdspar som tillsammans utgör rekommendationer i nationella riktlinjer. Rekommendationerna beskrivs utifrån konkreta exempel hämtade från aktuella nationella riktlinjer. Bilagan kan läsas som en bakgrund till Riksrevisionens analys av patientperspektivet i riktlinjernas rekommendationer i kapitel 3.

### *Riktlinjer – då och nu*

Socialstyrelsen har sedan 1996 tagit fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården.<sup>1</sup> Riksdagsbeslutet 1997 om prioriteringar i hälso- och sjukvården var en viktig utgångspunkt för Socialstyrelsens fortsatta riktlinjearbete.<sup>2</sup> Riksdagsbeslutet bestod av en etisk plattform som grundades på tre etiska principer:

- *människovärdesprincipen*, enligt vilken alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället
- *behovs- och solidaritetsprincipen*, enligt vilken resurserna bör satsas på områden (verksamheter, individer) där behoven är störst
- *kostnadseffektivitetsprincipen*, enligt vilken en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i hälsa och livskvalitet, bör eftersträvas vid valet mellan olika verksamheter eller åtgärder

Riksdagsbeslutet från 1997 om vårdens prioriteringar är styrande för både vården i stort och arbetet med nationella riktlinjer. Beslutet innebär att vården ska utgå ifrån patienters vårdbehov och att resurser bör satsas på de områden där behoven är störst. Samtidigt måste vården också ta hänsyn till kostnader när den erbjuder patienter vård, vilket också uttrycks tydligt i samma riksdagsbeslut. Där anges att vården måste göra en rimlig avvägning mellan kostnader och effekt, mätt i hälsa och livskvalitet, vid valet mellan olika verksamheter eller åtgärder. Ett liknande resonemang förs även i fråga om ökad delaktighet och information för patienter (enligt förarbetena till de lagändringar som har gjorts i HSL). Även om patienten bör få ett ökat inflytande över valet av behandling, så måste det ändå finnas gränser för hur stora kostnadsökningar som kan godtas, i enlighet med de tidigare fastlagda principerna för prioriteringar i vården när det gäller kostnadseffektivitet.<sup>3</sup>

Dessa principer innebar att riktlinjernas innehåll och inriktning förändrades och Socialstyrelsen fick i uppdrag att komplettera riktlinjerna med beslutsstöd för prioriteringar av olika vårdinsatser. Riktlinjerna

<sup>1</sup> 3 § 10 p. förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

<sup>2</sup> Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186 (ändring i HSL enligt SFS 1997:142). Förutom kravet på god vård anges i § 2 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) en allmän prioriteringsregel som förtydligar begreppet god vård. Regeln uttrycker att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I och med prioriteringsregeln i HSL fastställde riksdagen under 1997 nationella riktlinjer för hur prioriteringar ska ske.

<sup>3</sup> Prop. 1998/99:4 sida 27, bet. 1998/99:SoU3 sida 21, rskr. 1998/99:54. Ändring i HSL enligt SFS 1998:1660.

rangordnade nu för första gången olika vårdinsatser för ett visst sjukdomstillstånd. Rangordningen gjordes utifrån en kombination av medicinsk och i förekommande fall även hälsoekonomisk evidens<sup>4</sup> utifrån de etiska principerna i riksdagsbeslutet om prioriteringar från 1997. Detta ledde till att riktlinjerna fick en större ambition än tidigare – att nu med *öppna prioriteringar* även påverka såväl kliniska som politiska beslut hos sjukvårdshuvudmännen.<sup>5</sup> Den nya inriktningen i riktlinjearbetet uttrycktes också tydligt i regeringens regleringsbrev till Socialstyrelsen.<sup>6</sup> I regleringsbrevet för budgetåret 2004 angavs att myndigheten ska verka för att ”riktlinjer för vård och behandling i ökad utsträckning ligger till grund för sjukvårdshuvudmännens planering och lokala vårdprogram.” Enligt samma regleringsbrev ska myndigheten också redovisa hur riktlinjerna används och hur de påverkar medicinsk praxis.<sup>7</sup>

Riktlinjernas omfattning har förändrats över tid. Socialstyrelsen menar att man tidigare hade ambitionen att täcka in hela vårdområden men att man numera riktar rekommendationer till mer avgränsade områden som är särskilt prioriterade. Ett skäl för prioritering kan vara att det kommit många nya behandlingar på ett område, att professionen är oense eller att ett område är särskilt eftersatt.<sup>8</sup>

### *Rekommendationer i nationella riktlinjer – en beskrivning*

I riktlinjernas huvuddokument publiceras rekommendationer som riktar sig till beslutsfattare. I snitt handlar det om mellan 150 och 200 rekommendationer per riktlinje. Rekommendationerna är av olika karaktär och riktar sig till olika målgrupper. Vissa rekommendationer syftar till att underlätta vårdpersonalens val mellan *behandlingsmetoder*. I de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvården finns ett exempel på denna typ av rekommendation:

#### Rekommendation

Tillstånd: Person med instabil kranskärlssjukdom utan planerad invasiv åtgärd.

Åtgärd: Hälso- och sjukvården bör erbjuda clopidogrel till personer med instabil kranskärlssjukdom utan planerad invasiv åtgärd.

Prioritet: 3

Att åtgärden har prioritet 3 innebär att den är högt prioriterad på en prioriteringsskala 1-10 där 1 är högst och 10 lägst prioriterat. Tanken är att högt rangordnade rekommendationer ska få större del av resurserna och lågt rangordnade rekommendationer ska få mindre del av resurserna.

Nationella riktlinjer innehåller även rekommendationer om åtgärder som inte bör utföras alls av vården, *Icke-göra*, därför att åtgärden inte har någon effekt eller kan medföra risker för patienten. Rekommendationen *FoU*

<sup>4</sup> Med evidens avses vetenskapligt stöd för en åtgärds effekt.

<sup>5</sup> Garpenby m.fl. (2007), sida 7.

<sup>6</sup> Se även avsnitt 4.1 i rapporten för en beskrivning av regeringens styrning av nationella riktlinjer.

<sup>7</sup> Regleringsbrev för budgetåret 2004 avseende Socialstyrelsen, 2003-12-18 (regeringsbeslut 9 a). I regleringsbrevet för 2005 (2004-12-16, regeringsbeslut 27) återfinns samma formulering och med tillägget att Socialstyrelsen också ska redovisa hur myndigheten verkar för att riktlinjerna följs.

<sup>8</sup> Möte med Socialstyrelsen 2012-04-24.

(*forskning och utveckling*) ges för åtgärder som vården inte bör utföra rutinmässigt. De är nämligen otillräckligt utvärderade och pågående eller kommande forskning kan förväntas tillföra ny kunskap.

En annan typ av rekommendation riktar sig främst till högre beslutsfattare eftersom den förutsätter en förändring av vårdens *organisation*. Ett exempel på en sådan rekommendation kan hämtas från Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010:

Rekommendation

Tillstånd: Allvarliga fotproblem, som svårläkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter

Åtgärd: Erbjud behandling och diagnostik hos ett multidisciplinärt fotteam med specialistvård, primärvård och hemsjukvård i samverkan

Prioritet: 1

Denna rekommendation är inte i första hand riktad till den enskilda läkarens beslutsfattande om lämplig behandling utan handlar snarare om hur olika vårdorganisationer ska samverka kring patienten.

En tredje typ av rekommendation syftar främst till att främja en bättre *grundläggande vård*. Följande två exempel är hämtade från Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010:

Rekommendation

Tillstånd: Personer med demenssjukdom och urininkontinens

Åtgärd: Individuellt utprovade absorberande produkter

Prioritet: 1

Rekommendation

Tillstånd: Personer med demenssjukdom och urininkontinens

Åtgärd: Långvarig kateterbehandling

Prioritet: Icke-göra

I de två exemplen ovan ges olika rekommendationer för ett och samma tillstånd, vilket innebär att de ska läsas i relation till varandra.

Rekommendationerna innebär alltså att en person med demenssjukdom och urininkontinens bör få en individuellt utprovad absorberande produkt och att patienten inte bör få en långvarig kateterbehandling.

Rekommendationerna finns även sökbara på Socialstyrelsens webbplats. Förutom dessa rekommendationer finns det i huvuddokumentet flera andra kapitel som tar upp de mest centrala rekommendationerna och de viktigaste konsekvenserna som rekommendationerna förväntas att få på vården. Det finns också ett kapitel som handlar om patientens rätt till information och delaktighet i sin egen vård. Detta kapitel utgörs oftast av en sammanfattning av det rådande rättsliga läget. Ibland görs också vissa etiska överväganden utifrån respektive riktlinjeområde.