



Folkhälsomyndigheten

# Prioritering av behov inom folkhälsoområdet

En kartläggande litteraturöversikt



Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/). En del av våra titlar går även att beställa som ett tryckt exemplar från Folkhälsomyndighetens publikationsservice, [publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se](mailto:publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se).

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2022.

Artikelnummer: 22145

## Om publikationen

Den här kartläggande litteraturöversikten syftar till att identifiera befintlig kunskap om prioriteringsmodeller inom folkhälsoområdet. Kunskap som kan bidra till arbetet med strategisk prioritering av behov inom folkhälsoområdet.

Ansvarig avdelningschef för rapporten är Anna Bessö, Avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor, ansvarig enhetschef är Johanna Ahnquist, Enheten för psykisk hälsa och suicidprevention och ansvariga projektledare är Jessika Spångberg, Enheten för spelprevention och samordning ANDTS och Linda Maripuu, Enheten för tobaksprevention.

Folkhälsomyndigheten

Anna Bessö

Avdelningschef, avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor

# Innehåll

|  |    |
|--|----|
| Prioritering av behov inom folkhälsoområdet.....           | 1  |
| Om publikationen .....                                     | 3  |
| Förkortningar .....  | 5  |
| Sammanfattning.....  | 6  |
| Bakgrund.....  | 8  |
| Syfte .....  | 9  |
| Metod.....   | 10 |
| Frågeställning .....                                       | 10 |
| Sökstruktur .....  | 10 |
| Litteratursökning och sökstrategi .....                    | 11 |
| Relevansbedömning.....                                     | 11 |
| Resultat.....  | 12 |
| Sökprocess och relevansbedömning .....                     | 12 |
| Beskrivning av artiklarnas innehåll och kontext.....       | 12 |
| Syntes av de tretton artiklarna.....                       | 13 |
| Diskussion .....   | 20 |
| Processer för genomförande i modellernas olika delar ..... | 20 |
| Identifikation av behov och insatser .....                 | 20 |
| Prioriteringskriterier .....                               | 21 |
| Bedömning, prioritering och viktning .....                 | 22 |
| Referenser .....   | 38 |

# Förkortningar

DALYs: Disability Adjusted Life Years

EUR-ASSESS: Coordination and Development of Health Care Technology Assessment in Europe

GBD: Global Burden of Disease

HTA: Health technology assessment

MCDA: Multiple Criteria Decision Analysis

PYLL: Potential Years of Life Lost

QALYs: Quality Adjusted Life Years

SPICE-modell: En modell för utarbetande av söksträngar för studier utförda med kvalitativ metod. S står för setting (sammanhang), P för perspective (perspektiv), I för intervention/ interest (intervention), C för comparison (jämförelse) och E för evaluation (utvärdering).

# Sammanfattning

För att identifiera modeller som helt eller delvis kan vara relevanta för prioritering av behov inom folkhälsoområdet har en begränsad kartläggande litteraturöversikt genomförts. Syftet var att identifiera modeller som i helhet eller i delar kan vara relevanta för prioritering av behov inom folkhälsoområdet.

Artiklarna identifierades på tre olika sätt:

1. redan identifierade artiklar via omvärldsbevakning
2. sökning i databaser
3. handgranskning av referenslistor i de artiklar som i gallringssteget lästes i fulltext.

Artiklarna var publicerade mellan januari 2000 och februari 2019 och utgick från arbete med prioritering inom folkhälsoområdet i en västerländsk kontext. Totalt inkluderades 13 artiklar.

Prioriteringsmodellerna i de inkluderade artiklarna rörde prioritering av enbart behov, både behov och insatser, eller enbart insatser. Inga modeller var i sin helhet direkt överförbara till arbetet med prioritering av behov inom folkhälsoområdet. Dock identifierades relevanta byggstenar i modellerna.

Fyra områden framkom som centrala:

1. identifiering av behov och insatser
2. processer för prioriteringsarbetet
3. kategorier och kriterier för prioritering
4. bedömning och prioritering av behov och insatser

I kartläggningen framkom olika sätt att identifiera behov och insatser. Några av modellerna använde på förväg utpekade policyområden, medan andra identifierade områden med hjälp av forskningsresultat. I några studier användes Delphigrupper eller workshops. Sammansättning av den arbetsgrupp som genomför en prioritering påverkar både processer och utfall av prioriteringsarbetet.

Prioriteringskriterierna i de olika modellerna kunde grupperas i sex övergripande kategorier. En kategori rörde prioritering av enbart behov: allvarlighetsgrad. Två rörde prioritering av enbart insatser: kostnadseffektivitet och hälsnytta. De övriga kategorierna kunde appliceras på både behov och insatser: jämlikhet, angelägenhet och genomförbarhet.

I modellerna framkom olika sätt för att bedöma ett behov eller en insats utifrån prioriteringskriterier. Några modeller gjorde bedömningar som resulterade i en rangordning medan andra använde redan uppsatta krav. Vikten av att granska slutresultatet utifrån meningsfullhet och validitet poängterades, samt att vara öppen för att vid behov revidera tillvägagångssätt.

Flera av modellerna i artiklarna som granskats i denna litteraturöversikt var framtagna för att tillämpas inom folkhälsoområdet, men få inkluderade ett hälsofrämjande perspektiv eller tog hänsyn till bestämningsfaktorer för hälsa och olika nivåer av prevention. Dock kunde gemensamma byggstenar för prioritering inom folkhälsoområdet på olika nivåer i samhället identifieras.

## Bakgrund

Den här kartläggande litteraturöversikten genomfördes för att identifiera befintlig kunskap om prioritering inom folkhälsoområdet. Syftet är att ge en översikt över modeller för prioritering som i sin helhet eller i delar är relevanta för prioritering av behov inom folkhälsoområdet.

Att utarbeta en systematisk och transparent struktur för att prioritera behov har hög relevans för aktörer i samhället som har att prioritera mellan olika behov och insatser inom folkhälsoområdet. En sådan struktur skulle underlätta att bättre beskriva och förklara prioritering av vissa åtgärder (såsom kunskapsframtagande, datainsamling och beställning av forskning), likväl som bortprioriteringen av andra.



## Syfte

Syftet med litteraturöversikten var att identifiera modeller som helt eller delvis kan vara relevanta i arbetet med att ta fram ett övergripande arbetssätt för prioritering av behov inom folkhälsoområdet.

# Metod

En begränsad kartläggande litteraturoversikt har genomförts (1). Metoden är tillämpbar för att undersöka omfattning och karaktär av tillgänglig litteratur inom ett visst område, för att sammanfatta och sprida forskningsresultat och för att identifiera kunskapsluckor.

## Frågeställning

Finns det modeller för prioritering av behov som helt eller delvis kan vara relevanta i arbetet med att ta fram ett övergripande arbetssätt för prioritering av behov inom folkhälsoområdet.

## Sökstruktur

Sökstruktur och söksträng utformades tillsammans med en informationsspecialist i en process om två steg.

I det första steget identifierades centrala begrepp relevanta för ämnesområdet. Frågeställningen formulerades till en sökstruktur utformad enligt SPICE-modellen (Tabell 1) (1).

Tabell 1. Sökstruktur utifrån SPICE-modell

| SPICE                    | Område  |
|--------------------------|---|
| Setting (sammanhang)     | Offentlig verksamhet som myndigheter, kommuner och regioner |
| Perspective (perspektiv) | Folkhälsa   |
| Interest (intervention)  | Modeller för att prioritera behov                           |
| Comparison (jämförelse)  | Ej tillämplig   |
| Evaluation (utvärdering) | Användbarhet  |

I ett andra steg utformades en söksträng (Bilaga 1) med hjälp av testsökningar. I dessa sökningar användes termer från sju artiklar som i tidigare omvärldsbevakning definierats som referenslitteratur (2-8).

Söktermer för att fastställa söksträngen var: priority-setting, health intervention, priority setting, prioritization, public health, governmental bodies, model, theories, multicriteria, resource allocation, needs assessment. Söksträngen kompletterades efter hand med söktermer från relevanta artiklar som påträffades i testsökningarna.

## Urvalskriterier

Avgränsningar gjordes med hjälp av inklusionskriterier och exklusionskriterier. Dessa kriterier tillämpades dels för att utarbeta söksträngarna och dels för att bedöma relevansen vid gallringen. Inklusionskriterier:

- skrivet på engelska, svenska, danska eller norska
- publicerat 2000-2019

- litteraturöversikter (1:a hand) eller originalartiklar (2:a hand)

I övrigt exkluderades studier som behandlade prioritering av individuella behov inom klinisk verksamhet samt studier som innehöll modeller för prioritering i utvecklingsländer, det senare på grund av att studien behöver vara överförbar till svenskt sammanhang.

## Litteratursökning och sökstrategi

Sökningar gjordes i databaserna PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, SveMed+ och Scopus.

Den framtagna söksträngen finjusterades och utökades utifrån databasernas olika krav och förutsättningar (Bilaga 1). Databassökningen kompletterades med handgranskning av referenslistor i de artiklar som lästes i fulltext.

Databassökningarna genomfördes i mars 2017 och uppdaterades i februari 2019 för publikationsperioden 2017-01-01 – 2019-02-28.

## Relevansbedömning

Artiklarnas relevans bedömdes i två steg:

1. Sökträffarna gallrades utifrån titel och abstrakt av två personer, oberoende av varandra. Resultatet av gallringen jämfördes och vid oenighet inkluderades artikeln.
2. De inkluderade artiklarna fördelades mellan fyra arbetslag om respektive två personer och lästes i fulltext.

I båda steg bedömdes artikelns relevans enligt urvalskriterierna och frågeställningen. Ingen kvalitetsgranskning genomfördes.

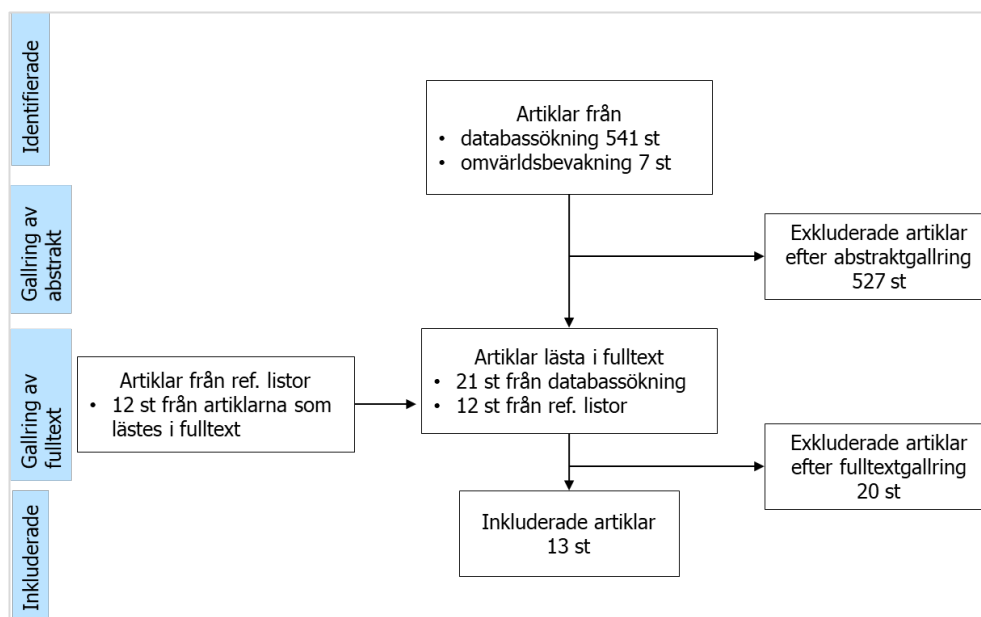
# Resultat

## Sökprocess och relevansbedömning

En översiktlig beskrivning av resultaten från sök- och gallringsprocessen beskrivs i flödesschemat (Figur 1). Artiklarna identifierades på tre olika sätt: redan identifierade artiklar vid arbetets start (via omvärldsbevakning), forskningsdatabaser, samt handgranskning av referenslistor i de artiklar som efter gallring lästes i fulltext.

Tjugoen artiklar från databassökningen återstod efter dubblett- och abstraktgallring. Dessutom inkluderades 12 artiklar som identifierats vid handgranskning av referenslistor. Efter fulltextläsning av dessa totalt 33 artiklar bedömdes 13 artiklar som relevanta att inkludera. En tabell över de inkluderade artiklarna finns i bilaga 2. De 13 artiklarna ligger till grund för en deskriptiv syntes (1).

Figur 1. Flödesschema över sök- och gallringsprocessen



## Beskrivning av artiklarnas innehåll och kontext

De inkluderade artiklarnas innehåll extraherades och tabulerades under rubrikerna ämnesområde, inriktning och land, identifiering av behov, prioriteringskriterier, prioriteringsprocess, bedömning och prioritering samt viktning, se Bilaga 2.

Studierna var utförda i USA (n = 2), Nederländerna (n = 3), Schweiz (n = 1), Kanada (n = 1), Australien (n = 1), Sverige (n = 1), Storbritannien (n = 3) och Litauen (n = 1) (Bilaga 2).

## Syntes av de tretton artiklarna

Vid genomgång av de inkluderade artiklarna framkom fyra övergripande områden som centrala i ett prioriteringsarbete:

1. identifiering av behov och insatser
2. processer för prioriteringsarbetet
3. kategorier och kriterier för prioritering
4. bedömning och prioritering av behov och insatser.

De flesta artiklar handlade om prioritering av både behov och insatser, men tyngdpunkten varierade (2, 4-6, 8-13). I några modeller ingick insatser enbart som en dimension vid prioritering av behov (4, 5, 13). Andra artiklar utgick enbart från insatser (10, 11, 14). Ett exempel är en artikel som kategoriserade prioriteringskriterierna utifrån insatsernas mål respektive genomförbarhet (14). I en artikel behandlades uteslutande behov (15). En av artiklarna hanterade enbart jämlikhetsperspektiv, och den lyfte jämlikhet i alla delar av en prioriteringsprocess (6).

### Identifiering av behov och insatser

I majoriteten av artiklarna var behoven eller insatserna fastslagna på förhand genom uppföljningsdata, forskning eller utifrån att de varit prioriterade i policys eller nationellt prioriterade mål (5, 10, 11, 13). I några studier användes Delphigrupper (9, 15) eller workshops (10).

Delphigrupper innefattar ett konsensusförfarande som säkerställer att alla deltagare ges möjlighet att komma med förslag och i lika utsträckning bidrar till urval av behov och insats, syntes och värdering av materialet. I några artiklar framgick det inte hur behoven hade identifierats (2, 4, 12).

### Processer för prioriteringsarbetet

Majoriteten av modellerna inkluderade en processbeskrivning (Bilaga 2). I vissa var processen uttalad med processbeskrivningar som till exempel Delhigrupper eller triangulering (5, 9, 15). I andra fall var processen bara antydd, som i en artikel som angav att området för prioritering identifierades via ett webbverktyg (13).

Flera artiklar förespråkade modeller som baseras på multikriterieförfarande Multiple Criteria Decision Analyses (MCDA) (2, 10, 12, 14, 16). Gemensamt för processerna i dessa modeller var att arbetsgruppen inledningsvis valde prioriteringskriterier. Arbetsgruppens sammansättning får därför betydelse för utfallet. Arbetsformerna som beskrevs var workshop och webbenkäter. I en artikel gavs även en beskrivning av processen för hur arbetsgruppen beslutade om hur kriterierna skulle viktas (12). Andra exempel var modeller där checklistor användes som stöd vid genomförandet av prioritering (4, 6, 8, 11). De kunde till exempel baseras på MCDA (8) eller egna modeller (4).

I en artikel, där checklistor användes som stöd vid genomförandet av prioritering, lyftes vikten av att tillvägagångssättet för bedömning av behov eller insatser ska fungera för ändamålet och personerna som utför prioriteringen. Slutresultatet behöver valideras och granskas utifrån meningsfullhet och utifrån detta kan tillvägagångssättet behöva revideras (ex. val av prioriteringskriterier, bedömningsskalor och viktning) (8).

Majoriteten av artiklarna lyfte beslutsfattare, experter och myndigheter som relevanta aktörer i prioriteringsprocessen (Bilaga 2). Även forskare och personal från hälso- och sjukvården uppgavs som relevanta. Andra lyfte relevansen av att inkludera berörda grupper med en ojämlig hälsosituation samt ta hänsyn till om insatsen går att implementera (4, 6, 15). Förutom att det bidrar till att göra insatsen lättare att implementera kan involveringen av berörda grupper och allmänhet även ses som ett sätt att bidra till etiska krav om representation och demokratisk förankring samt jämlikhet.

### Kategorier och kriterier för prioritering

De modeller för prioritering som identifierades var uppbyggda utifrån olika kategorier av prioriteringskriterier eller enskilda prioriteringskriterier. Modellerna skiljer sig åt avseende kategorier och kriterier, omfattning, vilka områden som tas upp och vilka begrepp som används (Bilaga 3). I vissa fall ingick kriterierna endast som en av flera aspekter i prioriteringsprocessen. Till exempel lyftes jämlikhet i vissa modeller som ett kriterium, medan det i andra modeller lyftes som en viktig aspekt att integrera i processen (Bilaga 2).

Operationaliseringen av kriterierna beskrivs i huvudsak i anslutning till respektive kriterium. I vissa fall är processen för operationaliseringen uttalad, som när en artikel beskriver hur arbetsgruppen inledningsvis tagit fram nyckelord för att stödja operationaliseringen av kriterierna (4).

I denna litteraturöversikt har prioriteringskriterierna syntetiserats till sex övergripande kategorier (Tabell 2). De sex kategorierna kan delas upp i två grupper, en grupp som rör behov (allvarlighetsgrad, jämlikhet och angelägenhet) och en grupp som rör insatser (jämlikhet, kostnadseffektivitet, hälsonyttan och vetenskapligt stöd, angelägenhet och genomförbarhet). Kategorierna jämlikhet och angelägenhet kan således användas för att prioritera både behov och insatser.

Tabell 2. Övergripande prioriteringskategorier och kategoriernas applicerbarhet på behov och/eller insatser. Inom parentes visas antal artiklar som inkluderar nämnda kategori.

| Kategori av kriterier                  | Behov | Insats |
|--|-------|--------|
| Allvarlighetsgrad (12)                 | X     | -      |
| Jämlikhet (11)                         | X     | X      |
| Kostnadseffektivitet (9)               | -     | X      |
| Hälso nytta och vetenskapligt stöd (9) | -     | X      |
| Angelägenhet (8)                       | X     | X      |
| Genomförbarhet (8) (inkl. legalitet 4) | -     | X      |

### Allvarlighetsgrad

Allvarlighetsgrad återfinns på olika sätt i alla modeller, förutom i artikeln av Nasser et al. där fokus ligger på att implementera jämlikhetsperspektivet (Bilaga 3).

I flera fall ingick kriteriet enbart indirekt, som i Jankauskienes och Petronytes modell där allvarlighetsgrad ingick i processen för att identifiera behov (9). I modeller som prioriterade insatser kunde allvarlighetsgrad ingå i bedömning av insatsens effektivitet och kostnadseffektivitet (2, 10, 14, 16). Flera modeller inkluderade omfattning av tillståndet eller problemet under kriteriet för allvarlighetsgrad. Det operationaliserades dock på olika sätt som i prevalens, incidens eller sammansatta mått som exempelvis Global Burden of Disease (GBD) och Disability Adjusted Life Years (DALYs) (Bilaga 3). Vissa använde kvalitativa bedömningar av allvarlighetsgraden medan andra utgick från kvantitativa mått (Bilaga 3). I en artikel används inte begreppet allvarlighet utan importance (4). Detta begrepp var vidare och inkluderade även omfattning och ekonomisk förlust för samhället. Ekonomisk förlust ska dock inte förväxlas med kostnadseffektivitet, som mer är kopplat till bedömning av insatsen.

### Jämlikhet

De flesta artiklar (n = 11) inkluderade någon aspekt av jämlikhet. Detta uttrycktes antingen som ett prioriteringskriterium, som hos Carson et al., där jämlikhet ingick som ett av sju kriterier och operationaliserades med ”disease of the poor” och ålder (4). I andra artiklar inkluderades jämlikhet i processen genom att man lyfte behovet av att i prioriteringsarbetet inkludera speciellt utsatta målgrupper (Bilaga 3).

Ett exempel på att inkludera jämlikhet i processen utan att inkludera jämlikhet som kriterium var modellen av Schopper et al. (15). Behovsprioriteringen gjordes genom en triangulering som gjordes i expertgrupper eller arbetsgrupper enligt en Delphi-process. En av dessa grupper bestod av berörda samhällsgrupper vilket innebär delaktighet och förankring eller representation, alltså en etisk aspekt på

jämlikhet. Vikten av att processen är förankrad hos berörda samhällsgrupper är något som även lyfts i andra artiklar (8, 13).

Vissa kategorier och kriterier överlappar varandra. Exempel på detta är när man ska bedöma om en insats leder till ökad jämlikhet (12, 14). För att bedöma insatsens effekter på jämlikhet i hälsa i befolkningen behövs information om allvarlighetsgrad och fördelning av problemet vilket kopplas till svårighetsgrad. En artikel operationaliserade jämlikhet genom skillnad i mortalitet mellan olika socioekonomiska grupper (13). I en annan nämndes även skillnader mellan landsbygd och stad som exempel på jämlikhetsaspekt (12).

En annan etisk dimension inom kriteriet jämlikhet var om insatsen är kulturellt anpassad och acceptabel för de berörda. Modellen beskriven av Public Health Science Team inkluderade explicit miljöpåverkan och hållbarhet där jämlikhet ligger under kriteriet angelägenhet, liksom förenlighet med riktlinjer, direktiv eller policier och allmän uppfattning (8). Sociala implikationer kan också tas upp under jämlikhet (9).

De två modeller som inte inkluderat jämlikhetsaspekten hade inte heller ett uttalat folkhälsoperspektiv. Den ena modellen rör övervakning inom smittskydd (5) och den andra behandlar systematiska utvärderingar inom medicinteknik (11). I flera modeller ges dock inget exempel på operationalisering (8, 9, 16).

#### Angelägenhet

Angelägenhetsgraden bedömdes utifrån om tillståndet var politiskt prioriterat (4, 5, 8, 9, 11, 14), allmänheten uppfattade att behovet var stort (5, 8) eller om det fanns en kulturell acceptans och förväntan som bidrar till en ökad möjlighet till implementering (14).

Angelägenhet var en relativt heterogen kategori av kriterier och vissa dimensioner, som legalitet, kan beröra både behov och insats (11, 14).

I en modell (11) översattes de kvantitativa bedömningarna till en rankning baserat på klassificering i tre kategorier utifrån hur relevant insatsen var utifrån rådande policy.

En aspekt på angelägenhet var *legalitet*. Flera artiklar hade legalitet som kriterium (8, 9, 12, 14), dock inte som egen kategori. I en artikel ingick legalitet i angelägenhet (8), i en annan i etik och sociala implikationer (9) och i ytterligare en i ledarskap tillsammans med angelägenhet (2). Legalitet innebär inte att behovet nödvändigtvis uttrycks i lag, utan snarare hur insatser är förenliga med eller bidrar till att uppfylla intentioner och skrivningar i lagar. Vi tolkar det som att Reddy et al. tog hänsyn till legalitet, eftersom de inkluderade hur insatsen ligger i linje med riktlinjer eller behov av nya riktlinjer på grund av en skadlig praxis. I en annan artikel ingick legalitet utifrån om insatsen medför en förändring av lagar, policier eller praxis som innebär att den i ökad utsträckning bidrar till jämlikhet (6).



### Kostnadseffektivitet

Nio av artiklarna berörde olika aspekter av kostnadseffektivitet (Bilaga 3). Konkreta kvantitativa mått på kostnadseffektivitet är cost-benefit och cost-utility (4, 10, 16), det vill säga kostnad per Quality Adjusted Life Years (QALYs) och som inkluderar effekt över tid och den faktiska kostnaden för insatsen (13). I en modell användes den direkta kostnaden per patient (11). I det fallet användes även en kvalitativ bedömning av konsekvenserna för budgeten på längre sikt. En artikel inkluderade ekonomisk produktivitet inom andra områden som budgetpåverkan och kostnad per enhet (14). En annan lyfte att kostnadseffektivitet kan beräknas både kvalitativt och kvantitativt (2). I en artikel gjordes ingen operationalisering av kostnadseffektivitet (8).

### Hälso nytta och vetenskapligt stöd

Hälso nytta och vetenskapligt stöd framkom som två prioriteringskategorier i de modeller för prioritering som identifierades (Bilaga 3). Hälso nytta är ett bredare begrepp än effekt, då effekt förutsätter evidens vilket hälso nytta inte gör. Begreppen hälso nytta och evidens är dock överlappande. Flera artiklar inkluderade insatsens hälso nytta (4, 5, 8, 9, 11-14). Mått på insatsens hälso nytta var exempelvis nyttan för patienter eller individer (11, 12), minskad dödlighet eller sjuklighet, om insatsen möjliggör att problemet förebyggs (5, 8), eller att det rör sig om tidig insats (9). Sex artiklar inkluderade uttryckligen evidens (2, 8-10, 12, 16).

Några modeller inkluderade en djupare folkhälsovetenskaplig analys av insatsens effekt. Det rör sig till exempel om ifall hälso nyttan återfanns i de tre olika preventionsnivåerna (universell, selektiv och indikerad) (4, 12) och om insatsen påverkade bestämningsfaktorer (determinanter) för hälsa (8).

### Genomförbarhet – betydelse för implementering

Genomförbarhet är en övergripande kategori för kriterier som rör användbarhet, tillgänglighet, aktualitet och lämplighet, det vill säga faktorer som är viktiga för implementering. I flera av modellerna ingick kriterier kopplade till implementering (4, 8, 9, 12, 14, 16), exempelvis:

- ingå i praxis och policy över tid (4, 9)
- vara användbar och aktuell (9)
- ligga i linje med riktlinjer som kan accepteras av olika aktörer (12)
- vara genomförbara utifrån budget och resurser (8)
- vara lätt att implementera.

Två modeller inkluderade följsamhet (hos patienter) och användbarhet med betydelse för implementering (14, 16). Legalitet och angelägenhet kan sammanfalla med genomförbarhet, eftersom stöd i styrdokument och acceptans ökar möjligheten till implementering. I två artiklar diskuterades om en prioritering

av insatserna inom området kan påverka negativ praxis till det bättre, det vill säga bidra till att legaliteten förändras (6, 12).

### Bedömning och prioritering av behov och insatser

I de inkluderade artiklarna framkom olika tillvägagångsätt för att bedöma ett behov eller en insats utifrån prioriteringskriterierna. Likaså förekom olika sätt för att vikta betydelsen av ett prioriteringskriterium eller en kategori (Bilaga 2).

Vanligaste tillvägagångsättet var att för vart och ett av behoven eller insatserna göra en bedömning mot varje prioriteringskriterium (2, 5, 8-13, 15). Varje enskilt behov eller insats resultat summeras sedan och ligger till grund för den slutliga prioriteringsordningen. Detta ger ett slutresultat där behoven eller insatserna rangordnas från det högsta till det lägsta, men slutsumman kan också bli den samma för flera behov eller insatser. I två artiklar utgick man från den slutliga rangordningen och grupperade behoven eller insatserna i tre alternativt fyra grupper: låg, mellan och hög prioritet respektive högst, hög, medium och låg prioritet (5, 11).

I en artikel var istället tillvägagångsättet att först jämföra behoven eller insatserna sinsemellan för varje prioriteringskriterium (16). Sedan summeras dessa enskilda jämförelser. Slutresultatet blir likt ovan tillvägagångsätt en rangordning av behoven eller insatserna från högst till lägst. Prioriteringen speglar hur behov eller insatser står sig jämfört med varandra till skillnad från tillvägagångsättet ovan där resultatet visar hur behoven eller insatserna oberoende av varandra förhåller sig till kriterierna.

Viktning användes i sju av artiklarna (2, 9-13, 16). Att inför en bedömning prioritera upp betydelsen av ett prioriteringskriterium med hjälp av viktning användes när en kategori eller ett kriterium bedömdes viktigare än de övriga. Till exempel om ökad jämlikhet bedöms viktigare än kostnadseffektivitet (Bilaga 2). Vid viktningarna användes olika typer av skalor som varierade i detaljnivå. Exempelvis användes skalorna -1, 0, 1, 1–10, hög, medium eller låg, och lika viktig, lite mer viktig eller betydligt mer viktig (Bilaga 2).

En annan typ av tillvägagångsätt för att bedöma ett behov eller en insats utifrån de inkluderade prioriteringskriterierna framkom i artiklarna av Schopper (15), Thokala (16) och Oortwjijn (11). De använde förutbestämda krav där kraven togs fram genom triangulering, alternativt sattes ett förutbestämt slutvärde upp för det sammanvägda resultatet av en bedömning gentemot prioriteringskriterierna (Bilaga 2). Triangulering beskrevs i studien av Schopper et al. Och där ingick resultat från DALY:s, Potential Years of Life Lost (PYLL) samt olika Delphigrupper (15). Att prioritera utifrån förutbestämda ”krav” beskrevs av Thokala et al. och av Oortwjijn et al. (11, 16). Resultatet från dessa tillvägagångsätt blir en selektering mellan behoven och insatserna utifrån om de når upp eller inte når upp till de satta kraven.

I en artikel av Public Health Science Team (8) poängteras vikten av att granska slutresultatet utifrån meningsfullhet och validitet samt vara öppen för revidering av tillvägagångsätt (ex. val av prioriteringskriterier, bedömningsskalor och viktning).

## Diskussion

Flera av modellerna i artiklarna som granskats i denna litteraturöversikt var framtagna för att tillämpas inom folkhälsoområdet, men få inkluderade ett hälsofrämjande perspektiv eller tog hänsyn till bestämningsfaktorer för hälsa och olika nivåer av prevention.

Vi identifierade dock flera delar som är relevanta i arbetet med att prioritera behov: processer för genomförande i modellernas olika delar, identifikation av behov och insatser, prioriteringskriterier och tillvägagångssätt för bedömning och prioritering av behov och insatser.

### Processer för genomförande i modellernas olika delar

Resultatet visade att processerna inom modellerna är av betydelse och att de behöver klargöras. Processerna kan utgå från kvantitativa eller kvalitativa metoder. Det rör allt från vilka som deltar i prioriteringsarbetets olika delar till hur arbetet förankras hos beslutsfattare, professioner och berörda målgrupper. Jämlikhet och etik framträdde som centrala komponenter. I vissa fall bestod arbetsgrupperna av allmänhet eller berörda grupper, som till exempel patienter. För att en arbetsgrupp ska fungera väl bör processen säkerställa att relevant kunskap inhämtas från alla deltagare, exempelvis genom en Delphi-process.

En bred representation av aktörer har både för- och nackdelar. God kunskap om ett sakområde eller erfarenhet från kliniskt arbete med målgruppen är inte synonymt med god förmåga att prioritera behov utifrån effekter på befolkningsnivå eller bedöma vetenskapligt stöd för insatser. De förutsättningar som ges av etablerad praxis och tradition inom området samt ytterst av lagrum, kan i vissa fall ställa höga kompetenskrav på de som deltar i ett prioriteringsarbete. Flera faktorer bör därför beaktas när man sätter ihop en arbetsgrupp, som kompetens och representation.

Ingen av modellerna berörde utvärdering eller uppföljning av själva processen för behovsprioritering. Detta bör dock lyftas in i prioriteringsmodeller inom folkhälsoområdet, tillsammans med bestämningsfaktorer för hälsa och hänsyn till olika preventionsnivåer.

### Identifikation av behov och insatser

Identifikation av behovsområden är en central del i modellerna. Samtidigt redogjorde få artiklar utförligt hur behov och insatser hade identifierats. Några utgick från redan fastslagna områden som framkommit i tidigare forskning och andra från att områdena varit prioriterade i fastslagna policys. Ibland baserades bedömningarna på data från undersökningar eller omdömen från olika experter och professionella.

## Prioriteringskriterier

Ett antal övergripande prioriteringskriterier återkom i modellerna. Dessa grupperades i övergripande kategorier. De kunde syntetiseras till att beröra antingen *behovet* eller *insatsen*. Kategorier av kriterier som enbart handlade om behov var allvarlighetsgrad, medan jämlikhet och angelägenhet var kategorier som berörde både behov och insats. Kategorier som kopplades enbart till insatser var hälsonytta och evidens, kostnadseffektivitet och genomförbarhet.

Angelägenhet var en relativt heterogen kategori av kriterier och vissa dimensioner, till exempel legalitet, kan beröra både behov och insats. Vi har dock främst sett angelägenhet som ett kriterium för behov, där behoven kan beskrivas vara normativa, uttryckta, kompensatoriska och upplevda (4). Normativa behov uttrycks i styrdokument och hos expertis, uttryckta behov kommer från de som själva har behoven, kompensatoriska behov uppstår ur skillnader i hälsa eller i determinanter mellan grupper, och upplevda behov är attityder till hälsa som inte uttrycks om de inte adresseras.

Artiklarna hanterar och definierar prioriteringskriterierna olika när det gäller tillämpning och operationalisering. Exempelvis kategoriserade Baltussen och Niessen dödlighet i kategorin allvarlighetsgrad (2), medan Jankauskiene och Petronyta kopplade minskad dödlighet till insatsen under hälsonytta (9).

Jämlikhetsperspektivet kan fungera som både en egen kategori och ett perspektiv som genomsyrar alla eller vissa delar av modellerna. Jämlikhet kan integreras i mått avseende skillnader i hälsa mellan befolkningsgrupper, sett till både behov och insatsernas effekt. Jämlikhet kan även handla om inflytande och delaktighet i själva prioriteringsprocessen.

Prioriteringskomponenter i denna litteraturöversikt ligger i linje med resultat från två andra översikter som också undersökt prioriteringsmodeller (17, 18). Dessa översikter identifierades genom omvärldsbevakning först efter genomförande av sök- och analysprocessen. Översikten av Noorani et al. behandlade HTA-prioriteringsmodeller och inkluderade 17 olika rapporter publicerade 1996–2006. De utgick från rekommendationerna från Coordination and Development of Health Care Technology Assessment in Europe (EUR-ASSESS) som fastslår att prioriteringsprocessen ska vara uttalad, tydlig och överenskommen samt att den ska spegla kostnad–nytta och innebära någon form av rankingssystem. Man identifierade 11 övergripande kategorier av prioriteringskomponenter varav de flesta finns i denna översikt. Flexibilitet, budgetens ramar och vad alternativen skulle innebära kom dock fram tydligare som komponenter hos Noorani et al. (17).

Marsh et al. undersökte modeller som använt MCDA-modellen (Multiple Criterion Decision Analysis) i prioritering inom hälso- och sjukvårdsområdet. Deras sökning gällde publiceringar från 1990 till 2013 och 40 studier inkluderades. Merparten handlade om prioritering inom vården. Prioriteringskomponenterna var i linje med de som identifierats i denna kartläggning samt hos Noorani, som omfattning, allvarlighet, alternativa insatser, hälsonytta, kostnadseffektivitet och

implementeringsmöjligheter. De fann även kategorier som lokala prioriteringar samt politik (18).

## Bedömning, prioritering och viktning

I artiklarna framkom olika tillvägagångssätt för att genomföra en transparent och systematisk prioritering mellan olika behov och insatser.

I några modeller gjordes bedömningar som resulterade i en rangordning medan i några modeller gjordes en selektion mot redan uppsatta krav. Valet av tillvägagångssätt för att bedöma ett behov eller en insats utifrån de inkluderade prioriteringskriterierna påverkade slutresultatet av prioriteringen. Slutresultatet från vissa modeller gav en rangordning från högst till lägst medan resultaten från andra modeller visade vilka behov eller insatser som uppfyllde de i förväg uppsatta kraven. Vidare såg vi att i vissa modeller särskildes prioriteringskategorierna genom att vikta dem efter relevans för utfallet. Inom kategorin allvarlighetsgrad kan man till exempel välja att ge omfattning av problemet en större betydelse än till exempel trend eller problemets hälsokonsekvenser.

Andra aspekter som lyftes fram var vikten av att granska slutresultatet utifrån meningsfullhet och validitet samt att vara öppen för att vid behov revidera tillvägagångssättet, till exempel val av prioriteringskriterier, bedömningsskalor och viktning av prioriteringskriterier.

# Bilaga 1. Litteratursökningar

## PubMed

((("government agencies"[MeSH Terms] OR "health planning organizations"[MeSH Terms]) OR ("government agency"[Title/Abstract] OR "government agencies"[Title/Abstract] OR "governmental bodies"[Title/Abstract] OR "governmental body"[Title/Abstract] OR health planning organizations[Title/Abstract])) AND (("health policy"[MeSH Terms] OR "public health"[MeSH Terms] OR ("public health"[Title/Abstract] OR "population health"[Title/Abstract] OR "health intervention"[Title/Abstract] OR "health interventions"[Title/Abstract] OR "Health policy"[Title/Abstract] OR "Health policies"[Title/Abstract] OR "national Health policies"[Title/Abstract] OR "national Health policy"[Title/Abstract]))) AND (("policy making"[MeSH Terms] OR "decision making"[MeSH Terms] OR "decision theory"[MeSH Terms] OR "health priorities"[MeSH Terms]) OR ("policy making"[Title/Abstract] OR "decision making"[Title/Abstract] OR "decision theory"[Title/Abstract] OR "health priorities"[Title/Abstract] OR "criteria\*"[Title/Abstract] OR "multicriteria"[Title/Abstract] OR "multi-criteria"[Title/Abstract] OR "multiple criteria"[Title/Abstract] OR "decision support techniques"[Title/Abstract] OR "priority setting"[Title/Abstract] OR "priority-setting"[Title/Abstract] OR prioritizing[Title/Abstract] OR prioritization[Title/Abstract] OR "resource allocation"[Title/Abstract] OR "cost-effective analysis"[Title/Abstract] OR "cost-benefit analysis"[Title/Abstract])) AND (Review[ptyp])

Sökdatum: 2017-03-02

## Scopus

( TITLE-ABS-KEY ( {public health} ) AND TITLE-ABS-KEY ( {priority setting} OR {prioritysetting} OR {prioritizing} ) AND TITLE-ABS-KEY ( model ) ) AND DOCTYPE ( re )

Sökdatum: 2017-03-21

## Cochrane Database of Systematic Reviews

("priority setting" OR "priority-setting" OR prioritization) AND ("public health" OR "population health") in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched)

Sökdatum: 2017-03-10

## SveMed+

"priority setting" AND "public health" AND review AND exp:"Government Agencies"

Sökdatum: 2017-03-03

## Avgränsningar

Publikations år 2000<

Språk: Engelska, svenska och norska

## Sökperiod

Databassökningarna uppdaterades i februari 2019 för publikationsperioden 2017-01-01 – 2019-02-28

## Sökresultat

Totalt 541 stycken sökträffar.



## Bilaga 2. Innehållsbeskrivning av de inkluderade artiklarna

### Artikel av Balthussen & Niessen (2006)

- Ämnesområde: Folkhälsa
- Inriktning: Prioritering av folkhälsoinsatser utifrån exempel på olika multikriterieförfaranden.
- Land: Nederländerna
- Identifiering av behov: Behandlas inte i artikeln. Utgår från exempel av sjukdomar.
- Prioriteringskriterier: Multikriterieförfarande med följande övergripande centrala områden: vetenskapligt förankrade åtgärder, evidensbaserad medicin, kostnadseffektivitetsanalyser, sjukdomsbördan och jämlikhetsanalyser. Specifika prioriteringskriterier tas fram utifrån området inom vilket prioritering ska göras. Både kvalitativa och kvantitativa mått beskrivs.
- Prioriteringsprocess: Prioriteringsprocessen genomförs förslagsvis av en panel med bred representation, exempelvis tjänstemän inom folkhälsa, beslutsfattare, personal från ekonomi och kommunikation samt samhällsrepresentanter. Inledningsvis definierar panelen relevanta kriterier och rangordnar/viktat dem. En matris används som stöd i prioriteringsförfarandet. Där åskådliggörs hur insatser (en per rad) förhåller sig till de utvalda kriterierna (en per kolumn).
- Bedömningssystem: Förespråkar kvantitativa analyser av de ingående kriterierna framför kvalitativa analyser. Lyfter att kompensatoriska avvägningar i bedömning av kriterierna fyller ett syfte. Vid bedömning av insatsernas rankning ska hänsyn tas till deras utbredning/spridning samt ev. interaktionseffekt med befintliga insatser. Framhåller en linjär process där resultatet ger en rangordning av insatserna.
- Viktning: Ja. De ger följande exempel på viktningar. 1) Samtliga kriteriers värden för ett område summeras (linear additive evaluation model). Kriteriets värde multipliceras med värdet för kriteriets vikt. Sedan slås värdena för samtliga kriterium inom ett område samman. 2. Viktning genom parvis jämförelse mellan områdena inom kriterierna (The analytical hierarchy process). 3. Vissa kriterier dominerar utifrån rankning och viktning utifrån förutbestämda avvägningar och står över de andra.

### Artikel av Carson et al (2000)

- Ämnesområde: Folkhälsa
- Inriktning: Prioritering av resurser med fokus på en transparent och ansvarsfull fördelning med störst hälsovinster för befolkningen. Modellen ger ett allmänt stöd och kan tillämpas på både folkhälsoinsatser och forskningsprojekt.

- Land: Australien
- Identifiering av behov: Behandlas inte i modellen.
- Prioriteringskriterier: Ett ramverk uppbyggt av tre områden med sammanlagt sju huvudkriterier. Ett övergripande område med ett huvudkriterium: innovation. Ett praktiskt område med tre kriterier: identifikation (identification), ojämlikhet (inequalities) och införlivande/implementering (incorporation). Ett tekniskt område med tre kriterier: omfattning (importance), riskfaktorer (influence) och interventioner (interventions).
- Prioriteringsprocess: Deskriptiv process.
- Bedömningssystem: Som stöd i bedömning och dokumentation väljs för respektive kriterium en huvudfråga samt nyckelord.
- Viktning: Nej.

### Artikel av Dahl et al. (2015)

- Ämnesområde: Smittskydd
- Inriktning: Förebyggandeperspektiv. Prioritering av patogener för analys och uppföljning.
- Land: Sverige
- Identifiering av behov: Revidering av befintlig lista på patogener. Revidering gjordes av experter för att spegla aktuell situation.
- Prioriteringskriterier: Variabler (n = 10) i prioriteringsprocessen: incidens 2) orsakar jobb- och skolfrånvaro, vårdtyngd, kroniska sjukdomar och följsjukdomar, dödlighet, proportion av fall som kräver insats, trend, uppmärksamhetsgrad, politisk och allmän, möjlighet till prevention samt vårdmöjlighet.
- Prioriteringsprocess: Delphiprocess med experter från olika myndigheter (både nationella och lokala).
- Bedömningssystem: Patogenerna rankades i tre nivåer (-1, 0 eller 1), gjordes sedan om till en skala 1–100 och grupperades sedan i fyra grupper (högst, hög, medium och låg prioritet) med förutbestämt antal.
- Viktning: Nej.

### Artikel av Jankauskiene & Petronyte (2013)

- Ämnesområde: Hälso- och sjukvård
- Inriktning: Health Assessment technology (HTA) priority setting. Prioritering av satsningar (åtgärder) på hälsoteknik inom hälso- och sjukvård.
- Land: Litauen
- Identifiering av behov: Behovsområden och tillhörande insatser tas fram i två steg i en Delphiprocess. Först rankas behovsområden utifrån långsiktig

relevans och befintlig nationell policy (Delphirunda 1). Sedan rankas behovsområden genom att experter ombeds välja ut tre områden med tillhörande föreslagna åtgärder (HTA) (Delphirunda 2).

- Prioriteringskriterier: Budgetpåverkan, hälso nytta, alternativ, efterfråga, aktualitet/användbarhet och vetenskapligt stöd samt etiska, legala och sociala implikationer.
- Prioriteringsprocess: En process med fyra huvudsteg. 1) Val av expertpanel, som utformar urvalskriterier. 2) Indikering och urval av behovsområden (Delphirunda 1). 3) Identifikation av åtgärder (Delphirunda 2) och 4) Prioritering (Delphirunda 3). Steg 2–4 utförs av expertpanelen via tre Delphirundor med hjälp av webbenkät. Expertpanelen består av beslutsfattare, yrkesverksamma i hälso- och sjukvården och akademiker med lärar- och forskningsposition.
- Bedömningssystem: Sju prioriteringskriterier används för att fastställa det slutliga prioriteringsvärdet för respektive hälsoteknologi och tas fram med hjälp av nedanstående formel: Formel:  $= W1\ln S1 + W2\ln S2 \dots + W7\ln S7$ . W är kriteriets viktning, S kriteriets poäng och ln naturlig logaritm.
- Viktning: Ja. Prioriteringskriterierna till grund för betygsättning av åtgärder i steg 4 (Delphirunda 3) viktas på en skala 1–5 av medverkande experter.

## Artikel av Marsh et al. (2012)

- Ämnesområde: Folkhälsa
- Inriktning: En faktisk prioritering mellan folkhälsoinsatser utifrån en tillämpning av multiple criteria decision analysis (MCDA).
- Land: Storbritannien
- Identifiering av behov: Interventioner identifierades av seniora beslutsfattare, tjänstemän vid Folkhälsodepartement m.fl. vid en workshop. 16 interventioner inom nationellt prioriterade områden (fetma, alkohol, rökning, sexuell hälsa och psykisk hälsa).
- Prioriteringskriterier: Kostnadseffektivitet, andel i befolkningen som nås av interventionen, interventionens fördelning i utsatt del av befolkning, budget och vetenskapligt stöd/evidens.
- Prioriteringsprocess: Prioriteringskriterierna fastställs med hjälp av en översikt över tidigare kriterier inom MCDA, i samråd med beslutsfattare inom folkhälsoområdet samt genom en webbaserad undersökning till aktörer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Preferenser hos beslutsfattare inom folkhälsoområdet ligger till grund för viktningen av kriterier.
- Bedömningssystem: Bedömning av interventionerna med kvantitativa mått från forskningslitteraturen och uppföljningsdata.

- Viktning: Ja. Relativ bedömning av varje prioriteringskriteriums inflytande tas fram av beslutsfattare inom folkhälsoområdet utifrån deras bedömning av hypotetiska exempel.

### Artikel av Nasser et al. (2013)

- Ämnesområde: Folkhälsa
- Inriktning: Metod för att säkerställa jämlikhetsperspektivet i prioriteringsprocesser i framtagande av systematiska översikter.
- Land: Kanada
- Identifiering av behov: Jämlikhetsperspektiv i urval av behovsområde belyses genom checklistor.
- Prioriteringskriterier: Inga.
- Prioriteringsprocess: Checklista 1 vägleder processen för prioritering genom 9 frågor (t.ex. om och hur olika utsatta grupper som berörs har varit involverade i valet av forskningsfråga). Checklistorna ska följas av de som beslutar om eller genomför forskning. Checklistorna syftar till att ge ett allmänt stöd i implementering av jämlikhetsperspektivet i prioriteringsprocessers alla steg.
- Bedömningssystem: Checklista 2 utvärderar resultatet av utfallet av prioriteringen genom 8 frågor (t.ex. om prioriteringsprocessen resulterat i mer forskning som är relevant för utsatta grupper).
- Viktning: Nej.

### Artikel av Oortwijn et al. (2002)

- Ämnesområde: Hälsa- och sjukvård
- Inriktning: Prioritering av forskningsfinansiering utifrån policyrelevans inom området för utvärdering av hälsoteknik (Health Technology Assessment, HTA)
- Land: Nederländerna
- Identifiering av behov: Utgår från forskningsansökningar inom sakområdet ländryggsmärtor.
- Prioriteringskriterier: Utgår från sex kriterier för vilka objektiva data använts, företrädesvis kvantitativt men också kvalitativt. Kriterierna var sjukdomsbörda, potentiell vinst/fördel för individen/patienten, antal berörda (antal/år), kostnad per individ/patient, hälsoekonomiska konsekvenser för hälso- och sjukvården. Det ingick även ytterligare aspekter kopplat till policyrelevans.
- Prioriteringsprocess: I det första steget poängsätts forskningsansökningarna med hjälp av prioriteringskriterierna. För varje kriterium finns förutbestämda krav på en poängskala 1–5. Poängsättningen utförs av fyra oberoende bedömare (två experter från undersökande medicin och två policyrådgivare

från sjukförsäkringskassan). I processens andra steg betygsätts ansökningarnas övergripande policyrelevans i kategorierna hög, mellan och låg.

- **Bedömningssystem:** Bedömningarna utförs både med och utan viktning. Utan viktning: Ansökningarnas slutliga poäng låg till grund för betygsättning och slutlig bedömning av policyrelevans. Två bedömningssystem prövades för framtagande av skalan med tillhörande cut-off-poäng: En strikt samt en öppen strategi. För strikt strategi kategoriserades ansökningarna med 40 procent av möjliga poäng som låg, 30 procent som mellan och resterande 30 procent som hög policyrelevans. För öppen strategi kategoriserades 17 procent av möjliga poäng som låg, 33 procent som mellan och 50 procent som hög policyrelevans.
- **Viktning:** Två olika viktningssystem beskrevs. Det ena systemet utgår från att prioriteringskriterierna väger lika tungt och ansökans prioriteringspoäng för varje kriterier summeras. Viktar de sex prioriteringskriterierna i tre olika grupper: hälsopåverkan (a, b, c), effekter på kostnader (d och e) samt policyrelevans (f).
- Det andra systemet viktade prioriteringskriterierna lika, vilket ger formeln: Total poäng =  $(a+b+c) + (1,5(d+e))+3f$ . Även en viktning där prioriteringskriterierna viktades olika: Total poäng =  $(a+b+c) + (1,5(d+e))+f$ .

## Artikel av Public Health Science Team (2010)

- **Ämnesområde:** Folkhälsa
- **Inriktning:** Prioritering av folkhälsoområden och interventioner
- **Land:** USA
- **Identifiering av behov:** Behov identifieras utifrån omfattning (kvantitativa mått) och angelägenhet/betydelse (kvalitativa mått).
- **Prioriteringskriterier:** Multikriterieförfarande bestående av fyra huvudkriterier: a) omfattning (kvantitativ), b) betydelse för folkhälsan (kvalitativ), c) insatsernas effektivitet och d) insatsens genomförbarhet, t.ex. kostnadseffektivitet, kulturell och etisk lämplighet samt resurstillgänglighet. För varje huvudkriterium finns uppsatta underkriterier. Dessa används för att gradera behov/insatsområde inom varje huvudkriterium (A, B, C, D).
- **Prioriteringsprocess:** Prioritering genomförs efter en checklista baserad på multikriterieförfarandet. Inledningsvis granskas resultatet och vid behov justeras kriterierna. Inledningsvis en icke-linjär process som, när checklistan fastställts, övergår till en linjär process med transparent dokumentation.
- **Bedömningssystem:** Vid prioritering mellan hälsoområden tillämpas kriterierna a, b, c och d. Vid prioritering mellan insatser för ett identifierat behov används kriterierna c och d. Poängsättningssystem fastställs på förhand av arbetsgruppen, till exempel hög, mellan, låg, 1–10, 1, 2, 3, +, ++, +++.
- **Viktning:** Nej.

## Artikel av Reddy et al (2014)

- Ämnesområde: Folkhälsa
- Inriktning: Prioritering av områden inom folkhälsa utifrån multiple criteria decision analysis (MCDA) genom att använda Analytic Hierarchy Process (APH) i en pilotstudie.
- Land: Storbritannien.
- Identifiering av behov: Behandlas inte i artikeln.
- Prioriteringskriterier: Omfattning (bla GBD), omfattning delas upp i individ, samhälle och ojämlikhet, hälsnytta, om det finns en skadlig praxis som behövs justeras. Här ingick kostnadseffektivitet, implementerbarhet med rådande riktlinjer, vetenskapligt stöd. Ev. variation i praktiken kopplat till policy. Jämlikhet: tillgänglighet i vård och service, påverkar landsbygd och stad.
- Prioriteringsprocess: Workshop/studiegrupp med deltagare från olika yrkeskategorier (jurister, folkhälsoexperter och statistiker) inom folkhälsa med uppdrag att rådgöra med beslutsfattare.
- Bedömningssystem: APH där prioriteringskriterier ställs parvis mot varandra, studiegruppen bestämmer vilken som är viktigast och med vilken vikt tills en matris av kriterier och vikter har skapats.
- Sedan får varje deltagare uppskatta/summera olika ämnens resultat utifrån matrisen.
- Viktning: Ja. Vikternas storlek avgörs av experter (konsensus) med en skala från lika viktig till extremt mer viktig.

## Artikel av Shopper et al. (2000)

- Ämnesområde: Hälsa- och sjukvård och folkhälsa (hälsoproblem och riskfaktorer).
- Inriktning: Prioritering mellan hälsoproblem (t.ex. cancer och suicid) och determinanter (t.ex. tobaksbruk och arbetslöshet).
- Land: Schweiz
- Identifiering av behov: Utgår från redan identifierade behov.
- Prioriteringskriterier: Potentiell förlorad livslängd (Potential Years of Life Loss, PYLL), funktionsjusterade levnadsår (Disability Adjusted Life Years, DALY:s) och resultat från undersökning hos berörda grupper och allmänhet (Delphiprocess).
- Prioriteringsprocess: Triangulering av resultaten från PYLL, DALY:s och Delphiprocess. I Delphiprocessen sker prioritering av fem paneler bestående av politiska ledare, chefer för medicinska och sociala institutioner, professioner från privata medicinska instanser, frivilligorganisationer och ledare för olika samhällsgrupper.

- Bedömningsystem: För slutligt prioriteringsresultat trianguleras resultaten från Delphiprocessen, PYLL och DALY:s.
- Viktning: Nej.

### Artikel av Simoes et al. (2006)

- Ämnesområde: Folkhälsa
- Inriktning: Prioritering av hälsotillstånd/sjukdomar och riskfaktorer för icke-smittsamma sjukdomar.
- Land: USA
- Identifiering av behov: Behov identifieras och sammanställs med hjälp av uppföljningsdata i ”original MICA”, (Missouri Information for Community Assessment Setting Model). En webbapplikation för sammanställning av uppföljningsdata.
- Prioriteringskriterier: Multikriterieförfarande med kriterier kopplat till sjukdom samt riskfaktorer med följande kriterier: allvarlighet, omfattning, brådskande, jämlikhet, interventioners preventiva effekt samt stöd i samhället för insatsen.
- Prioriteringsprocess: Identifiering av hälsobehov i populationen görs med hjälp av webbapplikationen ”original MICA”, där statistik och uppföljningsregister över hälsoläget i en population sammanställs. I prioriteringssteget används webbapplikationen prioriterings-MICA. Verktøget generar en övergripande ranking av de sjukdomar och riskfaktorer som listas i MICA.
- Bedömningsystem: Inom varje kriterium rankas behovsområden. Rankningsresultaten för respektive behovsområde summeras sedan för slutligt resultat/prioriteringsordning.
- Viktning: Ja. Viktning av de olika kriterierna kan läggas in i MICA-programmet. Kriteriet bedöms som låg, medel eller hög vikt och multipliceras med 0,5, 1 respektive 2.

### Artikel av Thokala & Duenas (2012)

- Ämnesområde: Hälso- och sjukvård
- Inriktning: Health Assessment technology (HTA) priority setting. Presentation av tre prioriteringsmodeller utifrån MCDA. Man jämför även en modellen inom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) med MCDA.
- Land: Storbritannien
- Identifiering av behov: Behandlas inte i artikeln. Ett hypotetiskt exempel ges med medicin A respektive B.

- Prioriteringskriterier: Kostnadseffektivitet, jämlikhet, uppfinningsrikedom (Innovation), patientens följsamhet (patient compliance) och vetenskaplig säkerhet/evidens
- Prioriteringsprocess: Beslutsfattare får stöd för prioritering genom en process som innehåller problemformulering, litteraturöversikter, möten med berörda aktörer, skapande av modell m.m. En kommitté med individer med olika perspektiv eller ett urval av befolkningen i allmänhet beslutar om vilka vikter som gäller i t.ex. workshopform. Viktning och kriterier ska vara transparenta.
- Bedömningssystem: Man presenterar tre varianter av bedömning inom MCDA: 1. Outranking metoder där man ställer alternativen parvis mot varandra och jämför med kriterier. 2. Mål eller referensstyrd process. 3. Uppmätta värden (value measurement model)
- Viktning: Vikter används i alla tre modellerna, men på olika sätt.

## Artikel av Tromp & Balthussen (20012)

- Ämnesområde: Hälso- och sjukvård
- Inriktning: Modell för kategorisering/översikt av kriterier vid prioritering av hälsoinsatser med hjälp av multiple criteria decision analysis (MCDA).
- Land: Nederländerna.
- Identifiering av behov: Behandlas inte.
- Prioriteringskriterier: Multikriterieförfarande med 6 kategorier innehållande totalt 31 prioriteringskriterier. Alla är kopplade till insatsen. 5 kategorier relaterar till målsättningen: hälsolivå, fördelning av hälsa, responsiveness, socialt och finansiellt skydd samt ökad effektivitet. En kategori, feasibility, relaterar till möjligheten att genomföra insatsen.
- Prioriteringsprocess: De angivna kriterierna ska behandlas som ett underlag för beslutsfattare att själva utse relevanta kriterier inom sin prioriteringsprocess. Man skriver också att det är viktigt att kunna dessa generiska kriterier i en kontext, t.ex. att om man ser på HIV kan reducerat stigma vara en viktig del.
- Bedömningssystem: Nej.
- Viktning: Nej.



## Bilaga 3. Prioriteringskategorier i de olika modellerna

### Artikel av Balthussen & Niessen (2006)

- Allvarlighet (behov): Ja. Förespråkar kvantitativa mätsätt utan att specificera mått. Kvalitativa också kan användas. De talar om burden of disease, analyses och severity of disease. Omfattning ingår i en del av de ovan nämnda måtten.
- Jämlikhet (behov och insats): Ja. Exempler som de använder är ”disease of the poor” och ålder.
- Angelägenhet (behov och insats): Nej.
- Kostnadseffektivitet (insats): Ja. Kan vara både kvalitativt och kvantitativt.
- Hälsnytta/evidens (insats): Nej.
- Genomförbarhet (insats): Nej.

### Artikel av Carson et al (2000)

- Allvarlighet (behov): Ja. Inkluderas inom importance som även inkluderar omfattning. GBD, DALY, QALY, dödlighet, sjuklighet, incidens, ekonomisk förlust (loss), akuta fall.
- Jämlikhet (behov och insats): Ja. Lyfter fördelning mellan grupper, sammanhang och arenor.
- Angelägenhet (behov och insats): Ja. Inkluderas under importance. Normativa behov, uttryckta behov, kompensatoriska behov, upplevda behov.
- Kostnadseffektivitet (insats): Ja. Cost-benefit, cost-utility, cost effectiveness.
- Hälsnytta/evidens (insats): Ja. Hälsnytta på olika preventionsnivåer.
- Genomförbarhet (insats): Ja. ”Incorporation” kan ingå i policy och praxis över tid. Delas upp i två delar, praktiska och tekniska. Delar av modellen (intervention, influenser/aktualitet och ojämlikhet) analyseras utifrån de tre preventionsnivåerna i tabell 2 i artikeln.

### Artikel av Dahl et al. (2015)

- Allvarlighet (behov): Ja. Dock inte som samlade begrepp utan måtten dödlighet, incidens och trend, andel av fall som kräver insats, kroniska sjukdomar och följsjukdomar, vårdtyngd, orsakar jobb- och skolfrånvaro.
- Jämlikhet (behov och insats): Nej.
- Angelägenhet (behov och insats): Ja. Att behovet finns på den politiska agendan och i allmänhetens medvetenhet.
- Kostnadseffektivitet (insats): Nej.

- Hälso nytta/evidens (insats): Ja. Möjlighet/tillgänglighet till preventiva åtgärder.
- Genomförbarhet (insats): Nej

### Artikel av Jankauskiene & Petronyte (2013)

- Allvarlighet (behov): Ja, indirekt. Allvarlighetsgrad ingår i processen för att identifiera behov.
- Jämlikhet (behov och insats): Ja. Tillsammans med sociala implikationer och legalitet.
- Angelägenhet (behov och insats): Ja. Intresse hos beslutsfattare. Legalitet under samma kriterium som etik och sociala implikationer.
- Kostnadseffektivitet (insats): Nej.
- Hälso nytta/evidens (insats): Ja. Skiljer mellan health benefit och evidence. Health benefits: minskar insjuknande, dödlighet och/eller sjuklighet, tidig diagnosticering och/eller behandling. Evidens: insatsen har utvärderats.
- Genomförbarhet (insats): Ja. Om insatsen är användbar och aktuell.

### Artikel av Marsh et al. (2012)

- Allvarlighet (behov): Nej.
- Jämlikhet (behov och insats): Ja. Distribuering av nyttan. Mäts i ratio mellan de 20 procent mest utsatta i målgruppen och befolkningen och målgruppens andel överlag.
- Angelägenhet (behov och insats): Gruppen beslöt att stryka kriterier om interventionens accepterbarhet då de inte kunde mätas kvantitativt inom projektet.
- Kostnadseffektivitet (insats): Ja. Kostnad per vunnet QALY samt långtidseffekter på vårdkostnader.
- Hälso nytta/evidens (insats): Ja. Säkerheten i utvärderingarna av insatsen.
- Genomförbarhet (insats): Ja. Om interventionen ryms i budget.

### Artikel av Nasser et al. (2013)

- Allvarlighet (behov): Ja. Indirekt då man ställer frågor om behoven utifrån jämlikhet mellan olika grupper.
- Jämlikhet (behov och insats): Ja. Alla frågor i checklistan syftar till att öka jämlikhet.
- Angelägenhet (behov och insats): Ja. Det finns frågor om ifall insatsen förändrar policier, lagar eller annat som hindrar jämlikhet.
- Kostnadseffektivitet (insats): Nej.

- Hälso nytta/evidens (insats): Ja. Utifrån om insatsen ökar jämlikheten i hälsa.
- Genomförbarhet (insats): Nej.

### Artikel av Oortwijn et al. (2002)

- Allvarlighet (behov): Ja. Sjukdomsbörda. Omfattning: antal berörda.
- Jämlikhet (behov och insats): Nej.
- Angelägenhet (behov och insats): Ja. Relevans för policy, kvantitativ bedömning av antal aspekter, där aspekter kan vara kostnadseffektivitet och hälso nytta. Kvalitativ bedömning där resultatet är låg, mellan eller hög policyrelevan
- Kostnadseffektivitet (insats): Ja. Direkt kostnad per patient (kvantitativ) samt budgetkonsekvenser på längre sikt. Kvalitativ bedömning.
- Hälso nytta/evidens (insats): Ja. Möjlig nytta för enskilda patienter.
- Genomförbarhet (insats): Nej.

### Artikel av Public Health Science Team (2010)

- Allvarlighet (behov): Ja. Använder inte allvarlighet utan magnitud på problem och ekonomisk börda hos befolkningen. Andel med risk, dödlighet, DALY, QALY:s, PYLL m.fl. Omfattning ingår i en del av de ovan nämnda måtten.
- Jämlikhet (behov och insats): Ja. Inkluderas under angelägenhet/folkhälsoaspekt som även rymmer saker som legalitet, policy m.m). Kvalitativ. Om tillståndet är ojämnt fördelat, etiska aspekter och stöd bland communities samt miljöpåverkan/hållbarhet. Under feasibility inkluderas om åtgärden är kulturellt lämplig och acceptabel för berörda grupper.
- Angelägenhet (behov och insats): Ja. Allmänhetens oro/engagemang, om det finns stöd från beslutsfattare eller beslut och stöd i och policydokument. Angelägenhet inkluderar även jämlikhets- och legalitetsaspekter. Legalitet.
- Kostnadseffektivitet (insats): Ja. Inkluderas under feasibility.
- Hälso nytta/evidens (insats): Ja. Inkluderas under interventionens effektivitet, förväntad hälso nytta. Om interventionerna har fungerat, evidensgrad, möjlighet att förebygga, om åtgärden påverkar orsaken till behov (determinanter).
- Genomförbarhet (insats): Ja. Inkluderas som feasibility. Tillgängliga resurser, gapet mellan existerande resurser och behovet av resurser, aktualitet av implementering, lätthet till implementering, om det ligger på folkhälsoområdet att implementera.

### Artikel av Reddy et al. (2014)

- Allvarlighet (behov): Ja. Omfattning som operationaliseras till burden of disease.
- Jämlikhet (behov och insats): Ja. Under behovets omfattning diskuteras jämlikhet som tillgänglighet i vård och service, påverkar landsbygd och stad.
- Angelägenhet (behov och insats): Ja. Rådande riktlinjer, om det finns en skadlig praxis. Under kategorin ”Insatsen gör skillnad”.
- Kostnadseffektivitet (insats): Ja. Under kategorin ”Insatsen gör skillnad”.
- Hälsnytta/evidens (insats): Ja. Under kategorin ”Insatsen gör skillnad”.
- Genomförbarhet (insats): Ja. Under kategorin ”Insatsen gör skillnad”.

### Artikel av Shopper et al. (2000)

- Allvarlighet (behov): Ja. Dock inte som ett samlande begrepp utan utifrån måtten PYLL, DALY, GBD, där omfattning inkluderas.
- Jämlikhet (behov och insats): Ja. Delphigrupper är ett av de tre benen i modellen och där ingår representanter för communities och berörda grupper.
- Angelägenhet (behov och insats): Nej.
- Kostnadseffektivitet (insats): Nej.
- Hälsnytta/evidens (insats): Nej.
- Genomförbarhet (insats): Nej.

### Artikel av Simoes et al. (2006)

- Allvarlighet (behov): Ja. Antal dödsfall < 65 år, antal dagar på sjukhus, antal dagar med funktionsnedsättning. Trend i dödlighet. Omfattning: antal icke-akuta besök på sjukhus, antal döda.
- Jämlikhet (behov och insats): Ja. Exempel i artikeln är dödstal mellan vita och färgade (åldersjusterat). Stöd bland berörda grupper och communities.
- Angelägenhet (behov och insats): Nej.
- Kostnadseffektivitet (insats): Ja, kostnad för intervention.
- Hälsnytta/evidens (insats): Ja. Interventionens effektivitet. Antal utvärderade framgångsrika interventioner.
- Genomförbarhet (insats): Nej.

### Artikel av Thokala & Duenas (2012)

- Allvarlighet (behov): Ja. Indirekt utifrån kostnadseffektivitet i interventionen.
- Jämlikhet (behov och insats): Ja. Dock anges det inte hur det kan operationaliseras.

- Angelägenhet (behov och insats): Nej.
- Kostnadseffektivitet (insats): Ja. Kostnad per QALY och kostnad om insatsen inte görs.
- Hälsnytta/evidens (insats): Ja. Det vetenskapliga stödets kvalitet.
- Genomförbarhet (insats): Ja. Innovation och följsamhet.

## Artikel av Tromp & Balthussen (2012)

- Allvarlighet (behov): Ja. Indirekt då målet för insatsen är att öka hälsolivån i befolkningen, t.ex. effektivitet på befolkningsnivå (operationalisering av hälsolivån) och burden of disease (operationalisering av responsiveness).
- Jämlikhet (behov och insats): Ja. Indirekt då målet för insatsen är att öka jämlikheten i hälsa, genom fördelning av hälsolivån i befolkningen. Man tar upp effekter gällande genus, socio-ekonomi, boendemiljö, etnicitet och ålder.
- Angelägenhet (behov och insats): Ja. Under feasibility ligger dimensionen ledarskap/styrning som operationaliseras med om det är i enlighet med tidigare prioriteringar, politiskt accepterbart och accepterat av olika berörda aktörer samt legalitet. Responsiveness tar upp vad patienter/medborgare har för förväntningar.
- Kostnadseffektivitet (insats): Ja, men inte som egen kategori. Feasibility inkluderar t.ex. budgetpåverkan och kostnad per enhet. Under ”Socialt och finansiellt skydd” ingår t.ex. ekonomisk produktivitet, men också att ovanliga sjukdomar kan orsaka höga kostnader, lidande och ojämlikhet i hälsa.
- Hälsnytta/evidens (insats): Ja. Ökad effektivitet t.ex. om insatsen når en stor andel av populationen (täckningsgrad).
- Genomförbarhet (insats): Ja. Under feasibility finns, förutom det som presenteras under angelägenhet som även är kopplat till implementerbarhet, kriterier för om verksamheten är utformad så att implementeringen är enkel, tillgängligheten är god och system för förvaltning finns. Även om det är genomförbart utifrån kompetens hos personal i verksamheten och informationssystemet i verksamheten.

# Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Handledning för litteraturoversikter: förutsättningar och metodsteg för kunskapsframtagande baserat på forskningslitteratur vid Folkhälsomyndigheten. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2017. [citerad 6 april 2020]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/h/handledning-for-litteraturoversikter/>.
2. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc.* 2006;4:14-. DOI:10.1186/1478-7547-4-14.
3. Bhaumik S, Rana S, Karimkhani C, Welch V, Armstrong R, Pottie K, et al. Ethics and equity in research priority-setting: stakeholder engagement and the needs of disadvantaged groups. *Indian journal of medical ethics.* 2015;12(2):110-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25797432>.
4. Carson N, Ansari Z, Hart W. Priority setting in public health and health services research. *Australian Health Review.* 2000;23(3):46-57. DOI:10.1071/AH000046.
5. Dahl V, Tegnell A, Wallensten A. Communicable Diseases Prioritized According to Their Public Health Relevance, Sweden, 2013. *PloS one.* 2015;10(9):e0136353-e. DOI:10.1371/journal.pone.0136353.
6. Nasser M, Ueffing E, Welch V, Tugwell P. An equity lens can ensure an equity-oriented approach to agenda setting and priority setting of Cochrane Reviews. *Journal of clinical epidemiology.* 2013;66(5):511-21. DOI:10.1016/j.jclinepi.2012.11.013.
7. Newton JN, Briggs AD, Murray CJ, Dicker D, Foreman KJ, Wang H, et al. Changes in health in England, with analysis by English regions and areas of deprivation, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2015;386(10010):2257-74. DOI:10.1016/S0140-6736(15)00195-6.
8. Public Health Science Team. Priority-setting in Public Health. Department of Public Health, County of Los Angeles, 2010. Hämtad från: [www.publichealth.lacounty.gov](http://www.publichealth.lacounty.gov).
9. Jankauskiene D, Petronyte G. A model for HTA priority setting: experience in Lithuania. *International journal of technology assessment in health care.* 2013;29(4):450-5. DOI:10.1017/S0266462313000470.
10. Marsh K, Dolan P, Kempster J, Lugon M. Prioritizing investments in public health: a multi-criteria decision analysis. *Journal of public health (Oxford, England).* 2013;35(3):460-6. DOI:10.1093/pubmed/fds099.
11. Oortwijn WJ, Vondeling H, van Barneveld T, van Vugt C, Bouter LM. Priority setting for health technology assessment in The Netherlands: principles and practice. *Health policy.* 2002;62(3):227-42. DOI:10.1016/s0168-8510(02)00037-4.
12. Reddy BP, Kelly MP, Thokala P, Walters SJ, Duenas A. Prioritising public health guidance topics in the National Institute for Health and Care Excellence using the Analytic Hierarchy Process. *Public Health.* 2014;128(10):896-903. DOI:10.1016/j.puhe.2014.07.003.
13. Simoes EJ, Land G, Metzger R, Mokdad A. Prioritization MICA: A web-based application to prioritize public health resources. *Journal of Public Health Management and Practice.* 2006;12(2):161-9. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-33645733332&partnerID=40&md5=cf92f9e4d1f88f0c8f3eea4e03d6465b>.
14. Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC health services research.* 2012;12:454. DOI:10.1186/1472-6963-12-454.
15. Schopper D, Torres AM, Pereira J, Ammon C, Cuende N, Alonso M, et al. Setting health priorities in a Swiss canton: what do different methods tell us? *Journal of epidemiology and community health.* 2000;54(5):388-93. DOI:10.1136/jech.54.5.388.

16. Thokala P, Duenas A. Multiple criteria decision analysis for health technology assessment. *Value Health*. 2012;15(8):1172-81. DOI:10.1016/j.jval.2012.06.015.
17. Noorani HZ, Husereau DR, Boudreau R, Skidmore B. Priority setting for health technology assessments: a systematic review of current practical approaches. *Int J Technol Assess Health Care*. 2007;23(3):310-5. DOI:10.1017/s026646230707050x.
18. Marsh K, Lanitis T, Neasham D, Orfanos P, Caro J. Assessing the value of healthcare interventions using multi-criteria decision analysis: a review of the literature. *Pharmacoeconomics*. 2014;32(4):345-65. DOI:10.1007/s40273-014-0135-0.

Den här kartläggande litteraturöversikten identifierar befintlig kunskap om prioritering inom folkhälsoområdet. Kunskap som kan bidra till arbetet med strategisk prioritering av behov inom folkhälsoområdet.

Översikten inkluderar tretton artiklar. Ingen prioriteringsmodell som i sin helhet var direkt överförbar till folkhälsoområdet kunde identifieras. Dock identifierades gemensamma kriterier för prioritering. Dessa kunde grupperas i kategorierna allvarlighetsgrad, jämlikhet, angelägenhet, genomförbarhet kostnadseffektivitet och hälsnytta/vetenskapligt stöd. Vidare kan arbetsgruppens sammansättning påverka både processer och utfall av prioriteringsarbetet.

Översikten riktar sig till dig som är beslutsfattare eller arbetar med strategiskt förebyggande arbete vid myndigheter, regioner och kommuner.

---

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling



Folkhälsomyndigheten

Solna Nobels väg 18, 171 82 Solna. Östersund Campusvägen 20. Box 505, 831 26 Östersund.

[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)