

## Prioriteringar inom sjukgymnastik – vägen från en icke-fråga till aktuellt forskningsfält

MARI BROQVIST OCH PER CARLSSON

### Sammanfattning

Prioriteringar i hälso- och sjukvård, det vill säga att vissa vårdbehov får mer och andra mindre resurser, har alltid funnits, men de har gjorts utifrån olika principer och oftast dolt för allmänheten. Att prioriteringar uppmärksammas alltmer har antagligen sin grund i att medborgarna, inkluderat personal, ställer större krav på att de begränsade resurserna fördelas på ett rättvist sätt. Prioriteringar är dock en svår och känslig fråga som sakta vuxit fram forskningsmässigt och i den offentliga debatten sedan 70-talet. Också inom svensk sjukgymnastik har kunskapen om hur sjukgymnaster resonerar länge varit okänd, men flera studier har tillkommit under det sista decenniet. Idag vet vi mer om vad som styr sjukgymnasters prioriteringar och att den nationella modellen för prioriteringar som vuxit fram också fungerar inom sjukgymnastik. Fortfarande finns dock mycket kvar att lära. Denna artikel syftar till att ge en överblick över kunskapsläget sjukgymnastik och prioriteringar och stimulera till fortsatt kunskapsbyggande.

**Mari Broqvist**, arbetsterapeut, MSc, konsult, PrioriteringsCentrum, Linköping  
**Per Carlsson**, professor i hälsoekonomi, chef för PrioriteringsCentrum, Linköping

**UNDER DE SENASTE ÅREN** har intresset för prioriteringar inom sjukgymnastik accelererat. Från att, i alla fall i det offentliga ljuset, ha varit en i det närmaste icke-fråga finns det idag en uttalad vilja ute i verksamheterna och hos yrkesförbundet, LSR, att åstadkomma mer av systematiska prioriteringar i vården.

Vad är då skälen till att överhuvudtaget intressera sig för prioriteringar i vården? Vi vill med denna artikel blicka tillbaka för att förstå varför intresset för öppna prioriteringar vuxit sig allt starkare och försöka ge en överblick över den kunskap som vuxit fram inom området.

### Prioriteringar i allmänhet

Prioriteringar i hälso- och sjukvård har alltid funnits men de har gjorts på olika sätt och utifrån olika principer. Det finns ingen tid i historien när resurserna i form av personal, material och utrustning varit större än efterfrågan och behovet av vård i befolkningen.

När vi skriver om begränsade resurser tänker vi i första hand på den offentliga och skattefinansierade vården där de ekonomiska ramarna är tydligast.

Att prioriteringar uppmärksammas alltmer har antagligen sin grund i att medborgarna tycker det är viktigt att de begränsade resurser-

na används ändamålsenligt och att de fördelas på ett rättvist sätt.

Ett annat skäl till att frågan om prioriteringar aktualiserats är upplevda hot mot den solidariskt finansierade vården i Sverige. Alla skattefinansierade sjukvårdssystem baseras på att sjukvården och dess företrädare har ett förtroende i befolkningen. För att vidmakthålla det förtroendet måste medborgarna uppfatta att verksamheten bedrivs på ett effektivt och rättvist sätt, men också att förväntningarna någorlunda kan balanseras mot vad vården faktiskt kan klara av.

Förväntningar på sjukvården håller på att förändras från enbart hjälp med basala behov, som att minska lidande och undanröja livshotande tillstånd, till att i ökad utsträckning handla om välbefinnande och förbättringar.

Till exempel är det idag självklart att försöka behandla sjukdomar och deras symtom långt upp i åldrarna. Höftledsoperationer på 90-åringar är inte längre ovanligt. Det är självklart för oss att kompensera nedsatt hörsel med hjälpmedel i hög ålder.

Livskvalitetsförbättrande insatser av kosmetisk natur ökar kraftigt, huvudsakligen utanför den offentliga vården. Vi kan inte förutse alla nya möjligheter och erbjudanden som kommer att stå till buds i framtiden, mer än att utbudet av produkter och tjänster som syftar till att öka välbefinnandet kommer att öka. Vad av allt detta ska den gemensamma sektorn svara för och vad ska vi ta ansvar för privat som enskilda individer?

Trycket på politiker och andra som företräder offentliga sjukvårdssystem i olika länder ökar i takt med att befolkningarna blir allt mer medvetna om sina behov av vård och sina rättigheter. Ingen vill stå tillbaka för någon annan på ett orättmätigt sätt. Informationen till medborgare och patienter om nya metoder har vuxit kraftigt under de senaste årtiondena. Man brukar säga att patienterna blir alltmer välinformerade. Utveckling av ny medicinsk teknologi och olika behandlingsmetoder leder till förbättringar och skapar mer eller mindre realistiska förväntningar på vården.

I många länder har hälsa och sjukvård lyfts fram som en medborgerlig rättighet genom att man lagstiftat om patienters och medborgares rättigheter. Kan detta ske utan komplikationer eller måste inte den enskildes rätt till god vård

vägas mot intressen och behov hos andra medborgare?

Eftersom resurserna inom den offentliga sektorn är begränsade, hamnar rätten för någon person att få tillgång till bästa möjliga vård i direkt konflikt med andras motsvarande rättigheter.

Om medborgarna ska acceptera förändringar som upplevs som försämringar, som till exempel avveckling av en verksamhet på det lokala sjukhuset, måste de på ett tydligt sätt baseras på brett accepterade etiska principer och det förutsätter antagligen att medborgarna, inte minst som patienter, på ett helt nytt sätt blir informerade och delaktiga i besluten.

### **Framväxten av nationella system för prioriteringar**

Prioritering av hälso- och sjukvård är fortfarande en laddad politisk fråga i Sverige och andra länder. Det var först under 1970-talet som det började dyka upp ett större antal artiklar i vetenskapliga tidskrifter som tog upp olika aspekter på prioriteringar i vården. Behovet av prioriteringar och nödvändigheten av allsidiga utvärderingar av nya metoder drevs företrädesvis av hälsoekonomer i början av 1980-talet. En hälsoekonom som internationellt spelat en viktig roll för att skapa debatt kring betydelsen av prioriteringar är Victor Fuchs vid Stanforduniversitetet, som gav ut boken *Who shall live? Health Economics and Social Choice* år 1974. I den tredje utgåvan av boken år 1998 skriver han (1):

“All over the world there is increasing acknowledgement that no nation can provide all its citizens with all the health care that might do them some good. Resources must be allocated. The challenge to every society is to allocate those resources as fairly as possible and to do as much good as possible.”

Den allmänna debatten om prioriteringar tog fart i flera länder under den andra halvan av 1980-talet, vilket resulterade i flera politiska initiativ i slutet av 1980-talet och början av 1990-talet. En förutsättning för att över huvud taget kunna göra systematiska och öppna prioriteringar är att tillförsäkra sig att det finns god tillgång på fakta om nytta och kostnadseffektivitet med olika insatser i vården. Framväxten av offentliga organisationer, företag och universitet som själva tar fram kunskapsunder-

”Den allmänna debatten om prioriteringar tog fart i flera länder under den andra halvan av 1980-talet”

## ”Principerna stadfästes i Hälso- och sjukvårdslagen och har kommit att kallas den etiska plattformen”

lag och missionerar om behovet av utvärderingar har varit en viktig förutsättning för öppna prioriteringar. Organisationer som arbetar med Health Technology Assessment (HTA), som till exempel SBU i Sverige, har spelat och kommer att spela en betydelsefull roll i detta sammanhang. Till skillnad från HTA-organisationer, som företrädesvis arbetar med ett top-downperspektiv, präglades framväxten av Evidence based medicine (EBM), som drivits av professionella grupperingar, av ett bottom-up-perspektiv.

På den politiska nivån fördes under slutet av 1980-talet diskussioner om värderingar och prioriteringar, som bland annat innebär att man erkänner att det finns behov av avgränsningar i den offentliga vården, men som inte kan lösas på en teknisk eller vetenskaplig väg. Istället krävs att prioriteringar föregås av en öppen diskussion i samhället.

I Sverige genomfördes en parlamentarisk utredning mellan 1992 och 1995 (2). Prioriteringsutredningen förslög ett antal principer och riktlinjer för prioriteringar. Principerna stadfästes i Hälso- och sjukvårdslagen och har kommit att kallas den etiska plattformen, bestående av människovärdesprincipen (alla människors lika rätt), behovs- och solidaritetsprincipen (där svårighetsgraden av tillstånd och nyttan med en insats tillsammans utgör behovet och där större behov ska sättas före mindre behov) samt kostnadseffektivitetsprincipen som säger att det ska råda en rimlig relation mellan kostnad och effekt av vårdens insatser (3).

### **Prioriteringar inom svensk sjukgymnastik – en kort tillbakablick**

Hur ser då kunskapsutvecklingen ut på området prioriteringar? Allmänt kan sägas att forskning inom prioriteringsområdet är tvärvetenskaplig och mångvetenskaplig. Området beforskas av flera discipliner, där bioetik, hälsoekonomi, statsvetenskap och medicin dominerar. Det finns ännu inga renodlade vetenskapliga tidskrifter för prioriteringsforskning, men ett internationellt sällskap med syfte att stimulera forskning inom området. International Society for Priority Setting in Health Care arrangerar en vetenskaplig konferens vartannat år.

Mycket av forskningen är inriktad mot stu-

dier av procedurer för prioriteringar. En ofta refererad och studerad modell för rättvisa beslutsprocesser vid prioriteringar är det ramverk för prioriteringar inom sjukvården som föreslagits av Norman Daniels och James Sabin. Deras utgångspunkt är att människor inte kan enas om abstrakta etiska principer. Istället anser de att det är möjligt att skapa beslutsprocesser som människor i allmänhet upplever är rättvisa och legitima (4).

Om man istället tittar specifikt på prioriteringar inom svensk sjukgymnastik fanns länge varken forskning eller prioriteringsprojekt. Den otålige kan tycka att utvecklingen går långsamt. Så sent som 2004 påtalade Prioriteringscentrum att behovet av att utveckla metoder för prioriteringar, tillämpbara även för sjukgymnaster, var stort. Idag, år 2010, finns sedan flera år en nationell modell för prioriteringar som numera är väl beprövad.

Runt om i Sveriges landsting (fortfarande i liten utsträckning inom kommunerna) ordnas alltmer frekventa utbildningstillfällen för rehabiliterings- och habiliteringspersonal. Behovet av metodstöd är stort, ”hur kan man tänka rent praktiskt kring prioriteringar?” LSR har bidragit bland annat genom det studiecirkelmaterial om prioriteringar som förbundet tagit fram i samarbete med arbetsterapeuternas yrkesförbund (5). Även andra nationella aktörer som inkluderar sjukgymnastik, till exempel Föreningen Sveriges Habiliteringschefer, arbetar aktivt med prioriteringar.

Men låt oss backa tillbaka till tiden för Prioriteringsutredningen i mitten av 90-talet (2) och den delegation som tillsattes för att följa upp riksdagens beslut om prioriteringar.

I delegationens slutbetänkande (6) betonades att annan vårdpersonal än läkare dittills hade spelat en undanskymd roll i diskussioner om hur vårdens resurser skulle fördelas. Huvudmännen uppmanades att ta ett större ansvar för att bredda delaktigheten. Kunskapen om hur prioriteringar bedrivs i praktiken inom många yrkesgrupper i vården, däribland sjukgymnaster, var dock mycket begränsad och det var svårt att veta vilken typ av stöd yrkesgrupperna skulle vara mest betjänta av. Under millenniets första årtionde genomförde Prioriteringscentrum därför ett antal studier och utvecklingsarbeten som omfattade också sjukgymnastik.

## Grunder för prioriteringar

Att prioritera har alltid varit en del av all vårdpersonals vardag. Sjukgymnasternas bevelsesgrunder för prioriteringar har tidigare varit relativt okända. 2004 genomfördes därför en intervjustudie (7) där bland annat åtta sjukgymnaster, strategiskt utvalda från landsting med olika förutsättningar (sett till storlek, ekonomisk situation och politisk styre), från olika verksamhetsfält samt olika positioner, ingick.

Studien visade, inte helt oväntat, att det var få som kände till och styrdes av de principer som enligt Hälso- och sjukvårdslagen 2 § ska gälla för prioriteringar. Tvärtom fanns det många andra faktorer som påverkade de val som sjukgymnasterna hade att göra i sin vårdvardag, faktorer som tenderade att tränga undan riktlinjen om att den med störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

De prioriteringar som remitterande läkare gjorde, den egna intresseinriktningen, kultur och traditioner på arbetsplatsen är exempel på sådant som påverkade sjukgymnastens val.

Politiska styrsystem uppfattades också starkt påverka vilka patienter som ges företräde; ersättningssystem som bygger på kvantitet snarare än kvalitet premierar korta, enstaka insatser. Samtidigt framkom att politiskt prioriterade grupper inte alltid är kända. Sjukgymnasterna kunde också göra andra bedömningar än politikerna om vilka behov som är störst och följsamheten till politisk styrning kunde därmed variera. Samtida studier om omvårdnadspersonals resonemang kring prioriteringar pekade i liknande riktning som ovan (8,9).

Något år senare gjordes på regeringens uppdrag en uppföljning av riksdagens riktlinjer vad det gäller kännedom och tillämpning av dessa (10). Studien byggde på ett stort antal intervjuer, varav 16 stycken med chefer inom rehabilitering och habilitering, vars verksamheter bland annat omfattade sjukgymnastik.

Här bekräftades bilden från den tidigare intervjustudien; det finns många andra faktorer än riktlinjerna som styr prioriteringar inom sjukgymnastik. Starka patientföreträdare var en sådan viktig faktor (*”den som skriker högst”*), personalens egen kompetens/ intresseområde en annan. Om rehabiliteringskompetens fanns på ledningsnivå eller inte, påverkade också den övergripande resursfördelningen till sjukgymnastik.

Riksdagens riktlinjer upplevdes däremot som relativt okända men värdefulla. Att tolka på vilket sätt de skulle utgöra grund för prioriteringar ansågs dock svårt. En oklarhet gällde till exempel tolkningen av begreppet nytta. Enligt riktlinjerna ska nyttan med en åtgärd endast bedömas utifrån patientnytta. I praktiken påverkar samhällsnyttan starkt styrningen av sjukgymnastinsatser (som insatser för att minska kostnader i socialförsäkringssystemet, kostnader inom kommunal omsorg).

Det ansågs också svårt att leva upp till öppenhet i prioriteringar, framför allt på grund av att så få prioriteringar görs på medvetna grunder. Bristande stöd från politiker, framför allt när det gäller att ransonera vården (det vill säga begränsa den vård som är möjlig att ge), beskrevs också som en försvärande faktor. Efterfrågan på etiskt hållbara kriterier för att avgränsa den offentliga vården påtalades med stora bokstäver.

## Utveckling av metod för prioriteringar – nationell modell

En av slutsatserna efter den första intervjustudien var att det fanns ett stort behov av metoder för prioriteringar som också sjukgymnaster kunde använda. Vid den tidpunkten fanns redan ambitioner inom läkarkåren att finna sätt att konkretisera riksdagens riktlinjer och göra dem mer tillämpbara (11).

Idag finns sedan flera år en nationellt accepterad modell för öppna prioriteringar i Sverige, vars främsta värde ligger i en ökad möjlighet till kommunikation och samsyn kring prioriteringar. Den blev resultatet av, inte bara Läkarsällskapet utan flera aktörers, samlade erfarenheter av att försöka omsätta riksdagens riktlinjer till praktiskt prioriteringsarbete. Socialstyrelsen, Prioriteringscentrum samt flera landsting och vårdförbund, däribland LSR, tog ett gemensamt ansvar för att formulera modellen (12).

Bland annat hade sjukgymnaster inom LSR:s OMT-sektion och sektionen för Gerontologi och Geriatrik analyserat och diskuterat en preliminär modell under ett års tid i återkommande möten. Resultatet av dessa diskussioner var ett konstaterande – ja, modellen fungerar också inom sjukgymnastik även om en del begrepp skulle behöva utvecklas och förtydligas (13). Något förenklat så innebär

”Det finns många andra faktorer än riktlinjerna som styr prioriteringar inom sjukgymnastik.”

”Som sjukgymnast är det ju en vanlig situation att de prioriteringar som man gör måste harmoniera med flera andra vårdaktörers prioriteringar.”

prioriteringsmodellen att hälsotillstånd kombinerat med åtgärd sätts i relation till tillståndets svårighetsgrad och förväntad nytta med åtgärden. I modellen framgår också vilket vetenskapligt eller beprövat stöd som finns för patientnyttan samt en uppskattning av kostnadseffektivitet. Utifrån denna samlade bedömning bestäms en prioritet på en tiogradig skala där 1 innebär högsta prioritet (12).

### Tillämpning i praktiken

Sjukgymnaster, tillsammans med övrig rehabiliteringspersonal, i Landstinget i Kalmar län var först inom sjukgymnastik med att använda modellen för prioriteringar i klinisk vardag. Ett av syftena med deras prioriteringsarbete var att få till stånd länsövergripande prioriteringar för att uppnå en mer likvärdig vård i länet. Arbetet resulterade i ett antal prioriteringsordningar som finns presenterade på landstingets intranät. Den interna öppenheten har därmed ökat betydligt. Alla anställda kan nu lätt få fram prioriteringsordningarna när man behöver det.

Den största vinsten upplevdes vara den förbättrade kommunikationen och samarbetet mellan länsdelarna. Andra vinster är att kändedomen och kunskapen om riksdagens riktlinjer för prioriteringar har ökat, att en större del av verksamheten idag är faktabaserad än innan prioriteringsarbetet samt att den kliniska erfarenheten har tillvaratagits och dokumenterats på ett mer systematiskt sätt än tidigare.

En majoritet av rehabiliteringspersonalen upplever också att de fått ett språk som underlättar dialogen med politiker och landstingsledning om nödvändiga prioriteringar. Nationellt bidrog Kalmarprojektet till en viktig utveckling av ett mer konkret sätt att tänka kring bedömning av svårighetsgrad och patientnytta, både vad det gäller vilka faktorer som bör ingå i en sådan bedömning (där ICF:s dimensioner av hälsa ansågs viktiga) och vad graderingen som föreslås i den nationella modellen (mycket stor, stor, måttlig och liten) kan innebära (14).

För rehabiliteringsenheten SamRehab som ingick i projektet har tillämpningen av den nationella modellen blivit ett viktigt redskap i det fortsatta prioriteringsarbete som bedrivs inom enheten.

I flera sammanhang där den nationella modellen för öppna prioriteringar har använts och utvärderats har frågor kommit upp om modellens tillämpbarhet vad det gäller prioriteringar på teambasis.

Som sjukgymnast är det ju en vanlig situation att de prioriteringar som man gör måste harmoniera med flera andra vårdaktörers prioriteringar. Det finns idag bara ett dokumenterat försök, ett samarbetsprojekt mellan förbunden FSA, LSR, Svensk Sjuksköterskeförening och Vårdförbundet, att använda modellen i team (15). Studien genomfördes inom strokevård där sjukgymnaster utgjorde en av flera professioner som deltog. Projektet drevs som ett tankeförsök, det vill säga ingick inte i något reguljärt prioriteringsarbete, men pekade mot att modellen går att använda i team. Man konstaterade dock att ytterligare erfarenheter av användning i ”skarpa lägen” behöver kartläggas.

I syfte att stödja utvecklingen av prioriteringar i teambaserad verksamhet driver därför nu Prioriteringscentrum ett projekt tillsammans med en mindre rehabiliteringsenhet i Östergötland och den regionövergripande Barn- och ungdomshabiliteringen i Region Skåne. Under år 2010 kommer dessa både enheter att bedriva omfattande, systematiska prioriteringsarbeten utifrån den nationella modellen.

Det är värdefullt att möjlighet ges att samtidigt följa två prioriteringsarbeten där förutsättningarna är olika. Projektet förväntas ge svar på frågor som hur prioriteringar kan organiseras och genomföras när de görs i vårdteam, vilka erfarenheterna är av att använda den nationella modellen i en teambaserad verksamhet samt vad som i övrigt kan underlätta ett sådant arbete. Arbetet kommer att dokumenteras för publikation i form av en rapport i Prioriteringscentrums rapportserie.

### Framtida viktiga frågor

Trots ovanstående arbeten är det lätt att konstatera att det fortfarande saknas mycket kunskap om prioriteringar och sjukgymnastik. Inte minst saknas det forskning inom detta område. En sökning på priority setting och physiotherapy ger få träffar och i Sverige finns det endast enstaka öar av studier som berör ämnet (16). Många framtidsfrågor är förstas gemen-

samma för hela vårdserige. Det är till exempel fortfarande svårt att säga hur ett ”optimalt” prioriteringsarbete ska gå till, även om erfarenheter bland annat från Västerbottens prioriteringsarbete (17,18) har lärt oss att skapandet av tillit i alla led är väl så viktigt som att ha en modell för prioritering. Det finns många frågor om hur öppenhet mot allmänheten vad det gäller prioriteringar borde se ut och hur den skulle tas emot.

Vi måste också rikta intresset mot effekterna av prioriteringsarbeten såväl ur ekonomiska som ur rättviseperspektiv; i vad mån efterlevs beslut om prioriteringar och bidrar de i så fall till att de med störst behov ges företräde? Hur påverkar andra politiska viljeyttringar, som till exempel vårdgarantier och vårdval, möjligheten att följa riksdagens riktlinjer för prioriteringar?

Om vissa frågor har allmänt intresse så finns det också specifika frågor som kan framstå som särskilt viktiga för sjukgymnaster. Även om det finns alltför lovvärda exempel på lokala prioriteringsarbeten inom sjukgymnastik finns det en hel del som talar för att det fortfarande är få sjukgymnaster som deltar i något organiserat prioriteringsarbete.

Fortfarande finns få exempel där systematiska prioriteringar används i reguljär verksamhet. På nationell nivå efterfrågar sjukgymnaster till exempel fler nationella riktlinjer som tydligt omfattar rehabilitering.

På landstingsnivå brister också delaktigheten. Östergötland är det landsting som var tidigast ute med att tillämpa öppna prioriteringar ända upp på politisk nivå. Trots återkommande prioriteringsarbeten visar en nyligen genomförd undersökning att av 26 centrumchefer i detta landsting hade endast sju stycken engagerat andra yrkeskategorier utöver läkare i grupper som arbetat med rangordning (19).

Prioriteringsutredningens uppmaning är med andra ord fortfarande högaktuell; huvudmännen måste verka för att beslutsunderlag för prioriteringar även omfattar insatser för andra personalgrupper än läkare, till exempel sjukgymnaster.

Även om det finns ett stort behov av mer försöksverksamhet och forskning inom området prioriteringar och sjukgymnastik så ger de senaste årens utveckling gott hopp om att vi går i rätt riktning.

## Referenser

1. Fuchs V. Who shall live? Health, Economics, and Social Choice. Singapore: World Scientific Publishing Co. 1998.
2. Socialdepartementet. Prioriteringsutredningens slutbetänkande. Vårdens svåra val. Statens offentliga utredningar SOU 1995:5.
3. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:/763).
4. Ham C, Glenn R. Reasonable Rationing: International Experience of Priority Setting in Health Care. Philadelphia, Open University Press; 2003.
5. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade Sjukgymnasters riksförbund. Samtal om öppna prioriteringar. Studiecirkelmaterial. 2009. [http://www.fsa.akademikerhuset.se/forlag/Sidor/Gratis\\_pa\\_webben.aspx](http://www.fsa.akademikerhuset.se/forlag/Sidor/Gratis_pa_webben.aspx) <http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/kvalitetsutv/Sidor/Prioriteringar.aspx>
6. Socialdepartementet. Slutrapport från Prioriteringsdelegationen. Prioriteringar i vården. Statens offentliga utredningar SOU 2001:8.
7. Broqvist M. Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik. PrioriteringsCentrum, rapport 2004:3. Linköping.
8. Lämås K, Jacobsson C. Sjuksköterskans resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie. PrioriteringsCentrum, rapport 2004:1. Linköping.
9. Höglund A. Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal. PrioriteringsCentrum, rapport 2003:7. Linköping.
10. PrioriteringsCentrum. 2007. Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. PrioriteringsCentrum, rapport 2007:2. Linköping.
11. Svenska läkarsällskapet. Öppna prioriteringar av hälso- och sjukvård. Slutrapport från Svenska Läkarsällskapets prioriteringskommitté; 2004.
12. Carlsson P, Kärvinge C, Broqvist M, Eklund K, Hallin B, Jacobsson C, Jacobsson Ekman G, Källgren Peterson C, Lindh M, Nordlander B, Rosén P, Sjöblom U, Sohlberg A. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. PrioriteringsCentrum, rapport 2007:1. Linköping.
13. Broqvist M. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster prövar metod för prioriteringar – ett samarbetsprojekt med FSA och LSR. PrioriteringsCentrum, rapport 2006:4. Linköping.
14. Ahlström M, Blomé U, Broqvist M, Göransson I, Nilsson A-K, Pettersson U. Ett praktiskt försök Nationell prioriteringsmodell tillämpad i Landstinget i Kalmar län. PrioriteringsCentrum, rapport 2008:5. Linköping.

”Huvudmännen måste verka för att beslutsunderlag för prioriteringar även omfattar insatser för andra personalgrupper än läkare”

15. Engström B. Tvärprofessionell prioritering inom strokevård med stöd av nationell model för öppna vertikala prioriteringar – ett samarbetsprojekt mellan FSA, LSR, SSF och Vårdförbundet. PrioriteringsCentrum, rapport 2009:3. Linköping.
16. Sundberg M. Samstämmighet mellan sjukgymnasters prioriteringar  
D-uppsats, Luleå tekniska universitet/Hälsovetenskap/Sjukgymnastik; 2006.
17. Waldau S. Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008 – Del I Procedur, genomförande och uppföljning. PrioriteringsCentrum, rapport 2009:1. Linköping.
18. Broqvist M, Bäckman K, Lund K, Garpenby P. Prioriteringar i Västerbottens läns landsting 2008 – Del II Olika tankar om processen. PrioriteringsCentrum, rapport 2009:2.
19. Hollman-Frisman G. PrioriteringsCentrum, Linköping (in manuscript 2010)  
Linköping.