

Peter Garpenby, fil dr, docent, institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet (*peter.garpenby@ihs.liu.se*)

Medicinska expertgrupper i val av läkemedel

En rättvis prioriteringsprocess säkrar trovärdigheten vid val av läkemedel

II Debatten om behovet av systematiska prioriteringar i sjukvården uppstod på 1980-talet, och i den amerikanska delstaten Oregon genomfördes det första fullskaliga experimentet i början av 1990-talet [1]. Inledningsvis riktades intresset mot tekniska lösningar, såsom behovsanalyser och hälsoekonomiska metoder. Detta följdes av en värderingsdebatt, där den svenska prioriteringsutredningen utgjorde ett konkret exempel [2]. Från slutet av 1990-talet och fortsättningsvis har processen för att göra prioriteringar alltmer kommit i fokus. Öppenhet, tydlig motivering och dialog mellan relevanta parter har blivit centrala begrepp [3]. I flera länder finns ambitionen att på nationell nivå skapa institutioner och processer för att kombinera evidensbaserade kunskaper med öppen prioritering. NICE (National Institute for Clinical Excellence) i Storbritannien och Läkemedelsförmånsnämnden i Sverige utgör exempel på detta, liksom Socialstyrelsens sentida arbete med s k Nationella riktlinjer. Det innebär dock inte något allmänt genomslag för öppna prioriteringar på den internationella scenen. Att argumentera för lösningar som kan uppfattas som en försämring betraktas fortfarande som ett stort risktagande bland politiska beslutsfattare i demokratiska nationer [3].

Fyra villkor för en rättvis prioriteringsprocess

På den internationella scenen, åtminstone bland dem som diskuterar förutsättningarna för prioriteringar (dvs att rangordna och kanske välja bort), har filosofen Norman Daniels och läkaren James Sabin väckt uppmärksamhet genom sina på empiriska observationer grundade råd om ansvar för rimlighet (accountability for reasonableness) vid utformning av en prioriteringsprocess [4]. De konstaterar att människor aldrig kan bli helt överens om vad som är den bästa fördelningen av nyttigheter, t ex hur sammansättningen av sjukvårdens tjänster ska se ut inom en begränsad budget. I avsaknad av konsensus om fördelningen av tjänster (substansiell rättvisa) måste hållbara procedurer för prioriteringar utvecklas, vilka kan uppfattas som rättvisa av breda folklager (proceduriell rättvisa). Daniels och Sabin lägger fram fyra villkor som prioriteringsprocessen bör uppfylla för att kunna betraktas som rättvis:

- Öppenhet – grunden för prioriteringar måste vara allmänt tillgänglig.
- Relevans – grunden för prioriteringar måste allmänt uppfattas som rimlig.
- Omprövning – besluten liksom dess grunder måste kunna omprövas.
- Reglering – regler eller frivilliga överenskommelser måste göras så att övriga villkor uppfylls.

Sammanfattat



Den internationella debatten om prioriteringar i hälso- och sjukvården har alltmer fokuserat på utformningen av processen.

I denna undersökning av två medicinska expertgrupper inom läkemedelsområdet står processen, som medel för att säkra förtroendet för gruppens arbete, i centrum.

Att vara tydlig och kunna motivera sina ställningstaganden framstår som särskilt betydelsefullt.

Relationen mellan läkemedelskommittén och dess expertgrupper angår den interna legitimiteten och därmed förtroendet för resultatet bland förskrivarna.

Vad som torde krävas är studier som visar förutsättningarna i olika nationella miljöer för att bedriva praktisk prioritering och i vilken mån villkoren i »ansvar för rimlighet« kan tillämpas och slutligen om detta medför att processen uppfattas som rättvis och därmed att legitimiteten för prioriteringar stärks. I det sammanhanget bör man skilja på processer för att åstadkomma intern legitimitet respektive extern legitimitet. I det första fallet åsyftas en process för att säkerställa förtroendet för prioriteringar inom hälso- och sjukvårdens egen organisation, vilket inkluderar de politiska, administrativa och kliniska nivåerna. I det andra fallet syftar processen till att garantera allmänhetens förtroende för prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Det finns dock ett naturligt samband dem emellan: utan intern legitimitet ingen extern legitimitet [5].

Kravet på att teorier och modeller för prioritering måste testas i sitt rätta sammanhang och att de måste vara empiriskt grundade, framhålls av forskare vid the Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Kanada, som också torde vara ledande i denna ambition [6]. De har prövat förutsättningarna att tillämpa de av Daniels och Sabin formulerade villkoren bland medicinska expertkommittéer involverade i prioriteringsbeslut [7, 8]. Forskargruppen i Kanada påpekar

dock att resultaten kanske inte låter sig överföras till prioriteringsbeslut i andra miljöer, t ex politiska organ, regionala sjukvårdsmyndigheter och sjukhus.

Det finns anledning att undersöka förutsättningarna för rättvisa prioriteringsprocesser också i Sverige. Läkemedelsområdet har genomgått stora förändringar under senare år, bl a genom överförandet av kostnadsansvaret för receptläkemedel till landstingen. Numera ska varje landsting enligt lag ha minst en läkemedelskommitté med uppgift att »verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom landstinget» [9]. Landstingen har dock stor frihet att närmare utveckla formerna för sin läkemedelsanvändning och de styrsystem man anser behövs för att påverka förskrivare och annan vårdpersonal [10]. I praktiken har landstingen i varierande grad börjat utveckla regelbundet uppdaterade listor över basläkemedel för vanliga tillstånd som vägledning för förskrivare. Under läkemedelskommittéerna verkar ofta medicinska expertgrupper som ska följa utvecklingen inom sitt område och ta fram förslag till rekommendationer avseende läkemedel.

Undersökning av två expertgruppers prioriteringsprocess

En studie har genomförts där deltagarna i två medicinska expertgrupper inom läkemedelsområdet beskriver sin process och moment som de uppfattar som viktiga för att stärka förtroendet för gruppens arbete. Tonvikten i undersökningen ligger på processen att utveckla och uppdatera en lista för rekommenderade läkemedel. Expertgrupperna är knutna till läkemedelskommittéer i två olika landsting. De kallas i denna redovisning »expertgrupp storlandsting» och »expertgrupp mellanlandsting», eftersom det inte finns skäl att i detta sammanhang identifiera grupperna. I expertgrupp storlandsting ingår tio ordinarie ledamöter och i expertgrupp mellanlandsting sex ordinarie. Grupperna domineras av läkare med bakgrund inom relevanta sjukhusspecialiteter, men där ingår också allmänläkare och apotekare.

Under perioden maj–juni 2003 genomfördes 15 intervjuer med ordinarie ledamöter i två medicinska expertgrupper. Expertgrupperna bestod tillsammans av totalt 16 ledamöter, men en ledamot från mellanlandsting avstod med hänvisning till tidsbrist. Intervjuerna var semistrukturerade, vilket innebär att de är uppbyggda runt olika teman men lämnar stort utrymme för den intervjuade att utveckla sina svar. Intervjuerna, som varade mellan 30 och 70 minuter, spelades in på band. Under den första delen av intervjun avhandlades uppfattningar om expertgruppens uppdrag och om processen inklusive val av kriterier för att välja mellan olika läkemedel och tillämpningen av dessa. Den andra delen av intervjun gav utrymme för den svarande att utveckla sina tankar om vilka inslag i processen för en tänkt expertgrupp som behövs för att garantera förtroendet för arbetet och dess resultat.

Efter utskrift har intervjuerna kodats i programmet QSR NVivo och därefter systematiskt analyserats enligt metoden »empirisk teorigeniering», dvs efter kategorier och begrepp som speglar ledamöternas uppfattningar [11]. Jämförelser har gjorts mellan ledamöter för att hitta gemensamma ståndpunkter och i viss utsträckning för att visa på olikheter mellan expertgrupperna.

Uppdraget alltmer inriktat på kostnader

Ledamöterna från storlandsting och mellanlandsting är eniga om kärnan i expertgruppens uppdrag: att välja läkemedel inom respektive sjukdomsgrupp baserat på evidens om effekter och kostnader. Båda expertgrupperna har i uppdrag att framställa och uppdatera en lista med rekommenderade läkemedel för den »vanliga» patienten och för vanliga sjukdomstillstånd. Flera ledamöter från storlandsting tolkar att

uppdraget också innebär att bevaka utvecklingen inom det aktuella sjukdomsområdet för läkemedel, att förse andra instanser inom landstinget med fakta och underlag och att diskutera nya rön i ett opartiskt perspektiv. Gruppens ordförande menar att det utöver vissa grundläggande uppgifter finns ganska stor frihet för gruppen att ge sig i kast med omvärldsbevakning och information till förskrivare. Att förankra den rekommenderade listan och att informera om denna faller utanför gruppens uppdrag, det vilar på andra organ i storlandsting.

I mellanlandsting upplever flera deltagare att uppdraget har förskjutits mot val av läkemedel i en situation av ansträngd ekonomi. Detta har i ökad grad genomsvartat gruppens arbete. Det har blivit mer komplicerat, menar en ledamot från länssjukvård, med fokus alltmer riktat på ekonomi och kostnader. Dessutom känner ledamöterna i mellanlandsting att de bör hjälpa till med implementeringen av den rekommenderade listan och även delta i informationsspridningen.

Bland ledamöterna i mellanlandsting finns varierande uppfattningar om hur tydligt uppdraget är, flertalet av de intervjuade menar att det inte är så värt tydligt. Några menar att det blivit bättre medan andra upplever problem när det gäller både rollfördelningen mellan gruppen och läkemedelskommittén och hur arbetet ska bedrivas. I storlandsting anser ledamöterna att uppdraget i stort sett är tydligt och att gruppen själv mejslat ut vad den kan göra inom sin »fria sektor», det som omfattar omvärldsbevakning, genomgång och kommentarer av nya studier.

Befintliga listan grund för arbetet

Den stora insatsen gjordes när den gemensamma länslistan över läkemedel utvecklades. Nu utgår man från den befintliga listan och ser om något hänt som motiverar en förändring. Expertgrupperna diskuterar systematiskt område för område. Har det kommit nya studier, nya rekommendationer? Vad har hänt på kostnadssidan?

Vilka underlag utgår expertgruppen från? Ledamöterna nämner befintliga riktlinjer och rekommendationer, både svenska och internationella, ibland kompletterade med väsentliga vetenskapliga studier. Grupperna följer vad Läke- medelsverket och SBU tar fram och sneglar på välrenommerade internationella sällskap för att se vad dessa producerar. Egna systematiska litteraturgranskningar – metaanalyser – är knappast möjliga att genomföra, utan grupperna förlitar sig på att individuella ledamöter följer med inom sitt område. Ibland kan en ledamot göra en mindre fördjupning inom något område.

Centralt givna kriterier för valet av läkemedel

Arbetet med att välja bland läkemedel sker inom expertgrupperna mot bakgrund av ett antal kriterier, vilka är centralt givna (av läkemedelskommittén) men uppfattas som självklara av ledamöterna i expertgrupperna. De finns där av tradition (har alltid tillämpats). Det åligger varje expertgrupp att anpassa kriterierna till det egna sjukdomsområdet. Den inbördes rangordningen av kriterierna har dock förändrats över tiden, menar flera ledamöter.

Med ledning av hur ledamöterna uttrycker sig kan man urskilja fyra huvudkategorier av kriterier som tillämpas av expertgrupperna. Dessa skiljer sig inte mellan grupperna.

- Medicinsk ändamålsenlighet: evidens om effekt; medicinsk säkerhet, bieffekter.
- Kostnader: pris för enskilda läkemedel (minskat i betydelse efter beslut om generikasubstitution); kostnadseffektivitet, totalekonomi (har ökat i betydelse).
- Terapitradition: traditionen bland förskrivare kan vara stark att använda vissa preparat.

II Fakta 1

Explicita och implicita villkor

Explicita villkor

Öppenhet

- Processen är transparent (6 av 15)
- Kommunikation med berörda (8 av 15)

Relevans

- Motivera ställningstagande (10 av 15)
- Sammansättning personkrets (10 av 15)
- Vetenskaplig grund (9 av 15)
- Praktisk förankring (5 av 15)
- Patientanknytning (1 av 15)

Implicita villkor

Omrövning

- Ny evidens
- Distans till lobbyister
- Konservativ hållning i listan

Reglering

- Relation expertgrupper – läkemedelskommittén

- Övrigt: förpackningsstorlek, sväljbarhet (preparat som är svårt för patienten att svälja kan ratas), leveranssäkerhet (det finns fall där tillverkaren blivit utbytt).

En majoritet av de intervjuade menar att medicinsk ändamålsenlighet väger tyngst, men att kostnader ökat i betydelse. Ekonomin kommer idag »som god tvåa« säger en ledamot från mellanlandsting, medan hans kollega tycker att ekonomin i vissa fall intar första plats idag.

Fallgropar finns i tillämpningen av kriterierna

Ledamöterna menar att de försöker tillämpa kriterierna konsekvent. I teorin kan detta synas enkelt: Finns likvärdig dokumentation går man på priset, och är skillnaderna i det avseendet marginella väljer man att följa traditionen. Om preparatet är vanligt bland förskrivare finns ingen anledning att ändra på detta. Men problemen är större än så. Det finns många fallgropar. Är de aktuella preparaten egentligen likvärdiga i effekt? Hur mycket dokumentation är »god« dokumentation? Hur mycket billigare ska ett läkemedel vara för att det ska vara motiverat att välja detta? Enligt tillgänglig dokumentation ser ett preparat ut att ge lägre kostnader totalt, men dokumentationen gäller hög dos, och vad vet man egentligen om effekten vid en lägre dos?

Ett läkemedel kan uppvisa utmärkt dokumentation med avseende på sådant som snabbt kan fastställas, t ex reduktion av kolesterol (s k surrogatdata), medan effekten på insjuknande och död (s k hårda data) låter vänta på sig. Läkemedelsföretagen visar gärna upp positiva resultat beträffande det förstnämnda, och då faller det på läkemedelskommittén och dess expertgrupper att framhålla att bilden av olika effekter kanske inte är komplett.

Avser behandlingen en liten patientgrupp? Vid en »snäv indikation« kan kanske ett högre pris tolereras, medan läget blir ett annat om preparatet är avsett för en stor befolkningsgrupp. Eller som en ledamot uttrycker det: »Dom här stora

dyra sakerna måste man ju vara mer kritisk mot än mot marginalpreparaten.«

Villkor för en förtroendeskapande process

I slutet av intervjun ombads ledamöterna att nämna inslag som de finner viktiga för att rekommendationer från en expertgrupp av det aktuella slaget ska mötas med förtroende och vinna respekt. Det är viktigt att notera att uppräknningen inte behöver spegla den faktiska processen i den expertgrupp där den intervjuade ingår. Analysen av materialet pekar i riktning mot att vi förutom »explicita« inslag – som räknas upp av ledamöterna efter uppmaning – även kan urskilja »implicita« inslag – sådant som den intervjuade lyfter fram under samtalsgången.

I Fakta 1 listas explicita inslag med utgångspunkt i »ansvar för rimlighet« med angivande av hur många ledamöter som nämner respektive aspekt. Där redovisas även sådana aspekter som lyfts fram av de intervjuade under samtalsgången, alltså implicita inslag (dessa kan inte kvantifieras eller rangordnas).

Ledamöterna framhåller sådana aspekter som kan hänföras till relevanskriteriet. De förklarar hur viktigt det är att vara tydlig och att kunna motivera sina ställningstaganden.

»Då tror jag på öppenhet i att redovisa på vilka grunder man har fattat just de här besluten och att lägga fram argumenten tydligt och klart och säga: här har vi gjort ett avsteg från medicinskt bästa behandling för att vi skall kunna ha råd att behandla så här många patienter med det här, som vi vet också gör nytta.«

»Det måste finnas klara och tydliga motiveringar, som måste vara väl underbyggda i litteraturen. Det kan inte vara ett tyckande, utan det måste vara en väl grundad och tydlig motivering med referens till något.«

»Indirekt tror jag att patienternas intresse tillvaratas om gruppen redovisar tydligt på vilka grunder man har fattat sina beslut – hur man motiverar det.«

Expertgruppens sammansättning är också en viktig aspekt som nämns av många. Vad de intervjuade framhåller är att ledamöterna dels måste uppfattas som obundna i förhållande till producentintressen (läs läkemedelsindustrin), dels representera olika kompetenser och ha förmågan att följa den aktuella vetenskapliga dokumentationen.

Aspekter som kan hänföras till omprövningskriteriet nämns inte explicit av ledamöterna, men refereras till i samtalet. Att listan med rekommenderade läkemedel omprövas fortlöpande mot bakgrund av ny evidens framstår som självklart för ledamöterna – det är ju detta som de är satta att bevaka. Något som engagerar så gott som alla intervjuade är expertgruppens förhållande till läkemedelsindustrin. Gentemot expertgrupperna, vars ställningstagande kan få betydande ekonomiska konsekvenser för enskilda företag, försöker industrin inta en »proaktiv« hållning: Företag uttrycker önskemål om att överlämna underlag och dokumentation och delta i möten, men agerar också för att få inblick i hur grupperna resonerar. Mot detta värjer sig grupperna och försöker hålla en strikt linje: endast undantagsvis tillåts representanter för industrin att diskutera direkt inför en samlad expertgrupp.

»Vi är ju relativt slutna i det att vi i princip inte vill ha besök från läkemedelsindustrin, inte vill ha öppna hearingar och öppna möten«, säger en ledamot i expertgrupp storlandsting. »Därför att vi skulle drunkna i mängden personer som vill komma och prata för sin vara. På så sätt upplevs vi nog som lite slutna när vi säger: nej tack, skicka vad ni har men ni behöver inte komma hit själva. Det är väl den kritiken vi har fått från industrisidan i alla fall.«

Förutom att hålla gränslinjen tydlig gentemot industrin (och för övrigt även patientorganisationer) brottas ledamö-

ANNONS

ANNONS

tema med frågan om expertgruppens självständighet inom landstinget. I detta avseende finns olikheter mellan de två grupperna som ingår i studien. I storlandsting har en betydande grad av självständighet kunnat etableras, medan ledamöterna i mellanlandsting upplever problem med gruppens relation till läkemedelskommittén. I storlandsting uttrycker sig expertgruppens ordförande så här: »Det är verksamheten som tar besluten – vi är inte i linjen och ska heller inte vara i linjen. För om vi blir landstingets förlängda arm för att ransonera läkemedel kommer vi att tappa trovärdigheten. Så ska det inte vara, utan vi talar om vad vi tycker är bra och motiven för våra rekommendationer och sen är det upp till verksamheten att prioritera hur dom ska använda sina pengar.«

I mellanlandsting däremot förklarar ordföranden vad som kan inträffa: »Vi har sett att läkemedelskommittén plötsligt fått för sig att sätta ner foten, så att säga, i en fråga och fattat beslut som inte är i enlighet riktigt med vår rekommendation till bästa medicinska val. Då hamnar vi som expertgrupp i en trovärdighetskris gentemot kolleger och verksamheter ute i landstinget.«

Diskussion

Medicinska expertgrupper av det slag som ingår i studien gör de facto prioriteringar – de rangordnar läkemedel efter bestämda kriterier och lämnar rekommendationer som kan leda till att läkemedel avlägsnas från den rekommenderade listan – men de är inte formellt ansvariga för de slutliga prioriteringsbesluten i landstingen. Detta ansvar åvilar läkemedelskommittéerna, de medicinska verksamheterna och slutligen enskilda förskrivare. Centralt i expertgruppernas verksamhet är frågan om huruvida de arbetsformer (processer) som tillämpas kan uppfattas som rättvisa och rimliga. Att skapa och bevara trovärdighet är en viktig fråga för grupperna och deras ledamöter. Det illustreras av följande uttalande från en ledamot som ingår i studien: »Vi har ett ganska bra förtroende ute bland förskrivarna. Förut skrattade man och sa att läkemedelskommittéerna ... javisst, det var den här lilla listan. Men idag inser man att vi är en av få aktörer som står för producentobunden information.«

Aspekter som faller under relevanskriteriet är betydelsefulla för de intervjuade, särskilt att vara tydlig och kunna motivera ett ställningstagande. I relevanskriteriet ingår också att grunden för ställningstagandena ska kunna uppfattas som relevant och rimlig av de berörda. Bevisad medicinsk nytta är i sammanhanget en självklar utgångspunkt i gruppernas resonemang, men numera, och särskilt inom vissa sjukdomsgrupper, är frågan om nytta inte så enkel att tackla. Det är ofta fråga om nytta på lång sikt (reducerad risk att dö i en avlägsen framtid) vägd mot kostnader (där man helst bör väga in totalkostnader för individer och samhälle). Det innebär att expertgrupperna sitter med mycket svåra och inte alldeles självklara kalkyler. Hur åskådliggör man detta för den vanliga klinikern? Det är inte bara uppsättningen av kriterier som ska ha relevans utan även den kombination av kriterier som expertgruppen tillämpar i de enskilda fallen. Helst ska varje ställningstagande jämföras med tidigare beslut så att de bildar en helhet (»case law«) [8].

Att visa upp expertgruppens ställningstaganden för alla berörda är en självklarhet för ledamöterna. Men öppenhetsskriteriet är komplicerat eftersom grupper av detta slag är påpassade av framför allt läkemedelsindustrin. Det innebär att man önskar hålla vissa delar av sin interna process så slutna som möjligt.

Att en genomgång av den rekommenderade listan sker när ny evidens förefinns uppfattas också som en självklarhet bland de intervjuade. Men detta är en intern procedur inom grupperna. Det finns egentligen inget reglerat om hur andra intressen-

ter kan framföra synpunkter, och det finns ingen stabil procedur för hur eventuella invändningar mot ställningstaganden ska hanteras. Man kan naturligtvis ställa frågan om det är expertgrupperna som ska hantera överklaganden eller om detta ansvar vilar på läkemedelskommittén i respektive landsting.

Relationen mellan expertgrupperna och läkemedelskommittén faller i detta sammanhang under »regleringskriteriet«, där det blir viktigt att processen dem emellan uppfattas som överensstämmande. Av studien framgår att relationen kan se något olika ut i landstingen. Att läkemedelskommittén kan ompröva expertgruppens hållning förefaller dock rimligt med tanke på vem som bär det yttersta ansvaret för rekommendationerna. Men relevanskriteriet har betydelse också internt (och inte bara externt, gentemot förskrivare) i så måtto att expertgruppens ledamöter bör uppfatta läkemedelskommitténs ställningstaganden, inklusive avvikelser från gruppernas rekommendationer, som rimliga. Vi kan i det sammanhanget tala om vikten av att intern legitimitet, mellan expertgruppen och läkemedelskommittén, säkras som en förutsättning för extern legitimitet – förtroende för resultatet bland de kliniskt verksamma.

Undersökningen fokuserar arbetet med att ta fram underlag till en baslista för rekommenderade läkemedel – en process som allt fler landsting är involverade i. I detta sammanhang bygger processen på beprövade kriterier, och ansvarsuppdeleningen mellan expertgrupper och läkemedelskommitté är åtminstone i formell mening tydliggjord. En växande del av expertgruppernas arbete hänför sig dock till andra processer. De ligger inom den fria sektorn, där grupperna kan välja att göra fördjupningar och utlåtanden. Här är situationen mer problematisk ur legitimitetssynvinkel. På vilka grunder väljer en expertgrupp att kommentera ett visst område? Vilken roll spelar de enskilda ledamöternas kompetens och intressen? Har gruppen i sin sammansättning en inbyggd partiskhet som avspeglas i vad den väljer att engagera sig i? Frågan om omprövning förefaller att här vara ännu svårare och ännu mindre reglerad. Om denna verksamhet växer i omfattning finns anledning att i högre grad uppmärksamma frågan om hur processen kan utformas för att uppfattas som rättvis.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Strosberg M, Wiener J, Baker R, Fein I, editors. Rationing America's medical care: The Oregon plan and beyond. Washington, DC: The Brookings Institution; 1992.
2. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Prioriteringsutredningens slutbetänkande. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.
3. Ham C, Coulter A. International experiences of rationing. In: Ham C, Robert G, editors. Reasonable rationing. International experiences of priority setting in health care. Maidenhead: Open University Press; 2003.
4. Daniels N, Sabin JE. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs* 1997;26:303-50.
5. Garpenby P. Prioriteringsprocessen. Del I: Övergripande strategier. Linköping: PrioriteringsCentrum; 2003.
6. Martin DK, Singer PA. Priority setting and health technology assessment: beyond evidence-based medicine and cost-effectiveness analysis. In: Coulter A, Ham C, editors. The global challenge of health care rationing. Buckingham: Open University Press; 2000.
7. Singer PA, Martin DK, Giacomini M, Purdy L. Priority setting for new technologies in medicine: qualitative case study. *BMJ* 2000;321:1316-8.
8. Martin DK, Giacomini M, Singer PA. Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers. *Health Policy* 2002;61:279-90.
9. Lag om läkemedelskommittéer. SFS 1996:1157.
10. Nordling A, Anell A, Jansson S. Kostnadsansvar och belöningsssystem för förbättrad läkemedelsanvändning – Kartläggning av landstingens förändringsarbete. Lund: IHE; 2003.
11. Strauss AL, Corbin JM. Basis of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park, CA: Sage; 1990.



= artikeln är referentgranskad