

Prioteringar inom hälso...

Juridiska institutionen

Handelshögskolan vid Göteborgs universitet

Juristlinjen

Tillämpade studier, 20 poäng

VT 2000

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	3
1.1 Ämnesområde och syfte.....	3
1.2 Metod.....	3
1.3 Disposition och avgränsning.....	4
1.4 Bakgrund.....	5
2. Vad innebär prioriteringar?.....	6
3. Vägen fram till ny lagstiftning.....	8
4. Vad är unikt med den svenska prioriteringsutredningen?.....	9
5. Gällande rätt.....	10
5.1 Den etiska plattformen.....	10
5.1.1 Människovärdesprincipen.....	11
5.1.2 Behovs- och solidaritetsprincipen.....	13
5.1.3 Kostnadseffektivitetsprincipen.....	14
5.2 Rangordning av de etiska principerna.....	15
5.3 Riktlinjer för prioriteringar.....	15
5.3.1 Prioriteringsgrupp I.....	16
5.3.2 Prioriteringsgrupp II.....	18
5.3.3 Prioriteringsgrupp III.....	19
5.3.4 Prioriteringsgrupp IV.....	20
5.3.5 Utanför prioriteringsgrupperna.....	21

Prioterings inom hälso...	
5.3.6 Behovstäckning.....	21
5.4 Ändringarna i HSL.....	22
6. Uppföljning.....	23
6.1 Prioriteringsdelegationen.....	23
6.2 Socialstyrelsen.....	26
6.3 Vad ersätter Spri?.....	27
7. Effekterna av riksdagsbeslutet.....	28
8. Assisterad befruktning - ett exempel på tillämpning.....	32
9. Vad behöver förbättras/Vad är oklart?.....	34
10. Vad händer med läkarrollen?.....	35
11. Prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård.....	37
12. Prioriteringar i ett internationellt perspektiv.....	39
12.1 Oregon.....	40
12.2 Nederländerna.....	41
12.3 Nya Zeeland.....	42
12.4 Storbritannien.....	43
12.5 Norge.....	44
12.6 Lärdomar för Sverige.....	45
13. Sammanfattning.....	47
14. Egna reflektioner/Avslutning.....	48

15. Källförteckning.....50

Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

1. Inledning

1.2 Ämnesområde och syfte

"Den gamle mannen har packat väskan för att stanna någon vecka. Men höftvärk och skröplighet räcker inte längre till för att bli inlagd här. Mot hans tårar och böner måste jag förhärda mig.¹"

I vårdens vardag görs prioriteringar ständigt. Läkare, sjuksköterskor, vårdbiträden och andra yrkesverksamma måste i sitt dagliga arbete ta beslut som påverkar den enskilde patienten och vården som helhet.

I juli 1997 fick vi ny svensk lagstiftning inom området prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Syftet med denna uppsats är att göra en grundlig redogörelse för denna lagstiftning genom en analys av lagstiftningens bakgrund och dess innehåll. Syftet är också att utröna effekterna av riksdagens beslut samt göra en analys av hur dagsläget ser ut inom området. En rad viktiga problem och frågeställningar (till exempel hur prioriteringar påverkar läkarrollen, hur ett så kallat "gränsområde" som assisterad befruktning behandlas av landstingen, hur den kommunala prioriteringen påverkas av riksdagsbeslutet m.m.) kommer att lyftas fram för att ge en så klar och heltäckande bild som möjligt.

1.2 Metod

Metoden som använts har varit traditionellt juridisk (det vill säga en granskning av tillämplig lagstiftning, förarbeten och doktrin). Även en stor mängd vetenskapliga artiklar och aktuella debattartiklar har använts för att ge en djupare bild av hur debatten om prioriteringar uppfattas i samhället och förs i media.

¹ Ur Klinisk blick Dellson Pia Bokförlaget Natur och Kultur 1997

Prioteringar inom hälso...

Dokumentation från prioriteringsdelegationens arbete samt Socialstyrelsens rapporter har varit viktiga källor till uppsatsen.

För att kunna bidra med en så aktuell tolkning som möjligt av problemområdena har materiel från internet, främst från prioriteringsdelegationens och Socialstyrelsens hemsidor, kontinuerligt hämtats ned.

1.3 Disposition och avgränsning

För att läsaren skall ges en chans att sätta sig in i orsaken till problematiken kring prioriteringar i hälso- och sjukvården ges först en beskrivning av de förändringar i samhället som lett fram till den situation i vården som råder i Sverige i dag.

Därefter följer en framställning av vad själva begreppet prioriteringar i hälso- och sjukvården egentligen innebär.

Prioriteringsutredningens arbete beskrivs ingående vilket ger insyn i hur utvecklingen varit fram till lagstiftningen som gäller idag.

En noggrann redogörelse görs sedan av gällande rätt. Den etiska plattformen med dess tre vägledande principer (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen) förklaras. Riktlinjerna för prioriteringar med de fyra prioriteringsgrupperna, och vad som skall hänföras till var och en av dessa, redovisas. Även behovstäckningen för de fyra prioriteringsgrupperna kommenteras.

Uppföljningen efter riksdagsbeslutets ikraftträdande belyses därefter. Prioriteringsdelegationens, Socialstyrelsens samt det nationella vårdpolitiska rådets arbete med prioriteringsfrågorna tas upp.

Därefter följer en redogörelse för hur effekterna blivit av den nya lagstiftningen, hur tillämpningen går till ute i landstingen samt vad som är oklart och vad som kan förbättras. Ett exempel på ett "gränsområde" som assisterad befruktning analyseras i ett eget avsnitt.

Prioritering i kommunal hälso- och sjukvård studeras särskilt eftersom många av de högt prioriterade patientgrupperna numera finns i kommunal vård.

Avslutningsvis ges en internationell utblick i prioriteringsfrågorna.

För att begränsa uppsatsens omfattning och kunna vara utförligare i de val jag gjort, har jag beslutat att *inte* ta upp en del områden, som egentligen skulle vara intressanta i sammanhanget.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) fick 1992 i uppdrag att analysera och bedöma *hälso- och sjukvårdens resursbehov* fram till år 2000 samt bedöma *hur*

Prioterings inom hälso...

hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån². Dessa frågeställningar exkluderas från uppsatsen.

Jag har bortsett från den i och för sig mycket intressanta diskussionen om *patientens rättsliga ställning* i sjukvården, då denna frågeställning skulle ta för mycket plats från de övriga frågeställningarna.

Även problematiken kring *vårdgaranti* har lämnats utanför denna uppsats.

Av Socialstyrelsens *tre* utredningar av olika områden inom prioriteringsgrupperna har jag valt att endast redovisa *en* (assisterad befruktning) mer utförligt.

1.4 Bakgrund

I Sverige är målet att ha en hälso- och sjukvård som utgår från den enskilde människans behov och omfattar hela befolkningen. Denna uppfattning har ett brett politiskt stöd. Det finns också enighet om vissa utgångspunkter för, samt krav på hälso- och sjukvården. Hit hör bland annat hälso- och sjukvårdslagens centrala mål "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen"³. En gemensamt finansierad vård där det offentliga har huvudansvaret är en annan "grundpelare" i svensk sjukvårdspolitik.

För att sjukvårdshuvudmännen skall kunna skapa likvärdiga villkor när det gäller tillgången till vård är det viktigt att resurserna kan fördelas efter behov. Verksamhetens inriktning måste gå att påverka och kvaliteten i vården måste kunna kontrolleras⁴.

Behovet av resurser i hälso- och sjukvården växer alltmer och svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar. Medicinska och teknologiska forskningsframsteg öppnar möjligheter att bota/lindra fler sjukdomar än tidigare. Till viss mån bidrar detta till effektiviseringar, men samtidigt ökar kraven och förväntningarna på sjukvården. Ofta har de medicinska framstegen inneburit att den tid som patienten lever med en sjukdom förlängs. Efterfrågan på avancerad behandling blir större då möjligheter finns att erbjuda sådan⁵.

I samband med tekniska framsteg har även möjligheterna till förfinad diagnostik ökat. Detta leder till att sjukdomar/förändringar kan upptäckas på ett helt annat sätt än tidigare.

² SOU 1999:66 "God vård på lika villkor?" s.3

³ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2 §

⁴ Prop. 1996/97:60 s. 7

⁵ Prop. 1996/97:60 s. 6

Prioteringar inom hälso...

Dagens samhälle har en högre grad av bildningsnivå och informations spridning, vilket bidrar till att patienter och anhöriga blir mer kritiska och ställer krav på både den medicinska behandlingen och omvårdnadsbiten.

I huvudbetänkandet "Jämställd vård, olika vård på lika villkor" (SOU 1996:133) har ett relativt stort missnöje över bemötandet i hälso- och sjukvården kunnat påvisas. I en enkätundersökning som behandlar patienternas uppfattning om vården har utredningen funnit att nästan en femtedel blivit arga och besvikna i sin kontakt med hälso- och sjukvården⁶.

Större insatser och mer resurser efterfrågas således ständigt.

Den demografiska utvecklingen kombinerat med ökad livslängd bidrar till att antalet människor i höga åldrar med stora vårdbehov ökar⁷.

Resurserna har inte kunnat motsvara alla behov och förväntningar.

Under 1960- och 1970-talen växte Sveriges hälso- och sjukvård relativt sett snabbare än andra samhällssektorer, men under 1990-talet har istället en mindre del av samhällets samlade resurser avsatts till hälso- och sjukvården⁸.

I ett välfärdssamhälle som Sverige kräver även andra delar av den offentliga sektorn sin beskärda del.

Detta leder till att prioriteringar inom hälso- och sjukvården måste göras. När prioriteringsdebatten startade på 70-talet var det en öppen fråga *om*, inte som nu *hur* prioriteringar skulle göras. Det fanns en tydlig benägenhet att förneka att prioriteringar behöver göras på grund av resursbrist⁹. Fortfarande hörs vissa röster som menar att det är fel att prioritera inom vården. De anser att prioriteringar istället bör göras inom *alla* områden när staten inte klarar utgifterna. Kostnaderna i *hela* statsbudgeten bör ses över och prioriteringar bör ske överallt¹⁰. Man menar att prioriteringar i vården accepteras eftersom *alla* inte berörs av dessa beslut och att beslutsfattarna inte företräder de som är beroende av vården.

Alternativ till prioriteringar har diskuterats som rationaliseringar, effektiviseringar samt avgränsning av sjukvårdens ansvar.

Vissa har hävdats att prioriteringsdebatten i sig kan vara tillräcklig för att driva på och effektivisera sjukvården så att hårda och svåra prioriteringsbeslut kan undvikas¹¹.

⁶ Prop. 1996/97:60 s.12

⁷ SOU 1999:66 God vård på lika villkor? s.53

⁸ Westerhäll Lotta, Welcome-speech 990422

⁹ SOU 1995: 5 Vårdens svåra val s.48

¹⁰ Fransson Magdalena, Prioritera inte bara i sjukvården, Månadens krönika feb 2000 prioriteringsdel. hemsida

¹¹ Lind Jan Debatten ger effektivare...Läkartidningen 1993 vol.90 nr 50 s 4509-4510

Prioteringar inom hälso...

Idag torde det dock i stort råda enighet om att dessa alternativa lösningar inte är tillräckliga för att komma tillrätta med gapet mellan bristande resurser och ökande efterfrågan¹². Prioriteringar i hälso- och sjukvården verkar vara oundvikliga.

2. Vad innebär prioriteringar?

Att prioritera innebär att sätta före; något får förtur och något annat väljs bort. Man prioriterar något framför något annat. Detta är en ganska allmän och vardaglig företeelse. Man prioriterar sin tid mellan familj, vänner och arbete. Man prioriterar sina pengar utifrån en uppfattning om vad som är den bästa användningen¹³. Grundförutsättningen för prioriteringar är att det finns någon typ av brist.

I vården har alltid vissa prioriteringar gjorts. Det handlar exempelvis om val mellan olika individer, eller vem som skall få behandling först.

Budgetarbete och verksamhetsplanering på kort och lång sikt handlar också om prioriteringar¹⁴. Det ökade trycket på insatser och de bristande resurserna gör dock att *fler* och *hårdare* prioriteringar krävs.

Prioriteringar sker på olika *nivåer* - allmänpolitiskt, sjukvårdspolitiskt och kliniskt¹⁵.

Prioritering handlar om styrning, både politiskt och verksamhetsmässigt, men även om etik och värderingar. Bakom de val som görs finns värderingar som måste tydliggöras och diskuteras öppet.

Prioritering har definierats som horisontell och vertikal.

Med horisontell prioritering avses val mellan olika verksamheter. Inom hälso- och sjukvården kan detta till exempel innebära att mer resurser ges till akutsjukvården och mindre till äldreomsorgen. Denna typ av prioritering görs huvudsakligen på den politiska nivån, av sjukvårdshuvudmännen.

Med vertikal prioritering avses de val som görs inom verksamheten. Det kan gälla beslut om vilka patienter som skall få behandling först, hur vården skall utformas etc. Dessa beslut fattas i regel av sjukvårdspersonalen. Givetvis påverkas den vertikala prioriteringen starkt av den horisontella¹⁶.

Inom sjukvården kan man även skilja på två *typer* av prioriteringar¹⁷:

1. Prioriteringar genom val av medicinska åtgärder- där patientens behov- inte kostnaden är i fokus.

¹² Nielsen Klemme Morten ”Summing up: To complexity, and beyond

¹³ Prioriteringsdelegationens rapport ”Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård” (remissutkast)s.3

¹⁴ Prioriteringsdelegationens rapport ”Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård” (remissutkast)s.4

¹⁵ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s.45

¹⁶ Prioriteringsdelegationens rapport ”Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård” (remissutkast) s.9

¹⁷ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s.46

Prioteringar inom hälso...

2. Prioriteringar på grund av bristande resurser.

Prioriteringar i den förstnämnda kategorin leder sällan till allmän debatt, även om svåra och viktiga frågor kommer upp. Under det senaste decenniet har däremot prioriteringsfrågor av den sistnämnda kategorin varit mycket omdebatterade i många länder i västvärlden.

Prioriteringar av resursskäl aktualiserar nämligen en rad svåra etiska problem som har varit föremål för diskussion och utredningar.

Det torde råda enighet om att grunderna för prioriteringar måste redovisas öppet om förtroendet för sjukvården skall kunna bibehållas. Det är betydelsefullt att allmänhetens värderingar får komma till uttryck. Människor i dagens samhälle vill i ökad utsträckning vara med och bestämma. Man accepterar inte att viktiga beslut "tas över ens huvud".

En förutsättning för en saklig debatt är att man öppet erkänner att det finns en konflikt mellan olika angelägna, helt legitima och rimliga krav som ställs på den offentligt drivna och skattefinansierade hälso- och sjukvården¹⁸.

Det är således mycket viktigt att de val och prioriteringar som görs är ordentligt genomtänkta och att de vinner acceptans hos flertalet medborgare. De måste uppfattas som rimliga och rättfärdiga av majoriteten i samhället¹⁹.

Prioriteringar är angeläget för alla. De flesta har någon gång ställt sig frågan hur det skall bli om man drabbas av en allvarlig sjukdom. Hur snabbt kommer man få vård? Vad gäller om behandlingen är väldigt kostsam och effekten osäker etc. Även patienter med lindriga besvär kräver insatser. Åtgärder efterfrågas även om symptomen är mindre svåra.

Även beslutsfattarna gynnas av en öppen diskussion. De har en önskan att få veta allmänhetens åsikter.

Prioriteringar i vården skapar en konflikt mellan många olika intressen.

De som arbetar i sjukvården är en part. Politiker och tjänstemän är en annan part som skall tillse att sjukvårdens medel används på ett optimalt och rättvist sätt. En tredje part är "vanliga människor". De efterfrågar vården. De är också angelägna att skattemedlen blir använda på ett riktigt sätt. Sist men inte minst uttrycker de den allmänna känslan eller folkmoralen om vad som är rätt eller fel²⁰.

I det enskilda prioriteringsarbetet har de kliniskt verksamma bestämmanderätten (se ovan: "vertikal prioritering"). Politiker och lekmän har inte ett direkt inflytande i de individuella besluten. De representerar dock intressen som har, och bör ha, betydelse när ramarna sätts för prioriteringar och som måste övervägas av den enskilde beslutsfattaren i en "inre dialog".

¹⁸ Prioriteringsdelegationens rapport "Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård" (remissutkast) s. 4

¹⁹ SOU 1999:66 God vård på lika villkor? s. 53

²⁰ Sandell Rolf, Prioritering – en konflikt mellan...Läkartidningen 1997 vol. 94 nr 11

3. Ny svensk lagstiftning

1992 tillsattes i Sverige en parlamentarisk utredning – Prioriteringsutredningen – med uppgift att utifrån etiska utgångspunkter diskutera hälso- och sjukvårdens roll i samhället. Utredningen skulle även lyfta fram och belysa de grundläggande principer efter vilka prioriteringar inom vården bör ske²¹.

I utredningen ingick representanter för olika intressen, och slutbetänkandet som var resultatet av arbetet, innehöll en sammanvägning av dessa intressen. Såväl vetenskapliga, ekonomiska som humanitära aspekter kom att få betydelse, vilket väl speglar prioriteringsfrågans komplexitet²².

Prioriteringsutredningens arbete har gått ut på att strukturera problemen och utarbeta förslag till grundläggande etiska principer som skall vara vägledande för de som skall fatta prioriteringsbeslut både på administrativ och klinisk nivå.

Arbetet har skett i två etapper. Under första etappen skedde stora enkätundersökningar, expertöverläggningar och informationsinhämtning från organisationer och myndigheter. Utländska prioriteringsutredningar studerades noggrant .

Med detta material som grund och med stöd av utredningens sakkunniga fördes diskussioner som ledde fram till en diskussionsrapport "Vårdens svåra val" (SOU 1993:3). Denna blev föremål för en bred remissomgång. Fem regionala möten anordnades där politiker, sjukvårdsanställda och representanter för allmänheten behandlade de inkomna remissvaren. Remissvaren behandlades grundligt, nya enkätundersökningar gjordes, fler konferenser hölls och ledde slutligen fram till ett enhälligt slutbetänkande – Vårdens svåra val (SOU 1995:5).

Slutbetänkandet blev även det föremål för bred diskussion och remissbehandling.

Förslagen i slutbetänkandet blev i stort vägledande för den proposition (1996/97:60) om prioriteringar som regeringen lämnade 1996 och som riksdagen ställde sig bakom i april 1997.

Detta innebar således att riksdagen antog riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

4. Vad är unikt med den svenska prioriteringsutredningen?

Innan en redogörelse för gällande rätt görs ska något nämnas om vad som varit unikt med den svenska prioriteringsutredningen.

I ett internationell perspektiv intar den svenska prioriteringsutredningen nämligen en särställning i vissa avseenden²³.

²¹ Dokumentation från prioriteringsdelegationen, Prioriteringar i hälso- och sjukvården, En kort presentation av riksdagens beslut

²² Sandell Rolf Prioritering – en konflikt mellan... Läkartidningen 1997 vol.94 nr11

Prioteringar inom hälso...

För det första är den parlamentarisk, vilket är nytt i sig. Utredningar tillsatta av regeringen är av tradition parlamentariska i Sverige, men internationellt har prioriteringsutredningar inte varit det. De fem största svenska riksdagspartierna har representerats i utredningen.

För det andra har insamlandet av material varit ovanligt omfattande. Synpunkter och åsikter har inhämtats från en rad områden, vilket har lett till att många intressen har blivit representerade i slutbetänkandet. Underlaget till förslaget har inhämtats från patient-, handikapp-, pensionärs-, och de vårdanställdas organisationer, från vårdanställda, socialdepartement i flera länder, Statens medicinsk-etiska råd m. fl.²⁴.

Rent innehållsmässigt har slutbetänkandet också på en del punkter skilt sig. Att prioriteringar vilar på en grund av tydligt redovisade etiska principer är nytt (se nedan sidan 10), liksom ställningstagandet att vården av svårt kroniskt sjuka och i livets slutskede prioriteras lika högt som akuta livräddande åtgärder (se nedan "riktlinjer för prioriteringar" sidan 16 ff.)²⁵.

Slutbetänkandet mynnade så småningom ut i regeringspropositionen (1996/97:60). Utredningens och regeringens bedömningar överensstämde på de flesta punkter. En del ändringar arbetades dock fram (se t ex skillnaden mellan utredningens och regeringens bedömning gällande valet mellan olika listor för klinisk/administrativ prioritering eller en gemensam lista (se nedan sidan 15)

Slutbetänkandet (SOU 1995:5) ledde dock *i stora delar* fram till gällande rätt, och kan sägas utgöra ursprunget till dagens lagstiftning på området.

5. Gällande rätt

1997 års lagstiftning innebär:

Lagfästning av de så kallade etiska principerna, antagandet av riktlinjer för prioriteringar (vilka utgör fyra breda prioriteringsgrupper) samt två tillägg i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

5.1 Den etiska plattformen

Utredningen har föreslagit att tre principer skall ligga till grund för prioriteringar, vilka tillsammans bildar den så kallade "etiska plattformen".

²³ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s.199

²⁴ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s.3

²⁵ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s.199

Prioteringar inom hälso...

Dessa principer ställer regeringen sig bakom, men betonar att denna etiska plattform i sak inte innebär någon förändring av svensk sjukvårds grundläggande inställning – ”en god vård på lika villkor för hela befolkningen” - utan snarare är en *förstärkning* av detta grundtema²⁶.

Det faktum att just dessa tre principer blir vägledande för prioriteringsbeslut i sjukvården innebär samtidigt att vissa andra grunder för prioriteringar förkastas eller anses mindre lämpliga²⁷.

Prioriteringsbeslut är ofta svåra både att fatta och att acceptera. Om besluten grundar sig på en tydlig och allmänt accepterad etisk plattform, är förhoppningen att allmänheten och sjukvårdspersonalen kommer ha lättare att förstå bakgrunden till besluten. Förhoppningen är att detta i sin tur kommer leda till att förtroendet för sjukvården lättare upprätthålls²⁸. Detta är en av anledningarna till att man valt att låta prioriteringsbeslut vila på etiska grundprinciper.

De tre principerna som framarbetats är följande:

1.Människovärdesprincipen;

Denna första princip innebär att den enskilda människan har ett unikt värde som ligger förankrat i själva existensen. Detta värde är oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

2.Behovs- eller solidaritetsprincipen;

Den människa eller den verksamhet som har det största behoven bör tilldelas det mesta av resurserna.

3.Kostnadseffektivitetsprincipen;

Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Denna etiska plattform innehållande dessa tre framarbetade principerna utgör grund för de *riktlinjer* (se nedan sidan 15 ff.) som riksdagen angav och som skall fungera som stöd för vårdgivare och kliniskt verksamma.

Nedan följer en redogörelse för var och en av dessa tre etiska principer.

²⁶ Gustafsson Anneli, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, PM i Medicinsk rätt, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet 1998

²⁷ Johnson Kristina, Prioriteringsförslag ska baseras....Läkartidningen 1997 vol. 94 nr 1-2

²⁸ Westerhäll Lotta, Welcome-speech 990422

5.1.1 Människovärdesprincipen

”Alla människor har samma värde”. Denna princip anses vara den mest fundamentala i prioriteringsfrågor.

Att ha samma värde innebär att ingen är förmer än andra. Denna människosyn har sitt ursprung ur kristna värderingar och västerländsk humanism²⁹. Människosynen har ofta ett historiskt samband med mer omfattande livsåskådningar eller ideologier³⁰. Central i kristendomen är föreställningen att människan har en ”särställning i skapelsen”.

Människovärdesprincipen är starkt förankrad i svensk lagstiftning och anses vara en av de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Den kommer till uttryck i regeringsformen 1 kap. 2 § andra stycket, där det fastslås att den offentliga makten skall utövas med respekt för alla människors lika värde.

I 1 kap. 9 § regeringsformen föreskrivs vidare att myndigheter i sin verksamhet skall beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet. Denna paragraf riktar sig även till sjukvårdshuvudmännen, landsting och kommuner³¹.

Med människovärdesprincipen som bas är det diskriminerande att låta faktorer som exempelvis hög ålder, låg födelsevikt eller social ställning utgöra grund för negativ särbehandling i hälso- och sjukvården.

Faktorer som ekonomisk ställning, livsstil och personliga egenskaper skall inte heller inverka på vårdinsatserna om ett brott mot denna princip skall undvikas.

Nedan skall göras en konkretisering av hur de tre etiska principerna samverkar och hur utredningen ställer sig till en faktor som hög ålder.

Låt oss tänka oss in i följande situation:

Till en akutmottagning inkommer två patienter. Den ena patienten, Erik 83 år, visar misstänkt hjärtinfarkt med karakteristisk bröstsmärta, andnöd och stark oro.

Den andra patienten, Anna 34 år, lider av snabb, ”hård” hjärtklappning samt extraslag. Även hon känner oro. Symptomen tyder på hjärtneuro (nervöst hjärta) – ett tillstånd som är psykosomatiskt, men en allvarligare hjärtsjukdom går inte att utesluta i ett så här tidigt stadium.

På sjukhusets hjärtintensivavdelning finns i nuläget endast en säng ledig. Vem skall få platsen, Erik eller Anna?

²⁹ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s. 117

³⁰ Nationalencyklopedin Bokförlaget Bra Böcker 13:e bandet

³¹ SOU 1999:66 God vård på lika villkor? s.88

Prioterings inom hälso...

I denna situation aktualiseras människovärdesprincipen. Enligt denna princip skall alla människor *oavsett* ålder ha samma rätt till vårdens resurser. Detta innebär att Erik *inte* skall hamna i ett sämre läge än Anna endast på grund av att han är gammal och hon är ung. Åldern skall således inte inverka vid bedömningen av vilken av dessa patienter som är mest berättigad till platsen på hjärtintensivavdelningen.

Att åldern är betydelselös vid bedömningen är dock en sanning med modifikation. Utredningen skiljer nämligen på *kronologisk* och *biologisk* ålder.

Kronologisk ålder är patientens levnadsår, exakt mätt i år, månader, dagar. Denna skall *inte* vara avgörande vid bedömningar av nämnda typ.

Biologisk ålder beror på kroppens/organens funktion. Den kan inte bestämmas exakt utan beror på patientens fysiska kondition och fysiologiska reserver. Utan att bryta mot människovärdesprincipen skall hänsyn tagas till biologisk ålder när man bedömer om en äldre patient kan tillgodogöra sig en medicinsk åtgärd.

Det är således förenligt med människovärdesprincipen att ta hänsyn till om en äldre patient kan ha *nytta* av den aktuella behandlingen.

I exemplet ovan måste man alltså ta hänsyn till om Erik kan tillgodogöra sig behandlingen på hjärtintensivavdelningen. Eftersom hjärtinfarkt i ett inledningsstadium vanligtvis behandlas med propplösande trombolys har Erik troligtvis nytta av behandlingen.

Om behandlingen istället skulle varit en stor operation hade kanske situationen varit den motsatta. Hans höga ålder hade eventuellt gjort ett stort kirurgiskt ingrepp alltför riskfyllt.

Människovärdesprincipen är grundläggande och skall genomsyra prioriteringsfrågorna, men när resurserna är begränsade är den inte tillräcklig. Alla kan inte få vad de är berättigade till enligt denna princip när medlen inte räcker till. Här har utredningen föreslagit att behovs- eller solidaritetsprincipen skall träda in. När människovärdesprincipen inte ensam ger svar på prioriteringsfrågorna bör denna beaktas.

5.1.2 Behovs- eller solidaritetsprincipen

"De som har de största behoven skall också få det mesta av tillgängliga resurser". Detta innebär att de största insatserna skall gå till de patienterna med de allvarligaste sjukdomarna och/eller den sämsta livskvaliteten. Detta ska gälla även om konsekvenserna skulle bli att alla inte får sina behov tillgodosedda. Detta är innebörden av behovs- och solidaritetsprincipen.

Den norska poeten Ivar Aasen uttryckte sig så här:

Prioteringar inom hälso...

"No one can please everyone,
that's an old saying and so shall it be.
I always think it's best,
to help those in greatest need."³²

Behovs- och solidaritetsprincipen innefattar en strävan att utjämna skillnader. Om alla människor skulle få lika mycket av vårdresurserna skulle detta innebära att ojämlikhet förstärks³³. Detta beror på att människor har olika behov av vård, deras villkor är olika. Sjukdomar drabbar vissa människor medan andra klarar sig undan.

Även möjligheterna att göra sin röst hörd och uttrycka sina vårdbehov varierar. Målet för svensk sjukvård är enligt hälso- och sjukvårdslagens 2 § "en vård på lika villkor för hela befolkningen". Om detta skall uppnås kan inte resurserna fördelas precis lika.

Svensk sjukvård har som avsikt att bygga på solidaritet. Ordet solidaritet kan förklaras med "en känsla av samhörighet med och beredvillighet att stödja och hjälpa andra människor"³⁴. Inom hälso- och sjukvård innebär detta lika möjligheter till vård, men även en målsättning att själva vårdutfallet skall bli så lika som möjligt³⁵. Det optimala är en god hälsa och livskvalitet för *samtliga* människor i samhället.

En annan sida av solidaritet är att särskilt beakta de svaga och utsatta gruppernas behov. Människor som av en eller annan anledning har svårt att själv tillgodose sina vårdbehov har i en solidarisk hälso- och sjukvård samma rätt som andra att få adekvata insatser. Det kan exempelvis röra sig om alkoholister, medvetlösa, åldersdementa etc.

Om man jämför med hur det ser ut i arbetslivet, i utbildningar och i idrottsrörelsen bör hälso- och sjukvården skilja sig markant på en punkt. Inom de förra områdena är det de bästa som får de högsta lönerna, de bästa betygen eller guldmedaljen. I sjukvården skall istället de värst utsatta de "sämsta" patienterna få de största resurserna³⁶.

Om vi knyter resonemanget till exemplet med Erik och Anna (se ovan sidan 12) innebär detta att den av de två patienterna med den allvarligaste sjukdomen är berättigad till platsen på hjärtintensivavdelningen. Den som är svårast sjuk anses ha det största behovet.

Här konkretiseras genast flera problem. Vem av patienterna är allvarligast sjuk? Hur och vem bedömer detta?

³² Kjönsstad Asbjörn, New legal principles of patient prioritisation, University of Oslo

³³ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s. 118

³⁴ Nationalencyklopedin - Ordbok 3 Bokförlaget Bra Böcker

³⁵ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s. 118

³⁶ Kjönsstad Asbjörn, New legal principles of patient prioritisation, University of Oslo

5.1.3 Kostnadseffektivitetsprincipen

Den tredje principen som blivit lagfäst i och med att riksdagen antog regeringens proposition 1997 är kostnadseffektivitetsprincipen. Den är underordnad de två andra principerna. Utredningen menar dock att sjukvårdens humanitära mål *inte* står i ett motsatsförhållande till målet att hushålla med tillgängliga resurser. Hälsoekonomi anses etiskt motiverat³⁷. Genom att använda tillgängliga resurser på ett ekonomiskt sätt kan fler patienter bli botade.

Kostnadseffektivitetsprincipen aktualiseras i flera olika typer av situationer. Ett exempel är när två olika behandlingsalternativ finns för samma sjukdom. Om effekten av de båda behandlingarna är likvärdig men kostnaden skiljer sig är frågan inte så komplicerad. Då skall naturligtvis det minst kostsamma alternativet väljas.

Situationen blir mer komplicerad när den ena behandlingen är bättre men dyrare. Hur mycket får en effektökning kosta? Hur skall bättre resultat vägas mot ökade kostnader? Med effektökning menas att behandlingsresultatet blir bättre, biverkningar färre, livskvaliteten hos patienten större etc.

Frågan kompliceras ytterligare när man ställs inför situationen att två behandlingar finns, den ena bra men så dyr att bara några få kan få del av den, den andra något sämre men så pass mycket billigare att fler patienter kan få tillgång till den³⁸. Här tas således hänsyn till inte enbart effektökning i förhållande till kostnad, utan även till hur många patienter som kan hjälpas.

Hur avvägningarna skall göras är till stor del beroende av utgångsläge och sjukdomsförlopp. Vid en livshotande sjukdom kan en liten effektökning innebära en avgörande skillnad för patienten och därför vara motiverad kostnadsmissigt. I andra mindre allvarliga situationer kan istället ett billigare behandlingsalternativ vara mer motiverat på grund av att effekten anses "god nog" och valet av näst bästa behandlingsmetod innebär att fler berörda kan få den.

5.2 Rangordning av de etiska principerna

Utredningen anser att principerna bör rangordnas enligt följande:

- 1.Människovärdesprincipen
- 2.Behovs- eller solidaritetsprincipen
- 3.Kostnadseffektivitetsprincipen

³⁷ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s.13

³⁸ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s. 119

I praktiken skall rangordningen ha följande betydelse:

Människovärdesprincipen anger den yttre ramen för prioriteringar på alla nivåer. Den är fundamental.

I de allra flesta fall verkar behovs- eller solidaritetsprincipen styrande på prioriteringar.

Endast i speciella situationer träder kostnadseffektivitetsprincipen in³⁹.

5.3 Riktlinjer för prioriteringar

Regeringen anser att *riktlinjer* baserade på tidigare redovisade etiska principer är den mest lämpade modellen för svenska förhållanden. En sådan modell går lätt att utveckla när vården förändras och ger utrymme för individuella ställningstaganden. Riktlinjerna skall fungera som vägvisare, men utan att befria beslutsfattarna från ansvaret vid prioriteringar.

Regeringen menar att detaljerade prioriteringslistor som preciserar sjukdomstillståndet lätt blir alltför rigida. De tenderar också att förhindra individuella bedömningar⁴⁰. Regeringen anser att det som i första hand bör styra den praktiska tillämpningen vid prioritering är patientens hela situation. Det bör alltså vara en fråga "fall till fall" bedömning. Detta innebär att riktlinjer är mer lämpliga.

Riktlinjerna utgörs av fyra breda prioriteringsgrupper med kliniska exempel⁴¹.

Utredningen föreslog att riktlinjerna skulle ha delvis olika utformning vid prioritering på politisk/administrativ nivå och klinisk nivå.

Regeringen hade dock den uppfattningen att trots att resursfördelning sker på olika nivåer (central, regional, lokal samt klinisk nivå) skulle en *gemensam* lista främja det samarbete som krävs mellan beslutsfattarna på de olika nivåerna⁴². Gällande prioriteringsgrupper skall således tillämpas vid såväl politisk/administrativ prioritering som klinisk prioritering.

Nedan följer en listning över de fyra prioriteringsgrupperna och vad de omfattar.

* Prioriteringsgrupp I.

³⁹ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s. 121

⁴⁰ Prop. 1996/97:60 s. 28

⁴¹ Dokumentation från prioriteringsdelegationen, Prioriteringar i hälso- och sjukvården en kort presentation av riksdagens beslut

⁴² Gustafsson Anneli, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården PM i Medicinsk rätt, Handelshögskolan vid Göteborgs universitet 1998

Prioteringar inom hälso...

Vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi

*** Prioriteringsgrupp II.**

Prevention, habilitering/rehabilitering

*** Prioriteringsgrupp III.**

Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

*** Prioriteringsgrupp IV.**

Vård av andra skäl än sjukdom och skada

5.3.1 Vad ingår i prioriteringsgrupp I?

Vård av livshotande akuta sjukdomar

Att vård av livshotande akuta sjukdomar och skador hamnar i prioriteringsgrupp I väcker oftast inte så stora funderingar och motsättningar. Här ingår tillstånd som utan behandling leder till en varaktig invaliditet eller för tidig död. Som exempel kan nämnas hjärtinfarkt, svåra astmaanfall, elakartade tumörer och stora blödningar ⁴³.

Vård av kroniska sjukdomar

Kroniska sjukdomar har ett mycket långvarigt förlopp – ofta livslångt. I många fall kan kroniska sjukdomar inte botas helt. Sjukvårdens uppgift blir då istället att dämpa symptomen, förhöja patientens livskvalitet, förhindra komplikationer etc. Flera kroniska sjukdomar går i skov, vilket innebär att sjukdomsförloppet varierar i intensitet över tiden. Beroende på vilken fas sjukdomen är i kan patienten ha ett akut, stort vårdbehov en tid medan andra perioder kan vara så gott som symptomfria då vårdbehovet inte alls blir så intensivt.

Enligt regeringen är det patientens tillstånd *inte* diagnosen som är det väsentliga. Kroniska sjukdomar skall lyftas fram genom att vårdbehovet vid varje tidpunkt skall beaktas. Det avgörande för

⁴³ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s.138

Prioteringar inom hälso...

prioriteringen skall vara hur patientens hälsotillstånd bedöms vid den aktuella tidpunkten. Kroniska sjukdomar skall alltså inte prioriteras lägre enbart av den anledningen att de kanske är "obotbara" och löper över en lång tidsperiod.

Exempel på diagnoser som blir aktuella i denna grupp är reumatiska sjukdomar, Parkinsons sjukdom, multipel skleros och diabetes.

De tidigare nämnda livshotande akuta sjukdomarna kan även de gå över i en kronisk fas som kan ha akuta skov av försämring⁴⁴.

Palliativ vård och vård i livets slutskede

Palliativ vård är vård som endast inriktas på att lindra symptomen på en sjukdom⁴⁵. Regeringen vill framhålla vikten av att den palliativa vården tillerkänns samma krav på kompetens som den behandlande vården⁴⁶.

Att ge människor ett värdigt avsked från livet anses vara en av de absolut viktigaste uppgifterna för hälso- och sjukvården.

Patienter som inte går att behandla framgångsrikt skall ges en kvalificerad helhetsvård bestående av framför allt smärtlindring, men även psykologiskt, socialt och andligt stöd.

Beslutet om den fortsatta vården skall vara botande eller palliativ är ofta ett svårt avgörande och bör därför alltid fattas av en erfaren läkare i samråd med patienten och närstående. Livsuppehållande insatser är inte alltid motiverade om de endast leder till en marginell livsförlängning och förhindrar en lugn och värdig död⁴⁷. Vården måste uppfylla kraven på att vara både ändamålsenlig och meningsfull.

Vård av människor med nedsatt autonomi

Autonomi innebär en rätt att själv bestämma om egna angelägenheter⁴⁸.

Människor kan av olika anledningar ha svårt att hävda sin rätt. Hit hör till exempel medvetlösa, dementa och utvecklingsstörda patienter. Även barn är en patientgrupp som kan räknas hit.

Regeringen anser att samhället har ett särskilt ansvar att beakta dessa patientgruppers intressen och rätt att få erforderlig vård⁴⁹. Detta är en del av den solidariska hälso- och sjukvården (se ovan sidan 13)

⁴⁴ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s.139

⁴⁵ Svensk Ordbok, Esselte Studium AB

⁴⁶ Prop. 1996/97:60 s. 31

⁴⁷ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s. 140

⁴⁸ Svensk Ordbok, Esselte Studium AB

⁴⁹ Prop. 1996/97:60 s. 32

5.3.2 Prioriteringsgrupp II

Prevention

Preventiv medicin eller förebyggande medicin är en verksamhet där man arbetar för att hindra sjukdomars uppkomst och/eller komplikationer hos dem som redan har en sjukdom⁵⁰.

Preventiv medicin kan delas in i tre stadier.

Den *primära* preventionen går ut på att få friska människor att förbli friska. Exempel på detta kan vara åtgärder för att förhindra ungdomar att börja röka. Vaccinationer är ett annat exempel på primär prevention.

Sekundär prevention syftar till att upptäcka sjukdomar tidigt, till exempel genom olika typer av hälsokontroller.

Tertiär prevention innebär att hjälpa redan sjuka patienter, till exempel patienter med cancer eller hjärtinfarkt, så de inte försämras eller råkar ut för komplikationer.

Förebyggande medicin kan riktas mot enskilda individer och benämns då *individriktad prevention*. Denna typ av prevention följer i stort prioriteringsgrupperna⁵¹. Det går inte att särskilja preventiva insatser och behandlingsinsatser i prioriteringshänseende.

De individriktade preventiva insatser som avses i prioriteringsgrupp II är hälsoråd som ges till personer som kommer i kontakt med sjukvården. Regeringen tycker det är angeläget att dessa hamnar i prioriteringsgrupp II eftersom de kan förhindra eller fördröja sjukdomar. Sätts dessa åtgärder in för sent innebär ofta detta att slutresultatet blir sämre både för den enskilde patienten och för hälsoekonomin.

Den förebyggande medicinens andra område är den *allmänna preventionen*. Denna verkar för att våra levnadsvanor skall bli så lite skadliga som möjligt för vårt välbefinnande⁵². Hit hör bland annat mödrahälsovård, barnhälsovård, smittskyddsarbete, ungdomsmottagningar m.m.

Regeringen betonar vikten av att fortlöpande utvärdera de preventiva programmen med avseende på effekter, kvalitet, biverkningar och kostnader⁵³.

Habilitering/rehabilitering

⁵⁰ Bra Böckers Stora Läkarlexikon, 1993 band 4

⁵¹ Prop. 1996/97:60 s 33

⁵² Bra Böckers Stora Läkarlexikon 1993 band 4

⁵³ Prop. 1996/97:60 s.33

Prioteringar inom hälso...

Habilitering definieras som verksamhet med inriktning på att hjälpa handikappade personer med medfödda eller tidigt förvärvade skador till ett normalt eller nära normalt liv⁵⁴.

Rehabilitering är en sammanfattande benämning på åtgärder som går ut på att så långt som möjligt hjälpa en person att återfå tidigare funktioner efter skada eller sjukdom⁵⁵.

Rehabilitering har fått en allt större aktualitet under senare år bland annat på grund av de stigande talen för långtidssjukskrivning och förtidspensionering i allt yngre åldrar.

Målet med habilitering/rehabilitering är att genom tidiga, samordnade och allsidiga insatser som kombineras från olika kompetensområden bistå patienten medicinskt, psykologiskt, socialt samt tekniskt, allt med utgångspunkt från den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

Habilitering/rehabilitering ingår i de flesta medicinska verksamhetsgrenar och följer då liksom preventiv medicin prioriteringsgrupperna^{56, 57}.

Den habilitering/rehabilitering som regeringen placerat i prioriteringsgrupp II innefattar i praktiken främst den verksamhet och hjälpmedelsförsörjning samt tolktjänst för döva och dövblinda som bedrivs vid landstingens centraler för medicinsk rehabilitering, syncentraler, hörcentraler m. m. Även verksamheten vid så kallade kunskapscentra enligt hälso- och sjukvårdslagens 3 § ingår.

Sjukvårdshuvudmännens ansvar för habilitering och rehabilitering markerades genom tilläggsparagrafer i hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft 1994, där dessa verksamheter preciserades. Likaså fastslogs kommunernas skyldighet att erbjuda habilitering/rehabilitering samt hjälpmedel till dem för vilka kommunen har ett vårdansvar, det vill säga främst rehabilitering inom äldrevården⁵⁸.

5.3.3 Prioriteringsgrupp III

Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar

Till denna grupp hör ett stort antal sjukdomar och skador som kan behandlas med så kallad vardagssjukvård. Åtgärder inom samtliga medicinska discipliner hör hit⁵⁹. Diagnoserna kan vara allergier, migrän, underlivsinfektioner, mag-tarmbesvär, åderbräck m.m. Listan kan göras lång⁶⁰.

⁵⁴ Bra Böckers Stora Läkarlexikon 1993 band 4

⁵⁵ Bra Böckers Stora Läkarlexikon 1993 band 8

⁵⁶ Prop. 1996/97:60 s.33

⁵⁷ Prop. 1996/97:60 s.33

⁵⁸ Bra Böckers Stora Läkarlexikon 1993 band 8

⁵⁹ Prop. 1996/97:60 s. 34

Till gruppen kan också mindre svåra kroniska sjukdomar hänföras. Eftersom kroniska sjukdomar ofta går i skov (se ovan sidan 16) kan samma patient hamna i olika prioriteringsgrupper beroende på vilket skede sjukdomen befinner sig i.

Vården av sjukdomar och tillstånd i denna prioriteringsgrupp kan innebära flera olika sorters åtgärder. Det kan röra sig om behandling i sedvanlig bemärkelse, symptomlindring, förhindrandet av komplikationer, förhindrandet av återinsjuknande etc⁶¹.

Ofrivillig barnlöshet, uttalad kortväxthet samt vissa psykiska besvär och personlighetsdrag

Många *ofrivilligt barnlösa* par upplever en försämrad livskvalitet.

När en biologisk rubbning kan påvisas som orsak till barnlösheten föreligger också ett hälsorelaterat problem.

Regeringen har ansett att oavsett om en biologisk rubbning kan påvisas eller inte så bör ofrivillig barnlöshet inlemmas i prioriteringsgrupp III. De menar att det för varje tillstånd kan finnas ett individuellt betydande medicinskt behov. Huruvida behoven är livskvalitetsrelaterade eller hälsorelaterade är i många fall beroende av hur långt undersökningarna bedrivs⁶². Det bör alltså inte göras en åtskillnad mellan patienter med eller utan påvisad biologisk rubbning.

Även patienter med *uttalad kortväxthet* är en grupp som regeringen placerar i prioriteringsgrupp III. Utredningen har i motsatt till regeringen uttalat att kortväxthet som inte beror på hormonbrist, utan är ärftligt betingat, inte kan betraktas som ett sjukdomstillstånd.

Regeringen anser att även om kortväxtheten inte kan förklaras med hormonbrist, kan det lidande och den försämrade livskvalitet som kortväxtheten medför motivera medicinska insatser, varför även dessa fall av kortväxthet hör hemma i prioriteringsgrupp III.

Psykoterapi som efterfrågas av personer som inte uppfyller kriterierna för psykisk störning är en annan behandlingskategori som utredningen betraktar som gränsfall⁶³.

Regeringen har gjort gränsdragningen vid psykoterapi som ingår i vården av psykiska störningar. Dessa fall skall ingå i prioriteringsgrupp III⁶⁴. Övriga fall där psykoterapi efterfrågas endast för att befärma personlighetsutvecklingen av patienter som till exempel lider av dåligt självförtroende eller känner sig ängsliga skall istället hänföras till prioriteringsgrupp IV.

⁶⁰ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s.141

⁶¹ Prop. 1996/97:60 s. 34

⁶² Prop. 1996/97:60 s.34

⁶³ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s.144

⁶⁴ Prop. 1996/97:60 s. 38

5.3.4 Prioriteringsgrupp IV

Vård av andra skäl än sjukdom eller skada

En del åtgärder som hälso- och sjukvården kan erbjuda avser att tillgodose livskvalitetsrelaterade behov. Människor som söker dessa åtgärder kan inte sägas lida av sjukdom eller skada i hälso- och sjukvårdens mening. Åtgärderna de söker kräver ändå sjukvårdens särskilda kompetens.

Det kan röra sig om estetisk kirurgi, operation av närsynthet, vaccinationer inför utlandssemester, friskintyg etc.

Regeringens uppfattning är att vården i denna prioriteringsgrupp inte bör finansieras med offentliga medel.

5.3.5 Utanför prioriteringsgrupperna

Vård som inte har någon dokumenterad nytta för patienten bör i princip inte ges alls och skall därför inte ingå i någon av de fyra prioriteringsgrupperna (se nedan: "Vad händer med läkarrollen" sidan 35). Sådan vård strider både mot kostnadseffektivitetsprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen⁶⁵. Detta hindrar inte att sådan vård ibland efterfrågas. Behoven kan vara både livskvalitetsrelaterade och hälsorelaterade. Exempel på denna typ av vård kan vara slentrianmässig antibiotikabehandling, operation av lindriga prostatabesvär, rutinmässiga laboratorieprover, åtgärder i livets slutskede som endast förlänger döendet och inte förhindrar lidandet, fortsatt behandling av sjukdom som visat sig vara obotlig etc.

5.3.6 Behovstäckning

Riktlinjerna skall i huvudsak fungera som diskussionsunderlag om hur tillgängliga resurser skall användas. Dessutom skall de vara underlag för "det demokratiska samtalet" som skall föras med allmänheten om hälso- och sjukvårdens innehåll i olika samhällsekonomiska lägen⁶⁶.

Riktlinjerna ska vara ett stöd för sjukvårdshuvudmännen och de kliniskt verksamma. Riksdagen har uttalat att tillämpningen kan komma att skilja sig åt mellan de olika sjukvårdshuvudmännen. Man menar att även om synen på prioriteringar är enhetlig så kan skillnad i ekonomiska förutsättningar

⁶⁵ Prop. 1996/97:60 s.38

⁶⁶ Prop. 1996/97:60 s. 39

Prioteringar inom hälso...

göra att tillämpningen blir olika. Det är dock varje enskild huvudmans ansvar att iaktta de etiska principerna och utforma sin verksamhet i enlighet med dessa utifrån de resurser som är tillgängliga⁶⁷.

Även en praktisk tillämpning av riktlinjerna är naturligtvis avsedd. Här har regeringen stannat vid att konstatera att behovstäckningen skall vara högre i högre prioriteringsgrupper och lägre i lägre prioriteringsgrupper.

Vissa remissinstanser har föreslagit att behoven i prioriteringsgrupp I skall vara helt täckta innan behoven i lägre prioriteringsgrupper tillgodoses. På grund av svårigheten att bedöma när behoven i en prioriteringsgrupp är täckta anser regeringen att detta inte är ett realistiskt alternativ.

5.4 Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Genom riksdagens beslut tillfördes HSL två tillägg vilka framgår av den kursiva texten.

2 §

Ny lydelse:

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

I HSL 2§, stycke 1 finns målet för hälso- och sjukvården angivet. Detta blir kvar oförändrat.

I paragrafen har däremot ett nytt andra stycke tagits in. Detta stycke återspeglar människovärdesprincipen samt behovs och solidaritetsprincipen⁶⁸. På detta sätt återspeglar detta tillägg i stort den etiska plattformen som föreslogs av utredningen och som regeringen lade fast i sitt förslag till riksdagen.

Människovärdesprincipen har redan tidigare ett grundlagsfäst uttryck i 1 kap. 2 § i regeringsformen. Tillämpad inom hälso- och sjukvården gäller denna grundlagsregel dock endast inom den offentliga vården. Bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen, som även avser privat vård har alltså ett vidare tillämpningsområde⁶⁹.

2 a §

Ny lydelse:

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

⁶⁷ SOU 1999:66 God vård på lika villkor? s.53

⁶⁸ Prop. 1996/97:60 s. 42

⁶⁹ SoS-rapport 1999:16 Prioriteringar i sjukvården - Beslut och tillämpning s.16

Prioteringar inom hälso...

- vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.
- vara lätt tillgänglig
- främja goda kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonalen.

Vården och behandlingen skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Patienten skall ges upplysningar om detta tillstånd och om de behandlingar som står till buds. Om upplysningarna inte kan lämnas till patienten skall de istället lämnas till en närstående till patienten. Upplysningar får dock inte lämnas till patienten eller någon närstående i den mån det finns hinder för detta i 7 kap. 3 § eller 6 § Sekretesslagen (1980:100) eller i 8 § andra stycket eller 9 § första stycket lagen (1994:953) om åligganden för personal inom hälso- och sjukvården.

I paragrafens första stycke finns vissa krav angivna för hälso- och sjukvården. Detta stycke har blivit kvar oförändrat. I andra stycket har som nytt krav angivits att varje patient som vänder sig till sjukvården snarast skall ges en bedömning av sitt hälsotillstånd. Skälen för detta lagtillägg är att man anser att en kvalificerad bedömning av vårdbehovet, som sker i snar tid, är en förutsättning för adekvat vård. Erfarenheter säger att en så tidig bedömning som möjligt är grundläggande för det framtida behandlingsresultatet⁷⁰.

Man menar att det andra tillägget i HSL är en förutsättning för att prioriteringar överhuvudtaget skall kunna göras. Ges ingen medicinsk bedömning är det omöjligt att placera en patient i en prioriteringsordning⁷¹.

Kostnadseffektivitetsprincipen kommer till legalt uttryck genom bestämmelsen i 28 § HSL. Här anges att all hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Denna bestämmelse har tillkommit för att understryka betydelsen av att tillgängliga resurser används på ett så effektivt sätt som möjligt⁷².

6. Uppföljning

Även om huvudansvaret för att riksdagsbeslutet om prioriteringar genomförs ligger på sjukvårdshuvudmännen, finns det ett stort behov av nationella insatser som stöd för arbetet med prioriteringar i hälso- och sjukvården. Detta stöd sker främst genom det arbete som bedrivs av Prioriteringsdelegationen, Socialstyrelsen samt det framtida arbete som förväntas av nationella rådet för vårdpolitik som ersätter Spri.

⁷⁰ Prop. 1996/97:60 s. 41

⁷¹ Prioriteringsdelegationens rapport ”Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård” (remissutkast) s.6

⁷² SoS-rapport 1999:16 Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning s. 16

6.1 Prioriteringsdelegationen

I samband med att riksdagen antog den nya lagstiftningen angående prioriteringar, beslutade den också att en nationell delegation skulle inrättas, med uppgift att sprida information och kunskaper om riktlinjerna och den etiska plattform som ligger till grund för dessa⁷³. Informationen skall nå fram till såväl allmänheten, patientgrupper, personal som förtroendevalda.

Uppdraget skall enligt direktivet slutredovisas senast vid utgången av år 2000, men eftersom starten försenades något kommer arbetet troligtvis fortsätta även in på år 2001⁷⁴.

Denna *prioriteringsdelegation* är parlamentariskt tillsatt, med en ledamot från varje riksdagsrepresenterat parti. En rad sakkunniga från olika organisationer samt ett sekretariat ingår också i delegationen.

Delegationens främsta uppgift är enkelt uttryckt att vara ett stöd för kommuner, landsting och de privata vårdgivarna när de skall genomföra riksdagens beslut⁷⁵. Detta innebär i stora drag att den skall visa vägen för sjukvårdshuvudmännen, så att de med utgångspunkt i den etiska plattformen ger dem med de största behoven företräde till vården.

En av prioriteringsdelegationens tidigaste insikter var att "prioriteringar döljer sig i allt". Man menar att *alla* beslut som rör resursfördelning i vården grundar sig på någon typ av värderingar och/eller etiska ställningstaganden. Prioriteringsbeslut tas, medvetet eller omedvetet, på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Det rör sig om allt från politiska beslut om avgiftssystem och tillgänglighet till klinikledningens sätt att organisera vårdarbetet⁷⁶. I januari år 2000 höll delegationen en konferens med detta tema, där en rad olika aspekter av prioriteringsfrågorna belystes.

Ett annat av delegationens tydligaste budskap är att prioriteringar görs bäst i en miljö som präglas av "en ständigt pågående dialog mellan förtroendevalda och befolkningen samt mellan förtroendevalda och personalen".

Delegationen vill vara en vägledare och inspirationskälla till att finna formerna för denna dialog med olika berörda kring den etiska plattformen och riktlinjerna för prioriteringar. Hittills har delegationen framförallt vänt sig till förtroendevalda på olika nivåer, men också till personalgrupper. Den senaste satsningen för att ge näring åt diskussionen är att man hjälpt till att finansiera en teaterföreställning, som utspelas på en vårdcentral och handlar om prioriteringar.

⁷³ Prioriteringsdelegationen (folder) tryckt av regeringskansliets offsetcentral 1998

⁷⁴ Lund Karin, Prioriteringsdelegationen och dess uppdrag, dokumentation från prioriteringsseminarium, Borlänge 00-03-28

⁷⁵ Nordström-Eriksson Anneli, Inledningstal vid Konferens om Prioriteringar "Prioriteringar döljer sig i allt" 00-01-24

⁷⁶ Nordström-Eriksson Annelie, Prioriteringsdelegationens perspektiv, dokumentation från prioriteringsseminarium, Borlänge 00-03-28

Man vill också medverka till att utveckla *metoder* som gör det möjligt att göra behövliga uppföljningar av hur sjukvårdshuvudmännen prioriterar sin verksamhet i enlighet med riktlinjerna. Eftersom varje landsting och kommun har sitt speciella sätt att arbeta har detta visat sig vara ett komplicerat arbete⁷⁷.

I delegationens arbete med utvärdering av riksdagsbeslutets effekter skall särskild uppmärksamhet ägnas åt äldre, funktionshindrade och andra "svaga" grupper⁷⁸. Detta innebär att man ska se till att inga grupper prioriteras på bekostnad av andra på ett ogenomtänkt eller omedvetet sätt.

Prioriteringsdelegationen planerar lyfta fram prioriteringsfrågor i ljuset och belysa ett antal etiska frågeställningar som aktualiseras när riksdagens riktlinjer kommer i konflikt med enskilda människor eller gruppers intressen.

De kommer i sitt arbete att inhämta internationella erfarenheter av- och synpunkter på- prioriteringar.

Frågan hur samverkan i prioriteringsfrågor fungerar mellan kommuner och landsting är ett annat viktigt diskussionsområde för delegationen⁷⁹.

I en rapport, författad av prioriteringsdelegationens sekretariat görs en analys av hur kommunerna är involverade i riksdagens beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Den benämns "Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård" och syftar till att vara ett diskussionsunderlag för kommunernas vårdanställda, politiker och administratörer⁸⁰. Denna rapport kommer att belysas ytterligare under avsnittet om kommunal prioritering (se nedan sidan 37 ff.).

Delegationen har även tittat närmare på hur etik och prioriteringar påverkar glesbygdsvården. Frågorna som ställdes var om glesbygdens förhållanden kräver särskilda överväganden vid prioriteringar i hälso- och sjukvården samt om riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården kan tillämpas lika över hela landet⁸¹.

Delegationen bedriver sitt arbete genom att kontinuerligt ha sammanträden, seminarier och konferenser. Olika forskningsprojekt drivs också av delegationen och ett utbildningsprogram där teater används som metod är påbörjat, vilket beskrivits ovan.

När delegationen arbetar med att skapa ett samarbete mellan olika nivåer i prioriteringsfrågor för man samtal på tre arenor:

* med de politiska beslutsfattarna

⁷⁷ Lund Karin, Prioriteringsdelegationen och dess uppdrag, dokumentation från prioriteringsseminarium, Borlänge 00-03-28

⁷⁸ Prioriteringsdelegationens rapport "Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård" (remissutkast) s. 1

⁷⁹ Prioriteringsdelegationens hemsida www.prio.gov.se

⁸⁰ Prioriteringsdelegationens rapport "Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård" (remissutkast) s. 2

⁸¹ Prioriteringsdelegationens hemsida www.prio.gov.se

Prioteringar inom hälso...

* med professionerna/yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården i kommuner, landsting och hos de privata vårdgivarna

* med patienterna/medborgarna⁸²

Eftersom prioriteringsbeslut är långsiktiga beslut anser delegationen att ungdomars syn på prioriteringsfrågor är viktig. Därför värnar man om att även deras åsikter skall uppmärksammas i debatten. Delegationen har uppmanat studerande vid alla typer av vårdutbildningar att komma med inlägg på prioriteringsdelegationens hemsida. En uppsatstävling för gymnasieelever har arrangerats för att sprida diskussionen ner i åldrarna⁸³.

6.2 Socialstyrelsen

Regeringen uttalade i propositionen (1996/97:60) att Socialstyrelsen förutsätts medverka i implementeringen av riksdagsbeslutet vid sidan av Prioriteringsdelegationen. Tillsättandet av Prioriteringsdelegationen skulle *inte* inskränka Socialstyrelsens ansvar för prioriteringsfrågorna.

Ett tänkbart sätt att stödja implementeringen kan vara att Socialstyrelsen utfärdar allmänna råd inom området. Hittills har styrelsen dock funnit andra arbetsformer mer ändamålsenliga⁸⁴

Socialstyrelsen kommer att medverka med metodstöd och annat stöd för utveckling inom prioriteringsområdet. Socialstyrelsen har påbörjat ett systematiskt och långsiktigt arbete med att utveckla metoder för tillämpningen av riksdagsbeslutet om prioriteringar i hälso- och sjukvården.

Detta arbete har huvudsakligen två syften:

*Att bidra till kunskapsbildningen på området genom att utveckla metodstöd för prioriteringar.

*Att utarbeta riktlinjer som vägledning för politiskt/administrativa och kliniska prioriteringar inom strategiska områden⁸⁵.

Socialstyrelsen kommer bland annat verka för att nationella riktlinjer för prioriteringar av patienter med kroniska sjukdomar fastställs.

⁸² Prioriteringsdelegationens rapport "Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård" s. 1

⁸³ Nordström-Eriksson Anneli, Inledningstal vid prioriteringskonferensen "Prioriteringar döljer sig i allt" 00-01-24

⁸⁴ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.13

⁸⁵ SoS-rapport 1999:16 (Sammanfattning)

Prioteringar inom hälso...

Detsamma gäller i fråga om nya medicinska metoder som ekonomiskt och/eller etiskt utgör svårhanterliga prioriteringsproblem för beslutsfattare och verksamhetsföreträdare inom hälso- och sjukvården.

Prioriteringsproblemen i den kommunala hälso- och sjukvården kommer precis som hos prioriteringsdelegationen att belysas och analyseras i socialstyrelsens arbete (se nedan sidan 37 ff.).

På grund av behoven av att föra ut internationella och svenska erfarenheter av prioriteringar i hälso- och sjukvården till politiker och andra beslutsfattare, samt till hälso- och sjukvårdens verksamhetschefer i kommuner och landsting, kommer Socialstyrelsen tillsammans med Prioriteringsdelegationen och kommunförbunden hålla årliga konferenser om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Detta skall ske från och med hösten år 2000 och har till syfte att hålla prioriteringsdebatten levande.

Socialstyrelsen har istället för att utfärda allmänna råd inom prioriteringsområdet valt att göra *kartläggningar* som belyser områden inom de olika prioriteringsgrupperna.

Utredningarna som hittills har gjorts behandlar:

Prioriteringar vid assisterad befruktning – SoS-rapport 1998:8 (prioriteringsgrupp III)

Prioriteringar vid organtransplantation (prioriteringsgrupp I)

Prioriteringar vid utprovning av hörhjälpmedel - SoS-rapport 1999:18 (prioriteringsgrupp II)

Dessa tre kartläggningar syftar till att belysa hur prioriteringsbeslutet kan och bör tillämpas inom vart och ett av de avgränsade områdena. Rapporterna skall presentera vilka regler som gäller och hur landstingen följer riktlinjerna i praktiken. Nedan (under rubriken "Assisterad befruktning – ett exempel på tillämpning" sidan 32 ff.) kommer göras en sammanfattning av SoS-rapport 1998:8 för att mer utförligt belysa vad Socialstyrelsen kommit fram till inom detta området.

SoS-rapporten 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" som bland annat beskriver och analyserar hur landstingen i praktiken arbetar med att omsätta de nationella riktlinjerna för prioriteringar, är en annan av de arbetsformer som Socialstyrelsen har valt för att bidra till kunskaps- och metodutvecklingen inom området⁸⁶.

Ett *metodutvecklingsprojekt* som syftar till att utveckla metodstöd för prioriteringar har redan påbörjats. Projektet påbörjades våren 1999 och skall bidra till metodutvecklingen för en effektivare fördelning av landstingens resurser för hjärt-kärlsjukdomar. Epidemiologiskt Centrum (EPC) vid Socialstyrelsen ansvarar för projektet som bedrivs i samarbete med tre landsting: Västerbotten, Östergötland och Västra Götaland.

⁸⁶ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.14

Prioterings inom hälso...

Avsikten är att sammanföra de etiska principer för prioriteringar som lagts fram av riksdagen, med epidemiologiska, medicinska och ekonomiska uppgifter, så man får ett bättre underlag för hur resurserna skall fördelas mellan olika insatser⁸⁷.

6.3 Vad ersätter Spri?

Spri (Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut) upphörde 1/1 – 2000 efter att riksdagen bemyndigade regeringen att gemensamt med Landstingsförbundet upplösa föreningen⁸⁸. Föreningens uppgift har varit att vara en aktiv kunskapsförmedlare och en central kunskapskälla i vården. Spri har via sitt internationella kontaktnät hämtat hem och till svensk sjukvård anpassat en rad koncept: kvalitetscirklar, konsensuskonferenser, program för organisationsgranskning (OG) etc. Det har varit ett nationellt "WHO-documentation-center", deltagit i en rad EU-projekt m.m. Efter att Spri varit verksamt under drygt trettio år och under denna tid aktivt bidragit till utvecklingen inom hälso- och sjukvården, anser regeringen att så mycket har hänt under denna tid att det är nödvändigt med en ny inriktning och nya former för stöd till vårdens utvecklingsarbete⁸⁹.

Spri har främjat utvecklingen i hälso- och sjukvården i Sverige genom ett långsiktigt kvalificerat utvecklingsarbete. Arbetet har koncentrerats till områdena hälsoekonomi, kvalitetsutveckling, informationsteknik samt informationsförsörjning⁹⁰.

En ny struktur för nationellt stöd till utveckling inom vård och omsorg skall nu ersätta föreningen. Ett nationellt råd för vårdpolitik skall inrättas inom kort, i vilken staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet deltar. Rådet skall vara ett forum för dialog mellan staten och sjukvårdshuvudmännen i aktuella vård- och omsorgsfrågor. Ansvarsområdena kommer gripa över hela vårdkedjan – landstingens hälso- och sjukvård, äldrevård, barn- och ungdomsvård och vården av vissa funktionshindrade inom kommunerna. Ett av de områden som kommer vara föremål för kunskapsutveckling är just prioriteringar i hälso- och sjukvården.

Nationella program för utveckling skall skapas och läggas ut på regionala kunskapscentra och drivas i samarbete med bland annat universitet och högskolor⁹¹.

En viktig förändring jämfört med Spris arbete skall bli att kommuner och landsting *gemensamt* kommer arbeta för att finna former för utvecklingen inom området. Kommunerna stod tidigare utanför samarbetet mellan staten och landstingen, vilket har uppfattats som en stor svaghet.

⁸⁷ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.107

⁸⁸ Prop. 1999/2000:1 Utgiftsområde 9 s.45

⁸⁹ Prop. 1999/2000:1 Utgiftsområde 9 s.46

⁹⁰ Spris hemsida (www.Spri.se)

⁹¹ SoS-rapport "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.106

7. Effekterna av riksdagsbeslutet

Socialstyrelsen har i SoS-rapporten 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" gjort en översikt över hur landstingen tagit sig an uppgiften att tillämpa riksdagens beslut.

Sammanfattningsvis menar man att riksdagsbeslutet om prioriteringar *inte* gett tillräckligt tydlig vägledning när det gäller den praktiska tillämpningen.

Prioriteringsbeslutet är som tidigare visat utformat som allmänt hållna riktlinjer baserade på grundläggande etiska principer, i kombination med ett lagstadgat ansvar att prioritera vård och omsorg till dem som har de största behoven.

Vägledningen vad gäller den praktiska tillämpningen begränsas till stadgandet att behovstäckningen skall vara högre i prioriteringsgrupp I än i prioriteringsgrupp II osv. (se ovan sidan 21).

Hur hög behovstäckningen kommer att bli i de enskilda grupperna bestäms av vilka resurser hälso- och sjukvården förfogar över.

Socialstyrelsen anser att det är lätt att ställa upp på principen att hälso- och sjukvården har ett särskilt ansvar för dem med de största behoven. Det är dock inte lika lätt att försvara att konsekvenserna av detta blir att mindre allvarligt sjuka patienter får vänta längre på vård och att en del av den efterfrågade vården inte längre kan finansieras offentligt. Det krävs politiskt mod och väl underbyggda beslutsunderlag för att kunna genomföra sådana prioriteringar på ett öppet och uttalat sätt⁹².

Socialstyrelsen konstaterar att behovet av prioriteringar i hälso- och sjukvården har förstärkts av de ekonomiska restriktioner som har präglat sjukvården under 1990-talet. Sammantaget satsas det inte mindre resurser på hälso- och sjukvården idag jämfört med i början av 1990-talet. Det är de omfattande omfördelningarna i sjukvården som skapar problem. I sjukhussektorn har besparingarna genomförts framförallt genom allt färre vårdplatser, men samtidigt har läkemedelskostnaderna ökat med ett stort belopp⁹³.

Det finns exempel på att olika professionella grupperingar engageras i arbetet med att utveckla och bestämma kriterier för prioriteringar på politisk/administrativ och klinisk nivå. I ett par landsting (Östergötland, Västerbotten och i viss mån Värmland) bedrivs ett strukturerat prioriteringsarbete, men i övrigt har man i stort sett bara börjat⁹⁴. Den dominerande bilden är, även efter riksdagsbeslutets ikraftträdande, att prioriteringar till största delen är dolda och outtalade.

⁹² Pressmeddelande från Socialstyrelsen nr 62-1999

⁹³ Pressmeddelande från Socialstyrelsen nr 62-1999

⁹⁴ Nordström-Eriksson Annelie, Prioriteringsdelegationens perspektiv, dokumentation från prioriteringsseminarium, Borlänge 00-03-28

Prioteringar inom hälso...

Det normala är att landstingspolitikerna fattar övergripande beslut som får konsekvenser först på lokal nivå. Ytterst blir det läkarna och övrig hälso- och sjukvårdspersonal som måste hantera de problem som uppstår när de till exempel står inför ett val mellan två patienter. De står då utan politiska beslut och riktlinjer som stöd för det vardagliga kliniska arbetet.

Man menar vidare att riksdagsbeslutet inte gav en tydlig definition av var gränsen går för den offentligt finansierade vården. Det fanns ambitioner i den riktningen hos prioriteringsutredningen, men dessa väckte så stort motstånd hos de aktuella patientgrupperna att de inte genomfördes.

Utrymmet för lokala variationer är relativt stort vilket gör att landsting och kommuner i princip kan fatta beslut om var gränserna går för den offentligt finansierade vården. Hittills har få beslut av det slaget fattats. Ett undantag är landstingens olika regler för finansiering och prioritering vid ofrivillig barnlöshet (se nedan sidan 32 ff.)⁹⁵ De olika landstingens skilda syn på detta område har upplevts som mycket orättvist av de drabbade.

En central fråga är i vilken grad landstingen har en sammanhållen och långsiktig strategi för sin styrning när det gäller prioriteringar i hälso- och sjukvården. En sådan strategi fordrar att aktörerna inom politik, administration samt vårdpersonal ingår i vad man kan kalla ett prioriteringskontrakt. Ingen part har ensam den kunskap, legitimitet och beslutsmyndighet för att fullgöra uppgiften.

Om de kliniska prioriteringsbesluten är irrationella går det knappast att komma tillrätta med detta genom politiskt beslutade resursöverföringar mellan olika områden. På samma sätt gör en felaktig resursfördelning att de kliniska beslut som är motiverade utifrån den snedfördelade resurstilldelningen blir irrationella i ett helhetsperspektiv. Det är känt att praktisk sjukvårdsstyrning kräver mer eller mindre underförstådda eller uttalade kontrakt mellan de olika aktörerna i sjukvårdssystemet⁹⁶.

I Socialstyrelsens rapport (SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – beslut och tillämpning") framgår att det allmänna intrycket av landstingens arbetssätt är att det utvecklingsarbete som bedrivs oftast *inte* är en del av en mera sammanhållen strategi.

En vanlig uppfattning är att den ekonomiska åtstramningen tvingat landstingen att snabbt anpassa sig till de krympta resurserna, vilket gjort att man inte hunnit med eller haft utrymme för mer systematiska och övergripande diskussioner om prioriteringar.

Även prioriteringsdelegationen är av den uppfattningen att det är lång väg kvar innan resursfördelningen styrs på ett medvetet och strukturerat sätt utifrån riksdagsbeslutet och landstingens egna prioriteringsriktlinjer.

Man menar att politikerna är dåliga på att föra en fortgående dialog med allmänheten och förankra nödvändiga prioriteringar hos dem och hos vårdpersonalen. Prioriteringsdelegationen menar att detta är ett demokratiskt dilemma. De anser att den stora bristen är avsaknaden av ett långsiktigt och konsekvent handlande. Det finns inte heller de strukturer och rutiner i beslutsprocessen som skulle gynna prioriteringsarbetet⁹⁷.

⁹⁵ SoS-rapport "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.98

⁹⁶ SoS-rapport "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.41

⁹⁷ Nordstöm-Eriksson Annelie, Hur skall prioriteringsbeslutet få genomslag... Landstingsvärlden nr:36/99

Prioteringar inom hälso...

Man menar vidare att när riksdagsbeslutet slog igenom rådde en stor samstämmighet i kommuner och landsting kring den etiska plattformen och dess tre bärande principer. Trots detta sker en del politiska beslut och åtgärder som inte harmonierar med riksdagsbeslutet.

En av prioriteringsdelegationens viktigaste slutsatser är att etik och prioriteringar inte får bli en särskild fåra i den politiska processen och i verksamheten. Val och bortval görs dagligen i vårdvardagen. Därför är det angeläget att beslutsfattare och vårdpersonal har gemensamma och realistiska bilder av hur vården kan utvecklas. Grunderna för prioriteringar måste tydliggöras och omfattas av alla. Samtalet kring vilka värderingar som skall styra vården måste vara ständigt pågående. De mål och riktlinjer som läggs fast i politiska beslut måste förmedlas ut i organisationen samtidigt som kommunikationen från "vårdgolvet" till beslutsfattarna måste hållas intakt⁹⁸.

Prioriteringsdelegationen betonar vikten av att inte glömma bort vissa "tysta" patientgrupper, de som har svårigheter att göra sig hörda och uttrycka sina behov och önskemål, till förmån för att till exempel förkorta vårdköerna för mer banala åkommor. Man menar att det exempelvis saknas mycket kunskap om äldre kroniker, psykiskt sjuka och multihandikappade patienter. Här är det viktigt att vara lyhörd för varningssignaler från vårdpersonal och anhöriga så dessa mer "oglamorösa" patientgrupper inte faller i glömska.

Slutsatserna ovan får inte uppfattas som att prioriteringsarbetet varit onödigt eller bortkastat. Många är av den uppfattningen att utvecklingen efter riksdagsbeslutet trots allt bidragit till en större öppenhet när det gäller resursfördelningen. Kostnads- och produktivitetjämförelser blir allt vanligare som beslutsunderlag. Utvecklingen har gått mot konsumtionsorienterad redovisning samt mer noggrann uppföljning och utvärdering av sjukvårdskostnader och sjukvårdsaktiviteter. Självklart är den ökade kunskapen och intresset för resursanvändningen ett resultat av en strävan att förbättra beslutsunderlagen. Det är dock viktigt att poängtera att det är ovanligt att landstingen har en dokumentering som åskådliggör hur man vill arbeta för att nå ett tillfredsställande helhetsresultat⁹⁹.

Sammanhållna policydokument för hur den strategiska styrningen fungerar är ovanliga. Några landsting arbetar dock med mer systematiska och genomgripande arbetsformer, vilket är positivt. Det gäller till exempel landsting som har omfattande programarbeten vars utgångspunkt är analyser av stora sjukdomsgrupper. De utvecklar metoder som skall ligga till grund för prioriteringar inom en viss sjukdomsgrupp eller mellan olika sjukdomsgrupper. Det kan exempelvis handla om på vilka indikationer utredning och behandling skall göras¹⁰⁰.

Aktiva prioriteringar och medveten resursanvändning ställer höga krav på kunskapsunderlag och förmågan att använda relevant information¹⁰¹.

⁹⁸ Lund Karin Prioriteringsdelegationen "Prioriteringar döljer sig i allt" dokumentation från konferens om prioriteringar i vården 00-01-24

⁹⁹ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.42

¹⁰⁰ Båsen Anna, Landstingen följer inte riktlinjer för prioriteringar, Dagens Medicin 1999 nr 47

¹⁰¹ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.45

Prioteringar inom hälso...

Kvalitetsutveckling har blivit ett speciellt begrepp inom hälso- och sjukvården. En mångfald metoder att mäta och utveckla vårdens kvalitet har vuxit fram. De baseras på olika filosofier kring hur kvalitet inom vården kan förstås och definieras, hur den ska mätas och hur man vill att utvecklingen ska se ut. Engagemanget för kvalitetsutveckling har vuxit de senaste åren, i takt med att "sjukvårdskrisen" manifesterat sig närmast permanent i form av resursminskningar och diskussioner om prioriteringar¹⁰².

Den slutsats som Socialstyrelsen dragit när det gäller kunskapsunderlag och analyskapacitet är att frågan om utfallet av sjukvårdsinsatserna främst används som en inomprofessionell angelägenhet¹⁰³. De uppföljningar som görs beträffande vårdens kvalitet används nästan uteslutande för att påverka kliniska beslut. På central landstingsnivå har man hittills inte använt uppgifter om till exempel behandlingsresultat som underlag för beslut om resursfördelning och prioritering.

Kunskaper om vilka behov som finns är nödvändiga när man skall fördela tillgängliga resurser på olika verksamheter och befolkningsgrupper. Denna kunskap inhämtas vanligen genom olika typer av hälsoanalyser, befolkningsenkäter och epidemiologiska studier.

Nästan alla landsting utarbetar dessa typer av undersökningar, även om kontinuiteten i arbetet varierar.

Landstingen har således tillgång till en stor mängd information om hälsan/ohälsan och dess fördelning i befolkningen.

Problemet tycks vara att det brister i förmågan att använda all denna information på ett sätt som ger tydliga bilder för hur prioriteringen bör gå till. Faktainsamlingen leder i många fall inte till den helhetssyn som skulle kunna stimulera till diskussion om resursfördelningen. Detta leder till att det blir svårt att använda den behovsorienterade kunskapsbildningen när man skall ta konkreta prioriteringsbeslut.

Landstingen måste i sin roll som prioriterande och resursfördelande sjukvårdshuvudman även kunna inhämta och redovisa så kallad produktionsrelaterad kunskap. Detta innebär i stora drag att sjukvårdens prestationer och kostnader måste analyseras. Landstingens kapacitet för sjukvårdsredovisning gällande den här typen av information står inför en betydande kvalitetshöjning. Hittills har spännvidden mellan landstingen varit stor, men de senaste åren har en utveckling skett mot ökad harmonisering och jämförbarhet.

I en rapport från Landstingsförbundet om hälso- och sjukvårdens informationsförsörjning, som publicerades våren 1998, föreslogs att en nationell standard för patientrelaterad prestations- och kostnadsredovisning skall byggas upp. Detta är ett exempel på ambitionerna att ta vara på produktionsrelaterad kunskap. Ett annat sätt är det samarbete som byggts upp mellan Socialstyrelsen och Landstingsförbundet genom tecknandet av ett avtal (mars 1998) där Socialstyrelsen skall svara för insamling och bearbetning av verksamhetsstatistik, medan landstingen skall koncentrera sig på ekonomistatistik. Ambitionen med samarbetet är att öppenvården i framtiden skall dokumenteras efter

¹⁰² Calltorp Johan, Kvalitetsutveckling i vården – dags för strategiska val! Läkartidningen vol. 96 nr 21 1999

¹⁰³ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.55

Prioteringar inom hälso...

i princip samma riktlinjer som slutenvården och att verksamhets- respektive ekonomistatistik skall kunna relateras till varandra¹⁰⁴.

8. Assisterad befruktning - ett exempel på tillämpning

Möjligheten att medicinskt behandla ofrivillig barnlöshet har förändrats mycket under den senaste tiden. Ny och förbättrad teknik har inneburit att ingreppen förenklats och risken för komplikationer har minskat. Socialstyrelsen belyser i sin rapport (SoS-rapport 1998:8 "Provrörsbefruktning i Sverige – En lägesbeskrivning 1997") förhållandena inom IVF-området (IVF= in vitrofertilisering, det vill säga befruktning utanför kroppen/ provrörsbefruktning)¹⁰⁵.

Frågan om behandling vid ofrivillig barnlöshet har behandlats av prioriteringsutredningen. I utredningens första betänkande placerades assisterad befruktning i den prioriteringsgrupp som omfattade vård av andra skäl än sjukdom eller skada. Detta första ställningstagande fick kraftig kritik av många barnlösa par, föreningen IRIS (Infertilas Riskförening i Sverige) samt berörda läkare. Prioriteringsutredningen modifierade därför sitt första förslag och placerade behandling av ofrivilligt barnlösa i en särskild grupp kallad "Gränsfall" som hamnade mellan Prioriteringsgrupp III och IV. Ett stort antal remissinstanser behandlade inte frågan eller godtog Prioriteringsutredningens ståndpunkt. Bland dem som tog upp frågan var oenigheten påfallande. Åsikterna spred sig mellan ytterlighetsståndpunkterna – att assisterad befruktning skall vara ett klart åtagande för den offentligt finansierade sjukvården respektive att den inte skall vara det¹⁰⁶.

Regeringen bestämde att prioriteringsgruppen "Gränsfall" skulle utgå och inlemmade behandling av ofrivilligt barnlösa i Prioriteringsgrupp III, som inrymmer åtgärder som rubriceras som vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar (se ovan sidan 20). Denna vård skall i princip finansieras med offentliga medel.

Regeringen motiverade sitt beslut angående assisterad befruktning så här:

"Hos flertalet ofrivilligt barnlösa par finns en påvisbar biologisk rubbning såsom restillstånd efter tidigare sjukdom eller en pågående kronisk sjukdom och därmed ett klart hälsorelaterat behov. Överväganden om prioriteringar skall enligt den etiska plattformen avse *behoven* och inte vilken behandlingsmetod som skall tillämpas i det enskilda fallet. För behandling mot ofrivillig barnlöshet skall det medicinska problemet prövas, inte om det skall åtgärdas genom IVF-behandling eller genom till exempel kirurgiskt ingrepp. Enligt regeringen kan det finnas individuellt så betydande medicinskt behov av en åtgärd att hälso- och sjukvården skall tillgodose behovet"¹⁰⁷.

¹⁰⁴ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.50

¹⁰⁵ SoS-rapport 1998:8 "Provrörsbefruktning i Sverige" s.7

¹⁰⁶ SOU 1995:5 "Vårdens svåra val" bilaga 2 s.217

¹⁰⁷ SoS-rapport 1998:8 "Provrörsbefruktning i Sverige" s.11

Prioriteringar inom hälso...

Den kartläggning som Socialstyrelsen gjort visar att IVF-verksamheten kommit att prioriteras olika i olika delar av landet, trots riksdagsbeslutet om prioriteringar. Skillnaderna rör egenavgifter, antal behandlingar som finansieras offentligt samt åldersgränserna för behandling. För de enskilda paren spelar det alltså stor roll var i landet de är bosatta vad gäller möjligheterna att få IVF-behandling i offentlig regi¹⁰⁸.

Naturligtvis upplevs det som orättvist av de barnlösa paren att en del landsting betalar samtliga IVF-behandlingar, medan andra landsting exempelvis kan ha begränsat sitt åtagande till att betala tre behandlingar.

Det övergripande målet i 2 § HSL "en god vård på lika villkor för hela befolkningen" innebär enligt lagens förarbeten att i princip alla skall få tillgång till hälso- och sjukvårdens tjänster oberoende av var i landet man bor och att behovet skall vara avgörande för vilken vård man får (inom ramen för huvudmannens resurser). Prioriteringar skall kunna göras, men en faktor som bosättningsort får inte vara avgörande för vilken vård patienten erhåller.

Riksdagsbeslutet om prioriteringar som hänför behandling vid ofrivillig barnlöshet i Prioriteringsgrupp III innebär i princip att dessa behandlingar bör finansieras offentligt (se ovan sidan 20 ff.).

Det faktum att landstingen prioriterar behandling av ofrivillig barnlöshet så olika innebär således att riksdagsbeslutet om prioriteringar inte följs i detta hänseende.

Förhoppningen är att riksdagsbeslutet bättre skall kunna följas genom att Socialstyrelsen utfärdar Allmänna råd i enlighet med riktlinjerna. I skrivande stund har dock Allmänna råd inom IVF-området inte utfärdats.

9. Vad behöver förbättras / vad är oklart?

Det finns inga enkla lösningar som avgör hur prioritering inom hälso- och sjukvården ska se ut. Men eftersom inget samhälle kan förse alla medborgare med all den medicinska vård de skulle kunna vara betjänta av måste prioriteringar ändå göras.

Det har riktats stark kritik mot att effekterna av det svenska riksdagsbeslutet om prioriteringar inte levt upp till förväntningarna.

De mest kritiska menar att riksdagsbeslutet inte kommer att vara till någon större nytta för exempelvis hårt pressade chefer och läkare som försöker omfördela resurser samtidigt som de konfronteras med allt hårdare åtstramningar¹⁰⁹.

¹⁰⁸ SoS-rapport 1998:8 "Provrörsbefruktning i Sverige" bilaga s.1

¹⁰⁹ Williams Adam, Tydligare definitioner och bättre fakta krävs, Läkartidningen 1996 vol.93 nr 39 s.3376-3379

Inom ett område som assisterad befruktning ser man att riksdagsbeslutet om prioriteringar inte överhuvudtaget följs inom vissa av de så kallade gränsområdena.

Vissa menar att det krävs mycket mer konkreta riktlinjer och anvisningar som vårdpersonalen kan luta sig mot.

För att det ska vara möjligt att utforma tydligare politiska riktlinjer krävs ett mycket större samarbete mellan vårdpersonalen och politikerna än vad som visas i dagsläget.

Politikerna måste bli mer aktiva när det gäller att formulera och upprätthålla prioriteringarna. Man måste vara tydlig när det gäller att visa hur den politiska beslutsprocessen går till och vilka värderingar den bygger på, eftersom legitimiteten som beslutsfattare även bygger på själva beslutsprocessen, inte enbart på slutresultatet¹¹⁰.

Det är även viktigt att medierna engageras att ta ett bredare grepp om prioriteringsfrågorna, istället för att endast lyfta fram enskilda fall och därigenom skapa orättvisa för andra patienter.

Den öppenhet i prioriteringsfrågorna som debatten varit med och skapat måste ännu mer fokuseras på kunskap om grunderna för frågorna och informationen bakom besluten.

Dolda och outtalade prioriteringar ökar risken för orättvisor och ineffektivitet genom att enskilda läkare eller lokala sjukvårdskulturer då påverkar vilken vård som ges, men samtidigt måste man hålla i minnet att öppna prioriteringar i sin tur kan inskränka den kliniska friheten (se nedan "Vad händer med läkarrollen") Här kommer man återigen in på den stora betydelsen av att den medicinska professionen är med och påverkar besluten¹¹¹.

Det kommer att ställas allt högre krav på kunskapsunderlag och förmåga att använda rätt information. Många nya idéer och arbetssätt krävs när det gäller att analysera och utvärdera information som skall ligga till grund för prioriteringsbesluten.

Dessa delar är hittills eftersatta, vilket innebär att stora insatser krävs för att få systematik i omfattningen och inriktningen på kunskapsbildningen inom prioriteringsområdet.

Samarbete mellan landstingen samt mellan kommuner och landsting är önskvärt för att bättre komma tillrätta med geografiska skillnader.

10. Vad händer med läkarrollen?

¹¹⁰ Lind Jan, Prioriteringar i sjukvården – en process utan enkla svar, Läkartidningen 1996 vol.93 nr 43 s.3748-3749

¹¹¹ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – beslut och tillämpning" s.103

Prioteringar inom hälso...

Prioteringar i hälso- och sjukvården väcker många viktiga och svåra frågor. En av dessa frågor är vilka konsekvenser nedskärningar och prioriteringarna får för patient - läkarförhållandet. Tillit och förtroende i detta förhållande är naturligtvis mycket viktigt för att uppnå ett bra behandlingsresultat.

Är det möjligt att prioritera i sjukvården utan att störa detta förhållande? Är det rimligt att läkaren skall behöva neka sin patient en behandling eller undersökning utifrån det skälet att den är "för dyr"? Vem skall bestämma vilken vård patienten skall få – politikerna eller läkaren?

Om varje patient var optimalt informerad och hade möjlighet att få den allra bästa tänkbara vård som hälso- och sjukvården hade att erbjuda skulle hälso- och sjukvårdssystemet inom kort kollapsa. Läkarna har därför fått en plikt att se till att tillgängliga resurser används på ett vettigt sätt och besluta om vad som är "tillräckligt bra" för den enskilda patienten.

Situationen hade varit annorlunda om läkarna inte överhuvudtaget hade behövt bry sig om kostnaderna. Nu tvingas de i många fall välja "näst bästa" alternativet för sin patient just för att fler skall få tillgång till resurserna. Det finns i denna situation ett bättre behandlingsalternativ (innebärande exempelvis säkrare behandlingsresultat, färre biverkningar etc.), men detta alternativ är för kostsamt och väljs bort för att fler patienter skall kunna bli hjälpta.

Det skall dock inte förnekas att många av de val/bortval som läkarna tvingas göra på grund av begränsade resurser skulle de behöva göra ändå, eftersom en del typer av behandlingar/undersökningar helt enkelt skulle anses strida mot "vetenskap och beprövad erfarenhet". Enligt 2 kap.1 § lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med både vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det finns flera exempel på situationer när en läkare kan neka sin patient en åtgärd på den grund att den kan anses strida mot "vetenskap och beprövad erfarenhet":

Om undersökningen eller behandlingen bedöms sakna betydelse eller inte kan tjäna något medicinskt syfte bör en läkare ha rätt att vägra sin medverkan till undersökning och behandling¹¹².

Slentrianmässig behandling eller behandling som inte har ett bestämt mål kan också anses som stridande mot "vetenskap och beprövad erfarenhet".

Samma sak gäller undersökningar eller behandlingar som utsätter patienten för en alltför stor risk i förhållande till den förväntade nyttan av åtgärden.

Flertalet val och bortval som görs på klinisknivå kan således inte endast läggas de ekonomiska åtstramningarna och de ökade förväntningarna till last utan motiveras utifrån begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet.

¹¹² Billum Susanne & Sahlin Jan, Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar, Norstedts Juridik AB Stockholm 1998 s.44

Prioterings inom hälso...

Så länge ett beslut inte strider mot patientens intresse kan det inte anses felaktigt att en läkare bryr sig om kostnadsaspekten. Om det finns två behandlingsalternativ som kan anses likvärdiga för patienten är det naturligtvis motiverat att läkaren väljer det minst kostsamma.

Denna enkla lösning går tyvärr inte att välja i alla fall. I vissa fall finns endast ett behandlingsalternativ. Om detta är kostsamt och på så vis tar resurser från andra patienter uppstår problem.

Åsikterna om hur läkarna skall ställa sig i sådana situationer går vitt isär. Vissa menar att läkaren endast skall se till den enskilde patientens bästa, medan andra anser att läkarna även måste ta hänsyn till sjukvården som helhet¹¹³.

Många önskar sig mer konkreta prioriteringsriktlinjer. Detta i kombination med det ökande kravet på bevisbaserad sjukvård kan dock få effekten att den kliniska friheten inskränks för den enskilde läkaren. Många befärar att de medicinska besluten kommer att granskas i allt större utsträckning. Det kommer finnas allt mindre utrymme för så kallat "sunt förnuft" och det gammaldags förtroendet för läkaren som en auktoritet ersätts av en hård granskning av slutresultatet. Detta kan leda till att läkarens position ändras från att vara patientens ombud till att bli en "bioteknologisk expert i produktionsteamet", med dubbla lojaliteter gentemot såväl patienten som huvudmannen¹¹⁴. Läkarna får en given mall att arbeta utifrån, och alla avvikelser kräver en väl genomtänkt motivation.

Det kommer inte längre räcka med en intuitiv känsla i svåra situationer. Troligtvis skulle den endast leda till stress och utbrändhet, eftersom man då inte kan sätta ord på varför man gjorde på det ena eller andra sättet¹¹⁵.

Eftersom många svåra problem är unika för vården kräver det enormt stor kunskap för att kunna sätta upp konkreta riktlinjer. Inom sjukvården tampas de yrkesverksamma med biologins stora variation och oförutsebarhet vilket gör att hundraprocentiga svar är ytterst sällsynta¹¹⁶.

Huvudmannens roll är många gånger tvetydig och begränsade resurser erkänns inte som förklaring till bristfällig vård i det enskilda fallet. Risken är att rädslan hos läkarna för att bli fällda kommer leda till att undersökningar drivs alltför långt. Det kommer att "datortomograferas och trombolyseras gallstensanfall" för säkerhets skull. Ingen läkare kommer längre våga förlita sig på sitt så kallade doktorssinne.

Eftersom det inte går att avskaffa resursbegränsningarna anser många inom läkarkåren att de ekonomiska åtstramningarna, bör göras synliga och skiljas ut från själva patient – läkarförhållandet. Man anser att detta är nödvändigt om det ömtåliga förhållandet mellan läkare och patient skall kunna

¹¹³ Nys Herman, Legal aspects of professional autonomy and therapeutic freedom of the physician in respect with health care prioritisation, Center of Biomedical Ethics and law, University of Leuven

¹¹⁴ Kesek Milos, Den problematiska läkarrollen i sjukvårdstidens kris, Läkartidningen 1997 vol.94 nr 34 s.2799-2801

¹¹⁵ Nilsson Inger, Mindre pengar kräver genomtänkt etik, Tandläkartidningen årg.91 nr 2 1999

¹¹⁶ Kesek Milos, Den problematiska läkarrollen i sjukvårdstidens kris, Läkartidningen 1997 vol.94 nr 34 s. 2799

Prioteringar inom hälso...

upprätthållas. Det är inte rimligt att läkarna själva skall tvingas ge resursmässiga argument en medicinsk förklädnad. Dessa riktlinjer måste synliggöras av huvudmannen¹¹⁷.

Lösningen skulle, trots risken för begränsningar i den kliniska friheten, vara tydligare och mer konkreta politiska riktlinjer för det kliniska arbetet, framarbetade genom ett nära samarbete mellan politiker, administratörer och yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

11. Prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård

Kommunerna berörs i hög grad av riksdagens beslut om prioriteringar. Utvecklingen av den offentliga förvaltningen har präglats av ett decentralistiskt synsätt vilket bland annat bidragit till att kommunerna fått fler uppgifter inom hälso- och sjukvården. Mer än en tredjedel av samhällets totala kostnader för hälso- och sjukvård ligger numera på den kommunala sidan¹¹⁸. Kommunerna har blivit sjukvårdshuvudmän och idag delas ansvaret för vissa grupper av patienter mellan landstingen och kommunerna¹¹⁹.

Genom den så kallade Ädelreformen (år 1992) fick kommunerna huvudansvaret för äldreomsorgen. Handikappreformen (år 1994) och psykiatrireformen (år 1995) medförde också ett utvidgat kommunalt vårdansvar¹²⁰.

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar gäller så kallade särskilda boendeformer och bostäder med särskild service och dagvård. I över hälften av länen har dessutom överenskommelser träffats om att kommunerna skall svara för hemsjukvården i ordinärt boende. Kommunerna skall svara för all hälso- och sjukvård som behövs i dessa boendeformer exkluderat läkarinsatser¹²¹.

Flera av de grupper som ingår i prioriteringsgrupp I finns huvudsakligen i kommunernas vård och omsorg. Kvalificerad omvårdnad av svårt sjuka – både fysiskt och psykiskt – jämföras i Prioriteringsutredningen med akut vård. Detta utgör starka skäl för att diskutera prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård¹²².

¹¹⁷ Kesek Milos, Den problematiska läkarrollen i sjukvårdstidens kris, Läkartidningen 1997 vol.94 nr 34 s.2799-2801

¹¹⁸ Lund Karin, Prioriteringsdelegationen och dess uppdrag, Dokumentation från prioriteringsseminarium, Borlänge 00-03-28

¹¹⁹ Prioriteringsdelegationens rapport "Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård" s.8

¹²⁰ SOU 1999:66 God vård på lika villkor? s.74-75

¹²¹ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s.61

¹²² Prioriteringsdelegationens rapport "Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård" s.3

Prioteringar inom hälso...

Då kommunernas verksamhet berörs i liten utsträckning både i Prioriteringsutredningens betänkande (SOU 1995:5) och i regeringens proposition (1996/97:60) får kommunerna ringa hjälp i prioriteringsfrågor av de dokument som ligger till grund för riksdagens beslut¹²³.

Inom den primärkommunala verksamheten sker prioriteringar mellan fler konkurrerande verksamheter än inom landstingen. För kommunerna handlar det om att fördela resurser mellan hälso- och sjukvården å ena sidan och verksamheter som utbildning, barnomsorg, infrastruktur, kollektivtrafik, bredband, idrott och annan kommunal service å den andra¹²⁴.

Förutom den prioritering som kommunerna måste göra *mellan* sina olika verksamhetsområden krävs naturligtvis också prioritering *inom* den kommunala hälso- och sjukvården. Det har visat sig att kommunerna prioriterar och lägger upp sin verksamhet på olika sätt. Det finns stora organisatoriska och verksamhetsmässiga variationer. Detta har Socialstyrelsen konstaterat i sin senaste översyn av Ädelreformen (1998)¹²⁵.

Även om det råder stora skillnader mellan kommunernas upplägg av vård och omsorgsverksamheten har vissa gemensamma riktlinjer vad gäller prioriteringar ändå kunnat skönjas. Socialstyrelsen har kunnat påvisa att insatserna riktas och begränsas till de allra äldsta, de ensamboende och till dem som behöver personlig omsorg. Tjänster som städning, matlagning och varuhemsändring har minskats vilket leder till att de som inte har de allra största behoven får allt mindre hjälp¹²⁶.

Denna utveckling mot allt mer kvalificerad vård och omsorg som leder till att färre patienter med större vårdbehov får det mesta av resurserna kan sägas vara resultat av en mer eller mindre medveten kommunal prioritering.

Det finns också tendenser som visar att stora grupper av äldre glöms bort i det kommunala vårdssystemet. Detta gäller till exempel äldre med psykiska besvär och äldre med reumatiska sjukdomar.

För att kunna prioritera på ett vettigt och effektivt sätt inom den kommunala verksamheten krävs precis som vid sedvanlig hälso- och sjukvårdsprioritering breda och relevanta kunskapsunderlag. Det har visat sig att bristen på kunskap och erfarenhet om hur resurser används och hur utfallet av använda resurser blir är påtaglig.

Eftersom tunga prioriteringsfrågor kommer beröra såväl landsting som kommuner i och med den nya prioriteringslagstiftningen måste huvudmännen öka sitt samarbete för att uppnå ett bättre helhetsresultat¹²⁷.

¹²³ Prioriteringsdelegationens rapport "Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård s.4

¹²⁴ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s. 62

¹²⁵ Prioriteringsdelegationens rapport "Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård" s.11

¹²⁶ SOU 1995:5 Vårdens svåra val s.62

¹²⁷ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.8

Det finns många svåra dilemman i den kommunala hälso- och sjukvården som ger anledning att reflektera över riksdagens beslut. Nedan ges några exempel som ger anledning till diskussion om den kommunala prioriteringen:

Äldre kroniker är en patientgrupp som ofta hamnar i skymundan. I kommunernas särskilda boendeformer bor många äldre som under stora delar av sitt liv varit kroniskt sjuka och på grund av detta haft en omfattande kontakt med landstingens specialistkliniker och rehabiliteringscenter. Riksdagsbeslutet om prioriteringar innebär att vård av svårt kroniskt sjuka och rehabiliteringsverksamhet är högt prioriterade. Det är naturligtvis viktigt att dessa patienter inte glöms bort, utan deras uttalade sjukvårdsbehov måste fortsätta att tas om hand i kommunerna. Ofta har lasarettet ställt upp med högklassiga rehabiliteringsinsatser, men när patienten skrivs ut tar det tvärt slut. Bristen på uppföljning innebär naturligtvis bortkastat kapital, både mänskligt och ekonomiskt¹²⁸.

Kommunerna är ansvariga för att ge äldre bistånd och omvårdnad enligt socialtjänstlagen (1980:620) samt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Funktionshindrade upp till 65 år kan ha rätt till personlig assistans enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. I den etiska plattformen som riksdagen slagit fast betonas att patientens ålder inte får användas som grund för prioriteringar. Om kommuner med begränsad ekonomi ser sig tvingade att ge en yngre funktionshindrad bistånd på bekostnad av en äldre person med mer omfattande behov, kan detta innebära att riksdagsbeslutet kommer på kollisionkurs med annan lagstiftning.

Ett tredje exempel på svåra dilemman som personalen i den kommunalt drivna hälso- och sjukvården har att brottas med är vården i livets slutskede. Många äldre önskar sig ett lugnt och värdigt slut. Den medicinsk-tekniska utvecklingen gör dock att möjligheten att förlänga liv blir allt större. Personalen i den kommunala hälso- och sjukvården kan känna ett starkt tryck från anhöriga att allt fler resurser skall ställas till förfogande för akut sjuka äldre patienter. Kraven kan uttryckas som kritik mot den kommunala vården samt krav på att de äldre skall skickas till landstingens intensivvårdsenheter¹²⁹.

12. Prioriteringar i ett internationellt perspektiv

Aktuella frågor rörande prioriteringar under det gångna decenniet har i en rad utvecklade i-länder varit vem som skall få tillgång till den offentligt finansierade vården samt vilka diagnoser som skall ha företräde.

De flesta OECD-länder med offentligt finansierad sjukvård har ansett det självklart att alla medborgare skall ha rätt till den offentligt finansierade sjukvården oavsett betalningsförmåga. Däremot har hittills

¹²⁸ Beskow Ann, Kommunperspektivet, dokumentation från prioriteringsseminarium, Borlänge 00-03-28

¹²⁹ Prioriteringsdelegationens rapport: "Om prioriteringar i kommunernas hälso- och sjukvård" s.12

Prioteringar inom hälso...

inget land kunnat undgå diskussionerna om vilka diagnoser som skall prioriteras när resurserna inte räcker till alla¹³⁰.

Många länder har i likhet med Sverige utvecklat nationella principer som grund för prioriteringar. Debatten om hälso- och sjukvårdssystemets roll i välfärdsstaten är en av förklaringarna till detta. En annan förklaring är den snabba medicinska utvecklingen som ökar förväntningarna på hälso- och sjukvården (se ovan sidan 5)¹³¹.

Under 90-talet har tendensen varit att prioriteringsprinciperna blivit alltmer explicita och att beslut om dem fattas inom det politiska systemets ram. Prioriteringsfrågorna har angripits på ett alltmer systematiskt sätt, med till exempel den så kallade Oregonlistan som ett exempel.

12.1 Oregon

Amerikansk sjukvård har under 90-talet präglats av att en ökande andel av landets totala resurser går till hälso- och sjukvård. Dessa resurser har visat sig vara ojämnt fördelade över befolkningen¹³².

I USA finns både privata sjukvårdsförsäkringar och ett skattefinansierat system inom hälso- och sjukvården. För personer med mycket låg eller ingen inkomst träder det skattefinansierade systemet Medicaid in i händelse av sjukdom¹³³.

Den så kallade *Oregonlistan* som implementerades 1994 var resultatet av delstatens ambition att omfördela ojämnt fördelade resurser i sjukvården. Cirka 700 diagnoser/behandlingsranger rangordnas från högsta till lägsta prioritet varav de översta 565 skall finansieras offentligt inom det så kallade Medicaid-programmet¹³⁴.

Genom sin tydlighet, omfattning, komplexitet och starkt utmanande karaktär utgör Oregonlistan en viktig drivkraft i den sjukvårdspolitiska debatten. Den har ansetts vara ett av de absolut strängaste prioriteringssystemen i världen¹³⁵.

Rangordningen i listan baseras på information från kliniker gällande behandlingsresultat samt på allmänhetens åsikter som inhämtats vid omfattande och ambitiöst genomförda telefonintervjuer och möten. En kommission av lekmän och professionella arbetade sedan fram listan efter olika kostnadsnyttoanalyser.

¹³⁰ Ham Chris, Internationell utblick, dokumentation från konferens om prioriteringar i vården 00-01-24

¹³¹ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.22

¹³² SOU 1995:5 "Vårdens svåra val" s.77

¹³³ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.24

¹³⁴ Ham Chris, Internationell utblick, dokumentation från konferens om prioriteringar i vården 00-01-24

¹³⁵ Hallgårde Ulf och Holmström Stefan, Ingen "onödig" vård med amerikanska mått mätt, Läkartidningen vol. 95 nr 15 1998 s.1679-1682

Oregonreformens främsta syfte, att en större del av befolkningen fick ökad tillgång till grundläggande sjukvård, uppnåddes. Tidigare var 245 000 invånare försäkrade i Medicaid, men med Oregonlistan fick ytterligare 120 000 fattiga tillgång till sjukvård.

Oregonmodellen speglar specifikt amerikanska förhållanden och är avsedd att på bästa sätt fördela resurser för de patienter som utesluts från vården på grund av låg betalningsförmåga¹³⁶.

Reformen har också fått stark kritik. Bland annat har den kritiserats för att vara alltför detaljerad och för att det tas för lite hänsyn till etiska aspekter. Den beaktar inte den möjliga nyttan för en enskild patient utan utgår från ett genomsnitt av patienter.

Dessutom har den kritiserats för att nästan alla diagnoser faller inom ramen för det som finansieras offentligt. Det har visat sig väldigt svårt att exkludera något.

Positivt med listan är att prioriteringsfrågorna lyfts fram på den politiska dagordningen och till öppen, allmän debatt. Försöken i Oregon har gett värdefulla erfarenheter för andra länder. Många länder har tagit efter idén att ge en kommission nyckelrollen för att ta fram nationella prioriteringsriktlinjer¹³⁷.

12.2 Nederländerna

Även Nederländerna var med bland "prioriteringspionjärerna". 1992 tillsattes en kommitté – Dunning-kommittén – med uppdrag att komma med förslag till en prioriteringsmodell med Oregon-modellen som förebild. Den så kallade *Dunningrapporten* definierade ett baspaket av hälso- och sjukvårdstjänster som alla medborgare skulle ha rätt till inom ramen för offentlig finansiering¹³⁸. Man föreslog sedan fyra prioriteringsprinciper som skulle bestämma om en viss sjukvårdstjänst skulle ingå i detta baspaket.

De fyra principerna var följande:

- Det måste finnas ett behov, det vill säga åtgärden måste anses nödvändig
- Insatsen måste vara dokumenterat effektiv
- Insatsen måste vara kostnadseffektiv
- Tillståndet och insatsen måste vara sådant att ansvaret inte kan överlämnas till den enskilde patienten

Genom att låta varje beslut i vården passera detta "filter" hoppas man kunna sälla ut vad som bör ingå i baspaketet. Utvärderingar av medicinsk teknologi och hälsoekonomiska studier ansågs viktiga redskap i reformarbetet. Man underströk också vikten av att den medicinska professionen deltar i

¹³⁶ SOU 1995:5 "Vårdens svåra val" s.78

¹³⁷ Ham Chris, Internationell utblick, dokumentation från konferens om prioriteringar i vården 00-01-24

¹³⁸ Ham Chris, Internationell utblick, dokumentation från konferens om prioriteringar i vården 00-01-24

Prioteringar inom hälso...

arbetet genom att utarbeta standarder för vad som anses vara försvarliga sjukvårdstjänster samt bidra med vetenskapliga riktlinjer för det kliniska arbetet.

Precis som i Oregon har idén om att utesluta vissa sjukvårdstjänster från baspaketet visat sig mycket svårt att genomföra och i princip övergivits av regeringen. Man har infört en ny strategi för prioriteringar som istället inriktar sig på att de tjänster som redan ingår i baspaketet är effektiva och används på rätt sätt.

Prioriteringsriktlinjer har utvecklats inom områdena förebyggande hälsovård, behandling samt omsorg.

I fråga om *behandling* är riktlinjerna följande:

- Akut vård vid livshotande sjukdom
- Akut vård i de fall hälsoproblem leder till förlust av viktiga funktioner
- Icke akut vård i händelse av livshotande sjukdom
- Icke akut vård i händelse av sjukdom som kan leda till förlust av viktiga funktioner
- Vård vid kroniska sjukdomar för att förebygga eller minska permanenta funktionshinder

Riktlinjerna för *omsorg* är följande:

- Vård av människor med allvarligt mentalt eller fysiskt handikapp, vård i livets slutskede, psykiatriska och psykiatriska patienter
- Professionell omvårdnad i hemsjukvården
- Stöd till personlig omvårdnad av kroniskt sjuka patienter i hemmet
- Stöd till hushållstjänster i samband med vård i hemmet

Prioriteringarna inom den *förebyggande hälsovården* är:

- Kollektiva nyttigheter och kontroll av infektionssjukdomar
- Hälsöfrämjande åtgärder i syfte att påverka människors beteende
- Tidig upptäckt av livshotande sjukdomar och sjukdomar som leder till funktionshinder

Prioriteringar mellan och inom de tre kategorierna skall göras utifrån en bedömning av behandlingseffektivitet samt kostnadseffektivitet¹³⁹.

12.3 Nya Zeeland

¹³⁹ SoS-rapport 1999:16 ”Prioriteringar i sjukvården – beslut och tillämpning” s.26-28

Prioteringar inom hälso...

Nya Zeeland har ett statligt hälso- och sjukvårdssystem som är generellt och skattefinansierat. 1992 tillsattes en kommitté i Nya Zeeland för att definiera en kärna av hälso- och sjukvård som skall ingå i den allmänna hälso- och sjukvårdsförsäkringen. Syftet var att öka tillgängligheten samt få en jämnare resursfördelning.

Resultatet blev att vissa hälsoområden prioriterades som till exempel psykisk hälsa, drogmissbruk, barnhälsovård och integrerad samhällsservice¹⁴⁰. Det ansågs *inte* ändamålsenligt att rangordna enskilda diagnoser/behandlingar.

Låg prioritet ansågs bland annat följande ha:

- Meningslös förlängning av liv
- Onödig användning av medicinsk högteknologi
- Kirurgiska åtgärder som endast ett fåtal patienter har nytta av
- Åtgärder med låg kostnadseffektivitet

Vidare skulle man fokusera på vissa frågor som exempelvis att öka patientinflytandet, sträva mot en bättre helhetssyn på patientens sjukdom, att prevention skall prioriteras högre än kurativ verksamhet samt att livskvalitet skall vara viktigare än livsförlängning¹⁴¹.

12.4 Storbritannien

I Storbritannien ger hälsodepartementet årligen ut riktlinjer för prioriteringar. Samtidigt har de lokala hälsomyndigheterna ett vidsträckt ansvar inom sina respektive områden. Man har skapat ett beställar–utförarsystem med syfte att skapa konkurrens mellan vårdproducenterna och därmed erhålla högre effektivitet i sjukvården. Ansvarsfördelningen mellan beställarna och utförarna och det stora lokala självstyret har resulterat i betydande skillnader mellan olika geografiska områden, skämtsamt kallat "prioritering efter postnummer"¹⁴²! I praktiken har det inneburit att ansvaret för prioriteringar återförts till den kliniska nivån och i samband med detta har de också återgått till att bli dolda och outtalade.

Denna utveckling har resulterat i att frågan om sjukvårdens effektivitet alltmer satts i centrum. Effektiviteten skall främjas genom satsningar på utvärdering av medicinska metoder och genom riktlinjer för klinisk nivå baserade på analyser av klinisk effektivitet samt kostnadseffektivitet. Regeringen har inrättat ett nationellt institut – National Institute for Clinical Excellence – med uppgift att arbeta fram kliniska riktlinjer som i sin tur kan ligga till grund för nationella riktlinjer framöver. Ytterligare en central myndighet – Commission for Health Improvement – har tillkommit och skall bidra till effektivare prioriteringar på främst klinisk nivå. Den brittiska regeringen är således på väg att skapa

¹⁴⁰ Ham Chris, Internationell utblick, dokumentation från konferens om prioriteringar i vården 00-01-24

¹⁴¹ SOU 1995:5 "Vårdens svåra val" s.79-80

¹⁴² Ham Chris, Internationell utblick, dokumentation från konferens om prioriteringar i vården 00-01-24

Prioteringar inom hälso...

förutsättningar för mer effektiv prioritering, men inför allmänheten förnekas behovet av prioriteringar inom hälso- och sjukvården fortfarande¹⁴³.

12.5 Norge

Norge var det första västerländska land som presenterade nationella riktlinjer för hälso- och sjukvårdsprioritering. De första kom redan 1987. Då dessa första riktlinjer inte riktigt fick önskad effekt (bland annat fick inte vissa högt prioriterade patientgrupper som till exempel psykiskt sjuka, svårt kroniskt sjuka samt äldre patienter en förbättrad situation) tog den norska regeringen nytt initiativ 1996 att uppdatera och vidareutveckla dessa riktlinjer.

1997 redovisades den nya utredningen i "Prioritering på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringen innen norsk helsetjeneste" (NOU 1997:18)¹⁴⁴.

Det nya systemet för prioriteringar skall bygga på *expertgrupper* som föreslår prioriteringar inom sina respektive områden. Deras bedömningar av faktorer som förväntad nytta, diagnosers svårighetsgrad och kostnadseffektivitet skall sedan användas för att klassificera eller rangordna tillstånd och åtgärder i fyra olika prioriteringsgrupper.

Följande prioriteringsgrupper har föreslagits av den norska Prioriteringsutredningen:

I Grundläggande hälso- och sjukvård

II Kompletterande hälso- och sjukvård

III Lågt prioriterad hälso- och sjukvård

IV Hälso- och sjukvård som inte bör finansieras offentligt

Den första prioriteringsgruppen innehåller grundläggande vård och omsorg, rehabilitering, palliativ vård i livets slutskede, behandling vid livshotande tillstånd och andra hälso- och sjukvårdsinsatser som bedöms som nödvändiga i ett baspaket av vård. Idén med denna prioriteringsgrupp är att insatserna skall ha ett *begränsat antal*, men de bör kunna tillhandahållas i en så stor omfattning att de *täcker behovet*.

I ett välfärdssamhälle som Norge finns det många tjänster utöver den ovan beskrivna grundläggande vården som bör finansieras offentligt. Dessa tjänster har placerats i prioriteringsgrupp II. Det rör sig om diagnostik, utredning, screening, samt behandling och rehabilitering som har stor förväntad

¹⁴³ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.28-29

¹⁴⁴ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning" s.33

Prioteringar inom hälso...

medicinsk nytta och rimlig kostnadseffektivitet. Det är i motsats till prioriteringsgrupp I inte självklart att det finns resurser för att tillgodose hela behovet i denna prioriteringsgrupp.

I prioriteringsgrupp III finns hälso- och sjukvårdstjänster som är lågt prioriterade, men *kan* vara medicinskt nyttiga och då finansieras offentligt, alternativt erbjudas mot full betalning eller betalning som står i proportion till prioriteringsgrad.

Prioriteringsgrupp IV innefattar åtgärder som *inte* bör finansieras med offentliga medel, till exempel åtgärder utan dokumenterad nytta eller insatser för tillstånd som inte kan klassificeras som sjukdom.

12.6 Lärdomar för Sverige

Det är viktigt att komma ihåg att prioriteringsmodellerna i de olika länderna är knutna till de enskilda ländernas egna sjukvårdssystem. Skillnader i historia, lokala traditioner och värderingar gör att en modell inte oförändrad kan överföras från ett land till ett annat¹⁴⁵.

Även ländernas olika ekonomiska förutsättningar gör naturligtvis att prioriteringsfrågorna markant skiljer sig mellan länderna. Detta blir väldigt tydligt om man tänker sig situationen för invånarna i en fattig by på landsbygden i exempelvis Zimbabwe. Här är problemen och möjligheterna att få vård helt annorlunda än för invånarna i de västerländska länderna. Diskussionerna här handlar inte om genteknik, assisterad befruktning, hormonbehandling eller skönhetskirurgi. Fokus ställs här av förklarliga skäl på de allra mest basala behoven¹⁴⁶.

Trots olikheterna mellan länder är det fruktbart att lära av andras erfarenheter. Det ökade trycket på hälso- och sjukvården, den snabba medicinska utvecklingen är faktorer som utgör gemensamma utmaningar för sjukvårdssystemen i olika länder i västvärlden¹⁴⁷.

En gemensam utgångspunkt för flera prioriteringsutredningar har varit att prioritera genom att definiera vilka sjukdomsgrupper eller sjukvårdstjänster som bör finansieras offentligt respektive vilka som bör falla utanför den offentliga finansieringen.

Internationella erfarenheter visar att en sådan uppdelning endast varit möjlig att driva igenom i delstaten Oregon. Det måste då också påpekas att den genomförts inom ramen för Medicaid som är en selektiv offentlig sjukvårdsförsäkring för låginkomsttagare.

¹⁴⁵ Lind Jan, Prioriteringar i sjukvården – en process utan enkla svar, Läkartidningen vol.93 nr 43 1996

¹⁴⁶ Hermerén Göran, Priorities and Resource Allocation: Problems, Principles and Procedures, Gothenburg Conference 99-04-22

¹⁴⁷ SOU 1995:5 "Vårdens svåra val" s. 75

Prioteringar inom hälso...

I Europa och i Nya Zeeland har den här typen av prioritering visat sig omöjlig att genomföra eftersom den inte haft stöd hos befolkningen. Idén om att prioritera genom att utesluta vissa diagnoser eller behandlingsmetoder har därför i praktiken övergivits som huvudstrategi i Europa och i Nya Zeeland¹⁴⁸.

Om en uttrycklig lista över åtgärder som tillhandahålls inom sjukvården (Oregonlistan) betraktas som en motpol i prioriteringsfrågor kan man se de breda etiska principer som de nordiska länderna (däribland Sverige) utformat som den andra motpolen. Någonstans däremellan hamnar länder som Nya Zeeland och Nederländerna som beskriver en basal sjukvård för alla ("basic package")¹⁴⁹.

Inget land verkar ha kunnat komma ifrån diskussionerna om vilka diagnoser som skall prioriteras när resurserna tryter, men den nya huvudstrategin har istället blivit att utveckla metoder och styrmedel som säkrar att de resurser som finns tillgängliga används effektivt och på det mest ändamålsenliga sättet. Detta skifte av huvudstrategi är intressant att notera för svensk del. Länder med generella välfärdssystem har haft stora svårigheter när de försökt komma till rätta med prioriteringsfrågorna genom att till exempel utesluta hela patientgrupper eller vissa sjukvårdstjänster. Denna tendens ser vi även i Sverige. Den allmänna opinionen har inte velat stödja denna typen av prioriteringsarbete. Istället har fokus lagts på effektiviseringar, utvärdering av medicinsk teknologi, studier av hälsoekonomiska tekniker och förbättringar inom systemet som helhet.

Även värderingsfrågor är av stor betydelse i prioriteringsfrågor. Ett gemensamt drag i utvecklingen är en strävan att få med den medicinska professionen i debatten om prioriteringar och att få de yrkesverksamma i vården att delta i arbetet med att ta fram underlag för både politiska och kliniska prioriteringsbeslut. Flera länder försöker också involvera befolkningen i debatten.

Att vara tydlig och konkret i prioriteringsfrågor kan många gånger bli mycket kostsamt politiskt sett. Det kan innebära problem med massmedia, allmänhet och opinion¹⁵⁰. Massmedia tenderar ofta att fokusera och föra fram enskilda utmärkande fall som väcker starka reaktioner. Risken med detta är att allmänheten endast ser toppen på isberget och missar bakomliggande fakta.

För att kunna delta i en seriös diskussion om prioriteringar och förstå de kliniska besluten krävs en viss grundläggande kunskap som till exempel information om de ökande kostnaderna för sjukvården, insyn i de demografiska förändringarna, kunskap om gapet mellan tillgång och efterfrågan etc.

Det är också viktigt att veta vilka resurser och valmöjligheter som finns tillgängliga samt vari bristen består. Är det brist på tid, pengar, adekvat utrustning, sjukhusplatser, läkemedel eller kvalificerad personal? Svaren på detta varierar beroende på vilket land frågan gäller även om den generella trenden ser relativt lik ut i de västerländska industrialiserade länderna¹⁵¹.

¹⁴⁸ SoS-rapport 1999:16 "Prioriteringar i sjukvården – beslut och tillämpning" s.35

¹⁴⁹ Lind Jan, Prioriteringar i sjukvården – en process utan enkla svar, Läkartidningen vol.93 nr 43 1996

¹⁵⁰ Ham Chris, Internationell utblick, dokumentation från konferens om prioriteringar i vården 00-01-24

¹⁵¹ Hermerén Göran, Priorities and Resource Allocation: Problems, Principles and Procedures s.2

Prioterings inom hälso...

Massmedia visar ett stort intresse när enskilda "drabbas" av prioriteringsbeslut. De principiella frågorna är inte lika "heta" och får därmed mindre utrymme. Detta ställer oerhört stora krav på ett tydligt och tålmodigt förklarande från hälso- och sjukvårdens aktörer. För att förstå de enskilda besluten måste man först ha förståelse för de etiska problemen. Politiker och sjukvårdspersonalen måste kunna argumentera och stå upp för riktlinjerna och förmedla varför de är bra för samhället som helhet. Det måste gå att få acceptans även för beslut som kan tyckas obekväma¹⁵².

13. Sammanfattning

Trots försök till effektiviseringar och andra produktivitetshöjande insatser inom sjukvården ser man sig i flertalet västländer, däribland Sverige, tvingad att arbeta fram olika typer av prioriteringsmodeller.

Bakgrunden är bland annat den snabba biomedicinska utvecklingen, de begränsade resurserna, ökade förväntningar samt de demografiska förändringarna som sammantaget bidrar till att hälso- och sjukvården får ett allt större tryck på sig. Köerna växer trots att vårdens totala produktion faktiskt ökar.

Sverige fick ny lagstiftning inom prioriteringsområdet 1997. Detta innebär att det numera finns en allmän prioriteringsregel i 2 § HSL, som lägger fast att den som har det största behovet skall ha företräde till vården.

Vidare fastslås att prioriteringar inom vården skall bygga på den så kallade etiska plattformen med de tre grundläggande principerna (människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen).

Med dessa principer som grund har därefter riktlinjer, bestående av fyra prioriteringsgrupper lagts fast.

Tyvärr har det visat sig att effekterna av den nya lagstiftningen inte riktigt levt upp till förväntningarna. Många anser att riktlinjerna är för allmänt hållna, vilket innebär att de yrkesverksamma inte får tillräcklig vägledning i sitt kliniska arbete. Inom vissa områden följs inte riksdagsbeslutet alls, som vid exemplet med behandling av ofrivillig barnlöshet.

Generellt sett saknas sammanhållna och långsiktiga strategier för styrning när det gäller resursanvändning och prioritering ute i landstingen och kommunerna. Samverkan och samordning mellan huvudmännen är på många håll bristfällig.

Den kanske viktigaste slutsatsen när det gäller prioriteringsfrågor är konstaterandet att de innehåller mycket komplicerade och svåra ställningstaganden.

¹⁵² Ham Chris, Internationell utblick, dokumentation från konferens om prioriteringar i vården 00-01-24

Prioteringar inom hälso...

Professor Chris Ham, University of Birmingham uttryckte på en prioriteringskonferens i Stockholm i januari 2000 att "prioriteringsarbetet är ett maratonlopp, inget sprinterlopp".

Förutsättningarna för hälso- och sjukvårdsprioritering förändras successivt vilket gör att debatten ständigt måste hållas levande och aktörerna måste vara "up to date".

Eftersom prioriteringar till mycket stor del rör värderingar och etiska dilemman finns det inga enkla beslut eller lösningar. En mycket viktig slutsats, just av den anledningen att frågorna är av känslig natur, är det väsentliga i att prioriteringsdebatten sker på ett öppet sätt. Både i Sverige och på många ställen internationellt är målsättningen att engagera såväl politiker, yrkesverksamma som befolkningen i prioriteringsdiskussionen. Prioriteringsprocessen måste omfatta alla.

Det faktum att den nya lagstiftningen och debatten runt denna skapat en diskussion kring prioriteringsfrågorna måste ses som en vinst. För att gå vidare måste man börja med att konstatera att problemet med ökad efterfrågan och begränsade resurser verkligen finns.

Massmedias intresse har visat sig stort för området, men tyvärr har journalister ofta lyft fram enskilda, tragiska fall, vilket riskerar att ge en felaktig bild av verkligheten bakom besluten.

Det skulle föra mycket gott med sig om media bidrog till att skapa större kunskap om de principiella frågorna.

14. Egna reflektioner/avslutning

När man studerar effekterna av det svenska riksdagsbeslutet om prioriteringar framgår det tydligt att vägen från nationella beslut om riktlinjer för prioriteringar till en väl fungerade, systematisk tillämpning är lång.

De lärdomar man kan dra från internationella erfarenheter visar samma sak.

Man måste dock hålla i minnet att riksdagsbeslutet landade i en mycket svår verklighet. Medborgarna har via massmedia ständigt pumpats med nya forskningsrön och information om banbrytande behandlingsmetoder samt signaler om vårdgarantier och valfrihet. Detta har lett till att förväntningarna blivit oerhört stora och vuxit långt förbi resurserna.

Debatten om prioriteringar har blivit mer öppen de senaste åren, vilket är positivt. Enligt min uppfattning bör Sverige nu vara redo att ta ännu ett steg vidare i prioriteringsprocessen.

Prioteringar inom hälso...

Diskussionen om prioriteringar får inte klinga av utan måste istället intensifieras. Det krävs ett mer uthålligt och sammanhållet arbetssätt av politiker, administratörer och den medicinska professionen.

Inom vissa landsting finns initiativ till medicinska samrådsgrupper innebärande att landstingsledningen tillsammans med sjukvårdspersonal och medicinsk expertis tar fram program för olika sjukdomsgrupper. Dessa program skall ligga till grund för både de kliniska prioriteringarna och politiska fördelningsbeslut.

Initiativ till professionell kunskapsbildning i prioriteringsarbetet är utomordentligt bra! Det är en förutsättning om politiker och professionella skall kunna förklara riktlinjerna och argumentera för varför de är bra för samhället.

Om riktlinjerna skall kunna göras mer konkreta och vissa diagnoser i framtiden till och med skall kunna uteslutas från den offentliga finansieringen måste det gå att få acceptans även för obekväma beslut.

Eftersom trycket på sjukvården växer allt mer ser det inte ut som om det inom överskådlig tid går att komma ifrån prioriteringar. Effektiviseringar och omorganiseringar förslår inte i "sjukvårdskrisens tid". Snarare kommer allt tuffare val/bortval vara oundvikliga. Därför verkar det vara nödvändigt att det politiska systemet klarar av att bli ännu tydligare i prioriteringsfrågorna.

Prioterigar inom hälso...

Källförteckning

Litteratur

Billum Susanne & Jan Sahlin, Hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden och ansvar, Norstedts Juridik, Upplaga 1:2, Stockholm 1998

Prioteringar inom hälso...

Westerhäll Lotta, Medical Law An Introduction, Norstedts Juridik, 1st edition, Stockholm 1994

Offentligt tryck

Statens Författnings Samling

SFS 1982:763 hälso- och sjukvårdslagen

Propositioner

Prop. 1996/97:60

Prop. 1999/2000:1

Statens Offentliga Utredningar

SOU 1995:5 Vårdens svåra val - Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen

SOU 1999:66 God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården

Direktiv

Dir. 1997:135 Delegation för uppföljning av riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården

SoS-rapporter

SoS-rapport 1990:9 Organtransplantationer – En översikt -

SoS-rapport 1998:8 Provrörsbefruktning i Sverige - En lägesbeskrivning 1997

SoS-rapport 1999:16 Prioriteringar i sjukvården – Beslut och tillämpning

Artiklar

Berg Ole, Beyond Leftism and Statism Health Policy Priority Setting and the Emergence of a New Health Policy Regime, Center for Health Administration, University of Oslo

Bäsén Anna, Landstingen följer inte riktlinjer för prioriteringar, Dagens medicin, nr 47 1999

Calltorp Johan, Kvalitetsutveckling i vården – dags för strategiska val! Läkartidningen vol. 96 nr 21 1999

Eriksen Tor & Elfstrand Tommy, The doctor's certificate – "in the place of" – when a medical threatment method is missing, Centre for public health research, Karlstad

Forslind Elisabeth, De som bäst behöver hjälp trängs undan i vårdkön, Vårdfacket häfte 10 1999

Prioteringar inom hälso...

Hallgärde Ulf & Holmström Stefan, Ingen "onödig" vård med amerikanska mått mätt, Läkartidningen vol. 95 nr 15 1998

Hermerén Göran, Priorities and Resource Allocation: Problems, Principles and Procedures, Gothenburg Conference, Handelshögskolan 1999-04-22

Johnsson Kristina, Politisk samstämmighet om prioriteringar, Läkartidningen vol. 94 nr 10 1997

Johnsson Kristina, Prioriteringar ska baseras på grundläggande etiska principer, Läkartidningen vol.94 nr 1-2 1997

Johnsson Kristina, Socialutskottet säger ja till prioriteringspropositionen, Läkartidningen vol.94 nr 13 1997

Jönsson Sten & Tengblad Stefan, Health care in retrenchment – experience of ethical problems among accountants, School of Economics and Commercial Law Göteborg University

Karlberg Ingvar, betänkandet är kostnadsdrivande!, Läkartidningen vol.93 nr 47 1996

Kesek Milos, Den problematiska läkarrollen i sjukvårdstidens kris, Läkartidningen vol.94 nr 34 1997

Kjönstad Asbjörn, New legal principles of patient prioritisation, University of Oslo

Lind Jan, Debatten ger effektivare vård och då slipper vi prioritera? Läkartidningen vol.90 nr 50 1993

Lind Jan, Hur klarar vi besparingskraven i avvaktan på att resurser frigörs? Läkartidningen vol. 92

Lind Jan, Prioriteringar i sjukvården – en process utan enkla svar, Läkartidningen vol. 93 nr 43 1996

Lind Jan, Skriv in de etiska principerna i Hälso- och sjukvårdslagen, Läkartidningen vol.92 nr 10 1995

Liss Per-Erik, Vilket är målet för hälso- och sjukvården? Läkartidningen vol.91 nr 41 1994

Nielsen Klemme Morten, Summing up: To complexity and beyond, Department of Medical Ethics, Lund University, Sweden

Nilsson Ingert, Mindre pengar kräver genomtänkt etik, Tandläkartidningen Årg. 91 nr 2 1999

Nilstun Tore & Ohlsson Rolf, De svagaste drabbas radikalare grepp krävs, Läkartidningen vol. 91 nr 13 1994

Nordström-Eriksson Annelie, Hur skall prioriteringsbeslutet få genomslag i landsting och kommuner, Landstingsvärlden nr 36/99

Prioteringar inom hälso...

Nys Herman, Legal aspects of professional autonomy and therapeutic freedom of the physician in respect with health care prioritisation, Center of Biomedical ethics and Law, University of Leuven (Belgium)

Ottosson Jan-Otto, Solidaritet högt mål men är det radikalt? Läkartidningen vol. 93 nr 39 1996

Prioriteringsutredningen, Ge vård efter människovärde, behov och effektivitet, Läkartidningen vol. 90 nr 45 1993

Riis Povl, Health professionals and the level of responsibility for prioritisation

Sandell Rolf, Fredelius Gunilla & Schubert Johan, Prioritering – en konflikt mellan olika intressen, Läkartidningen vol. 94 nr 11 1997

Sprengel Vivianne, "Ger man sig katten på att prioritera de äldre så går det", Landstingsvärlden nr 1 2000

Steinmeyer Heinz-Dietrich, European integration and healthcare, University of Münster School of Law, Germany

Sveriges läkarförbund (PRIOR), Prioritera – varför och hur? Läkartidningen vol.90 nr 3 1993

Söderström Lars Consumer sovereignty as a priority devise in health care Department of Economics Lund University 1999-04-23

Westerhäll Lotta, Welcome-speech at the Prioritisation Conference 99-04-22

Welin Stellan & Persson Anders, Priority Setting in Medical Research and the Health Care System – the Swedish Case, Center for Research Ethics, Göteborg University

Williams Alan, Tydligare definitioner och bättre fakta krävs, Läkartidningen vol. 93 nr 39 1996

Internet

Prioriteringsdelegationens hemsida (www.prio.gov.se)

Socialstyrelsens hemsida (www.sos.se)

Spris hemsida (www.spri.se)

Prioterigar inom hälso...
