

Prioriteringsplattformen kan stärka förtroendet för vården

EN STÖTTA FÖR RÄTTVIS FÖRDELNING AV VÅRA GEMENSAMMA RESURSER

Prioriteringsplattformen [1] anger centrala idéer om sjukvårdens mål och värden. Bakom principerna finns grundläggande värderingar, som de ger uttryck för. Det är dessa värderingar som är det centrala - de formulerar sjukvårdens uppdrag.

Dessa värderingar och principer kan och bör ligga fast, även om förutsättningarna och samhället förändras. Nedläggning av mindre sjukhus, nätläkare, privatisering av äldreården, privata sjukförsäkringar, tithålskirurgi, antibiotikaresistens, debatten kring Oregon-modellen liksom demografiska förändringar kan göra det angeläget att tydliggöra plattformen, men inte att förändra den genom att t ex öppna för åldersdiskriminering eller slopa rangordningen mellan principerna.

Hälso- och sjukvården behöver en i alla dimensioner väl genomtänkt prioriteringsplattform för att undvika godtyckliga och orättvisa fördelningar av våra gemensamma resurser.

Genomtänkta värderingar normerar praxis

Sjukvård är en heterogen verksamhet, som bedrivs under olika förutsättningar och med skiftande metoder inom ett stort antal områden. Men det är inte praxis som ska normera verksamheten och styra värderingarna, utan det är våra väl ge-



Göran Hermerén, senior

professor
• goran.hermeren@med.lu.se



Nils-Eric Sahlin,

professor; båda avdelningen för medicinsk etik, Lunds universitet

nomtänkta värderingar som ska normera praxis, vilket vi tidigare hävdade i en artikel i Läkartidningen [2].

Samhället, sjukdomspanorama och sjukvårdens möjligheter att förebygga och bota har ändrats i många avseenden sedan antiken, inte minst genom nya upptäckter. Vissa grundläggande värderingar beträffande sjukvårdens uppdrag har en lång historia, och att de är gamla är ingen invändning mot dem. En relevant invändning skulle däremot kunna vara om det fanns en bred enighet i sam-

hället om att sjukvårdens grundläggande uppdrag t ex ska vara att i första hand hjälpa dem som bidrar till att öka produktionen i samhället, t ex företagsledare och anställda i produktiv ålder.

Skillnaden mellan den praxis som bedrivs (och som kan studeras empiriskt) och de normer som ska styra verksamheten är fundamental. Men i detta sammanhang blir också en annan distinktion viktig: den mellan sjukvårdens mål och förutsättningarna för att med framgång uppnå dessa mål, vilka kodifierats i en rad lagtexter, särskilt hälso- och sjukvårdslagen.

Målsättningen kan vara oförändrad, även om förutsättningarna ändras (t ex högre priser för vissa insatser, demografiska förändringar, nya vetenskapliga genombrott, tillgång på kvalificerad personal). Ändrade förutsättningar kan innebära att man får arbeta på ett annat sätt eller göra andra val, men den grundläggande målsättningen kan ändå ligga fast.

Prioriteringsbeslut på olika nivåer

Prioriteringsbeslut fattas som bekant på olika nivåer, t ex i riksdagen beträffande resurser till sjukvården, i regioner beträffande resurser till vissa sjukhus eller i sjukhusledning beträffande resurser till vissa verksamheter eller kliniker.

Beslut som fattas på högre nivå har konsekvenser för de beslut som fattas på lägre nivå genom att de anger ramar för vad som är möjligt - i sista hand för de beslut

FAKTA 1. Prioriteringsplattformen

PRIORITERINGSPLATTFORMEN (SOU 1995:5) har tre grundläggande principer:

- Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället (människovärdesprincipen).
- Resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst (behovsprincipen).
- Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas (kostnadseffektivitetsprincipen).

PLATTFORMEN ÄR VIKTIG för att den anger sjukvårdens uppdrag i ett välfärds-samhälle. Hälsorelaterade behov ska styra fördelningen av sjukvårdens resurser. Ingen ska diskrimineras på grund av t ex kön, ekonomisk och social ställning, politisk eller religiös åsikt, sexuell läggning eller ålder.

som läkaren har att fatta i mötet med sin patient.

Läkaren och vårdteamet ska under professionellt ansvar tillämpa plattformen. Detta innebär i första hand att med utgångspunkt från tillgänglig evidens bedöma patientens behov (tillståndets allvar) och olika möjliga insatsers effekt, i andra hand att ta hänsyn till dessa insatsers kostnadseffektivitet, i den mån tillförlitliga uppgifter om alternativens kostnadseffektivitet finns tillgängliga.

Regeln om räddning, »rule of rescue«, som ofta formuleras som »a perceived duty to save endangered life where possible« [3], kan skapa problem på flera sätt, givet vissa tolkningar. Anta att regeln tolkas så att man ska jämföra tillståndet och behoven hos den patient läkaren har framför sig med vilka och hur många icke-identifierade liv man kunde rädda om resurserna i stället satsas på förebyggande arbete. Dessa beslut måste tas på en högre nivå. Detta förutsätter då att det finns belägg

HUVUDBUDSKAP

- Prioriteringsplattformen formulerar centrala idéer om sjukvårdens mål och värden. De kan och bör vara oförändrade, även om förutsättningarna att uppnå dem ändras.
- Gränserna för de behov som samhället anser att den offentliga sjukvården ska tillgodose kan ändras utan att de grundläggande målen överges.
- Plattformen kan bidra till att förbättra förtroendet för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

för att de preventiva insatserna har effekt. Det är inte rimligt att förvänta sig att en enskild läkare ska göra denna typ av överväganden, även om en läkare har ett professionellt ansvar att förklara för sin patient varför vissa möjliga behandlingar inte prövas eller sätts in.

Tanken i Prioriteringsutredningen var att plattformens principer och de centrala och rangordnade idéerna om människovärde, behov och effekt liksom (underordnat) kostnadseffektivitet ska styra tilldelningen på alla dessa nivåer. Befolkningens behov ska kartläggas genom epidemiologiska studier. Ingen har behov av behandlingar som inte har effekt, alltså måste deras effekt klarläggas - i medvetande om att det som statistiskt sett visat sig ha effekt i en viss undersökt population kanske är verkningsslöst på den patient läkaren har framför sig.

Distinktion mellan behov och efterfrågan

Distinktionen mellan behov och efterfrågan är av grundläggande betydelse, även om den inte är knivskarp. Behov och efterfrågan kan kombineras, men patienter kan också efterfråga sådant de inte har behov av [4]. Samhället kan också ändras i synen på vilka behov som är mest angelägna och som bör tillgodoses av sjukvården. Även om man utgår från och accepterar distinktionen mellan behov och efterfrågan, kan man skilja mellan mer eller mindre angelägna behov. Alla tillstånd är inte lika allvarliga.

Patienter kan efterfråga t ex obesitas-kirurgi, tillväxthormon för kortväxta eller livmodertransplantation för kvinnor som fötts utan livmoder. Men härav följer inte att dessa behov måste tillgodoses av den offentligt finansierade sjukvården. Här har alla aktörer i samhället ett kollektivt gemensamt ansvar för att komma fram till en samsyn om sjukvårdens uppdrag.

Vid en viss tidpunkt kan samhället anse att en del av dessa behov inte är så angelägna att det bör ingå i den offentliga sjukvårdens uppdrag att tillgodose dem. Vid en senare tidpunkt kan detta ändras. Det omvända kan också föreligga. Det som aktualiseras är frågan om behovsgränser (inom ramen för samhällets ekonomiska och tekniska resurser), inte distinktionen mellan behov och efterfrågan.

Glidning mot efterfrågestyrd vård

Även om behov och efterfrågan kan sammanfalla måste man se upp med glidningen mot efterfrågestyrd vård. Det som efterfrågas är inte alltid ett medicinskt behov som måste behandlas, då undergrävs hälso- och sjukvårdens ekonomi. Patienters makt och rätt till inflytande har betonats i en rad utredningar. Men dessa

utredningar innebär inte att plattformen ska överges. Inte heller vårdgarantin innebär att plattformen ska överges [5].

Efterfrågestyrd sjukvård kan leda till att plånbokens tjocklek får stort inflytande och att resurser läggs på att tillgodose sådant som efterfrågas men inte har täck-

»Även om behov och efterfrågan kan sammanfalla måste man se upp med glidningen mot efterfrågestyrd vård.«

ning i behov, eller sådant som har täckning i behov men som samhället inte anser att den offentliga vården ska tillgodose. Kanske kan det också innebära att medicinska behov inte kommer att tillgodoses i full utsträckning.

Efterfrågan kan manipuleras genom skicklig marknadsföring, genom medialt och socialt tryck. Det finns också personer som är för sjuka, för fattiga eller av andra skäl inte efterfrågar sådant som de har behov av. Det är naturligtvis ett problem att vissa läkemedelsföretag sätter mycket höga priser på en del av sina produkter. Men detta löser man inte genom att överge eller modifiera plattformen, inte heller genom att gå med på hemliga avtal mellan beställare och producent för att företagen lättare ska kunna variera priserna på olika marknader.

»Man bör hålla fast vid plattformen«

De grundläggande värderingarna kan alltså ligga fast, medan behovsgränserna kan ändras. Detta kan bero på nya upptäckter, på att vetenskapliga genombrott presenteras och marknadsförs på ett skickligt sätt, att kontakt tas med patientföreningar och lobbyorganisationer eller att människors preferenser ändras - ibland genom att nya alternativ och valmöjligheter skapats.

För egen del anser vi att man bör hålla fast vid plattformen. En viktig motivering är att den bidrar till att behålla och stärka förtroendet för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Den humanitära målsättningen förändras i grunden om man exempelvis ska öppna för att ta hänsyn till produktionsbortfall och påverkan på konsumtionen eller ta hänsyn till ålder, vilket föreslagits i Norge (NOU 2014:12, NOU 2018:6).

Rika konsumerar mer än fattiga, alltså skulle de gynnas i sådana valsituationer. Arbetslösa och pensionärer bidrar mindre till produktionen än de som har arbete, alltså skulle de missgynnas i prioriterings-situationer. En central idé bakom plattformen är att behov och effekt ska styra. Alla ska ha samma rätt att få sina rättigheter tillgodosedda. Ingen ska diskrimineras på grund av ekonomisk ställning, etniskt ursprung, religion, politiska åsikter, kön eller ålder när det gäller att få hjälp att tillgodose behov som vi (samhället) gemensamt beslutat att den offentliga sjukvården ska tillgodose.

Utgångspunkt för beslut i svåra frågor

Det var aldrig tänkt att prioriteringsplattformen skulle tillämpas mekaniskt för att lösa alla prioriteringsproblem i vården. Den skulle vara en utgångspunkt för arbetet med prioriteringar, så att man med dess hjälp tillsammans med tillgänglig empirisk evidens om behov, effekt och kostnader skulle fatta robusta och välgrundade beslut i svåra frågor.

Men inget redskap kommer till användning om inte de som ska använda det får utbildning och träning i när och hur redskapet ska användas. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2020;117:FTSF

REFERENSER

1. SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet; 1995.
2. Hermerén G, Sahlin NE. Kostnadseffektivitetens roll vid prioriteringar. Värderingarna ska normera praxis. Läkartidningen. 2018;115:E6DU.
3. McKie J, Richardson J. The rule of rescue. Soc Sci Med. 2003;56(12):2407-19.
4. Hermerén G. Prioriteringar: val och värden i vården. Vetenskapssocietetens årsbok 2014. Lund: Vetenskapssocieteteten i Lund; 2014. p. 65-96.
5. Vahlne Westerhäll L, Ekerstad N. Vårdgaranti vs prioriteringar - hur följer vården lagen? Läkartidningen. 2019;116:FMM7.

SUMMARY

The priority-setting platform and its conditions

The platform for priority-setting contains key ideas about the mission, goals and values of health care in Sweden. The basic idea is that health care resources should be distributed primarily according to need and effect, and secondarily according to cost-effectiveness. Nobody should be discriminated against on the basis of their gender, age, religion, ethnic origin or political views. We also need to distinguish between the health-related needs that we, as a society, have agreed should be met by publicly funded health care and needs for which there is no such agreement. The mission of health care can, and ought to, remain unchanged, even if, or as, this classification changes. The platform should not be abandoned, since it helps to maintain trust in our publicly financed health care system.