

ska lille Pelle inte få sin specialdator.« De två döva barnen belades med skuld, kommenterar Dencker.

**Inför hotet om en ny debatt** i medierna beslutade sjukhusdirektören att ta pengarna från annat håll. Resultatet blev färre flygtransporter vid sjukresor och minskat användande av bärbara personaldatorer.

Nu svängde även de andra landstingen. Samtliga landsting som samarbetade med kokleasektionen vid Karolinska sjukhuset i Huddinge gav grönt ljus åt dubbla implantat, inklusive Stockholms läns landsting. Tidigare var det bara Västmanland som låtit »vanliga« döva barn få implantat på båda öronen.

– Föräldrarna trodde inte att det fanns någon chans, därför frågade de inte heller efter ett andra implantat. Det var bara i Östersund som det blev strid, och först då började föräldrarna i andra landsting



Reaktionen från kollegerna på Östersunds sjukhus var att samma sak kunde hända dem.

kräva ett andra implantat. De fick ja av sina landsting, berättar Eva Karltorp, chef för kokleasektionen i Huddinge.

Idag opereras det för fullt. Sektionen

ter på kliniken.

har fått extra operationstid, och 1–2 barn i veckan får nu sitt andra implantat. Man har även fått 50 procents rabatt av tillverkarna på det andra implantatet.

Trots all massmedial press är Ola Lindqvist ändå nöjd med hur det hela slutade:

– Jag var själv först mer skeptisk, men blev mer positiv efter att jag pratat med Eva Karltorp. Jag är glad att de fick sina implantat och att det i slutändan inte gick ut över några andra patienter på kliniken.

Text och foto: **Ulf Knutson**  
frilansjournalist

## »Prioriteringar måste diskuteras öppet«

**E**va Karltorps område, koklea-implantaten, är ett bra exempel på hur den medicinska utvecklingen ställer nya krav på sjukvården.

– Bara i Australien sitter 200 forskare som enbart sysslar med koklea-implantat. Tekniken med signalbearbetning utvecklas brett, samtidigt som reläerna blir allt mindre och snabbare. I bästa fall märker man knappt att personer med implantat är hörselskadade, säger hon.

I Östersund betonar de medicinskt ansvariga vikten av att agera i förväg, innan svåra prioriteringar blir till akuta problem.

– Vi blev tagna på sängen av ny teknik som börjar användas innan den hunnit utvärderas. Frågan är om vi idag har tålamod att vänta på en utvärdering, säger Carsten Dencker fundersamt.

Gunnar Moa tycker att fallet med kokleabarnen är ett perfekt exempel på de frågor som prioriteringar ställer och kommer att ställa än mer i framtiden.

– De illustrerar att teknik- och kunskapsutvecklingen medför allt högre krav. Ny sjukvård, i frontlinjen, tenderar att alltid förse sig med resurser. Vi kommer att få upprepade liknande diskussioner, särskilt när det gäller väldefinierade patientgrupper som ger ett fokus. Det blir nästan en diskussion om enskilda individer, samtidigt som mer dolda behov hamnar i strykklass.

**Ola Lindqvist berättar att** på Östersunds sjukhus var reaktionen från kollegerna

att samma sak kunde hända dem. Ett exempel som nämndes var att det bara är en tidsfråga innan någon patient kräver att få en defibrillator inopererad. En dyr operation.

Svenska Läkaresällskapet har de senaste åren arbetat mycket med prioriteringsfrågorna. Förra året kom Prioriteringskommitténs slutrapport »Öppna prioriteringar i hälso- och sjukvård«.

– Öppna prioriteringar är ganska oprövat. Men, ska man prioritera så måste det vara öppet, säger Thomas Ihre, som var ordförande i kommittén.

I sin rapport visar Läkaresällskapet att det finns väldigt få internationella erfarenheter av att prioriteringar görs öppet. I Sverige är det Östergötlands landsting som fått ett nationellt uppdrag att arbeta med öppna prioriteringar.

Ihre tror att det är en oundviklig utveckling. Både ekonomin och bristen på utbildad personal kräver att man prioriterar.

– Ett exempel är röntgen. Hur länge har vi tillräckligt många duktiga radiologer? Redan idag är det köer till MR-undersökningar.

**Även Gunnar Moa tror att** prioriteringsdiskussionen måste bli öppnare, men att Östergötlandsmodellen med »svarta listor« ändå bara är en marginalföreteelse.

– I Östergötland ska de svarta listorna stå för ett 30-tal miljoner av ett totalt sparbetning på 300 miljoner. Den stora strukturförändring som pågår rör inga listor på, säger han men fortsätter:

– För hälso- och sjukvårdens legitimitet, med mindre resurser, är det ändå nödvändigt att hitta en ordning med öppnare prioriteringar. Förtroendet för sjukvården kräver att allmänheten ska kunna förstå hur resurserna fördelas.

Men i en sådan dialog tror han personligen inte att svarta listor är ett bra hjälpmedel.

– I Östergötland har de gjort ett bra arbete med en öppen dialog med brukargrupper, men jag är skeptisk mot att hantera diskussionen med allmänheten via listor. Det blir så många om och men i listor. Ta åderbräck till exempel – vi har inget idiotstopp, innebär det ett lidande så opererar vi.

**Gunnar Moa har lett en arbetsgrupp** som föreslagit ett gemensamt prioriteringsråd, med både politiker och representanter för professionen. Politikerna sa nej på landstingsfullmäktige i juni, de ville bara ha tjänstemän och profession i ett sådant råd.

– Den stora uppgiften för prioriteringsrådet är att utveckla en modell för prioriteringar. Det är ett minerat område för politiker, tror Moa.

Thomas Ihre är tydlig på den punkten:

– I Östergötland har man en samverkan mellan profession och politiker. En öppen prioritering kräver att alla involverade parter är ense och ställer upp för varandra, betonar han.

**Ulf Knutson**