

# Vård efter behov eller maximerad hälsa?

Prioriteringsutredningens förslag har fått dåligt genomslag i praktiken. I stället har vårdgarantin blivit ett alternativ till prioriteringar. Prioriteringscentrums förslag ger upphov till flera invändningar, bl a att hälso- eller nyttomaximering inte garanterar vård åt patienter med stora behov. Den praxis som vårdgarantin innebär kan inte utan närmare etisk analys upphöjas till etisk norm, betonar Jan-Otto Ottosson.

**A**tt ge hälsomaximering samma etiska status som den lagfästa principen att patienter med störst behov skall ha företräde i vården skulle äventyra kvaliteten av vården av svåra kroniska sjukdomar. Även patienter i livets slutskede, liksom de med nedsatt autonomi och de som lider av ovanligt resurskrävande sjukdomar, riskerar att få sämre vård. Allmän vårdgaranti har kommit att bli ett alternativ till prioriteringar, men om patienter i första hand fick vård enligt behovs- och solidaritetsprincipen skulle en kombination av prioriteringar och vårdgaranti tillvarata fördelarna hos båda sätten att fördela sjukvårdsresurser.

I artikeln om sjukvårdens prioriteringar inbjuder Prioriteringscentrum i Linköping till debatt [1]. Dess eget förslag är att inte låta behovs- och solidaritetsprincipen ha prioritet över kostnadseffektivitetsprincipen utan låta dem balanseras inbördes från fall till fall. Det innebär en avvikelser från Prioriteringsutredningens



**JAN-OTTO OTTOSSON**  
professor em i psykiatri, Göteborg; sekreterare i Prioriteringsutredningen  
janotto@brikks.com

en, som föreslog att den enskilda patientens behov i första hand skulle vara styrande och, när detta väl hade skett, att en avvägning skulle ske mellan kostnader och effekt av olika behandlingsalternativ [2].

**Prioriteringsutredningens** förslag fick stark uppslutning i riksdagen och resulterade i ett tillägg till Hälso- och sjukvårdslagen med innebörden att patienter med störst behov skall ha företräde i vården [3]. Lagen har emellertid fått ett dåligt genomslag i lands- och kommuner. Inte heller rikspolitikerna har levt upp till den lag de själva har stiftat. I stället har både den dåvarande och den nuvarande regeringen förordat allmän vårdgaranti, som kommit att bli ett alternativ till prioriteringar.

Vårdgarantin har fördelen av att utjämna trycket på vårdresurserna i landet men passar inte för alla patienter. I praktiken har den kommit att gälla flyttbara patienter med skador och sjukdomar av relativt lindrig svårighetsgrad och med behov av tillfällig eller kortvarig art.

**För att skiljelinjerna** skall bli tydliga kan de olika principerna för prioritering behöva klargöras. *Människovärdesprincipens* hegemoni har inte

ifrågasatts. Alla människor har lika värde och samma rätt. Principen innebär att social ställning, inkomst, personliga egenskaper och andra icke medicinska förhållanden inte får ligga till grund för prioriteringar.

I stället skall *behovs- och solidaritetsprincipen* vara styrande. Större behov går före mindre, och i solidaritetens namn får mindre svårt sjuka och skadade stå tillbaka för dem med allvarigare tillstånd. Eftersom det alltid varit självklart att livshotande akuta tillstånd prioriteras i vården ville utredningen särskilt framhålla svåra kroniska sjukdomar. Man skall ha rätt till vård när man som bäst behöver den och har sämst möjlighet att själv sörja för den. Brister i sådan vård rimmar illa med Sveriges offentliga och solidariskt finansierade sjukvård. Utredningen framhöll också att samhället har ett särskilt ansvar för att ge god vård i livets slutskede, liksom för att bereda vård åt sjuka med nedsatt förmåga till självbestämmande.

*Kostnadseffektivitetsprincipen* innebär att en rimlig relation skall eftersträvas mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet.

*Nyttoprincipen* innebär prioritering av insatser som gör störst nytta för flest människor. Samhällsnyttan väger tyngre än nyttan för enskilda patienter. Prioriteringsutredningen tog avstånd från nyttoprincipen.

**Prioriteringscentrums förslag** ger upphov till flera invändningar.

1. **Kostnadseffektivitetsprincipen** och **nyttoprincipen** förväxlas. Man börjar med att ge samma primära etiska status åt behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen och glider sedan över till att likställa kostnadsef-

ektivitetsprincipen med nyttoprincipen.

2. Förslagets huvudsakliga innebörd är att behovs- och solidaritetsprincipen skall balanseras med nyttoprincipen så att enskilda patienters behov vägs mot samhällsnyttan (hälsomaximering). Det finns exempel där den individuella nyttan sammanfaller med samhällsnyttan, men i grunden är nyttoprincipen oförenlig med behovs- och solidaritetsprincipen.
3. Hälso- eller nyttomaximering garanterar inte vård åt patienter med stora behov. Hit hör svåra kroniska sjukdomar, somatiska såväl som psykiska, som kräver livslång vård med god kontinuitet, ovanligt resurskrävande sjukdomar, liksom vård i livets slutskede och av människor med nedsatt autonomi.
4. Den praxis som vårdgarantin innebär kan inte utan närmare etisk analys upphöjas till etisk norm. Framför allt måste konsekvenserna för olika patientgrupper klarläggas.

Även om hälsomaximering och prioritering enligt behovs- och solidaritetsprincipen är oförenliga skulle en symbios mellan prioriteringar och vårdgaranti kunna ta till vara fördelarna hos båda sätten att fördela sjukvårdsresurser. En förutsättning är att patienter i första hand fick vård enligt behovs- och solidaritetsprincipen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

1. Ekerstad N. Ny etisk plattform för sjukvården – exit Hippokrates? Läkartidningen. 2007;104: 2936-7.
2. Prioriteringsutredningens slutbetänkande. Vårdens svåra val. SOU 1995:5.
3. Hälso- och sjukvårdslag. SFS 1997:142.