

Prioriteringar i hälso- och sjukvården

Region Skånes etiska råd
Region Skåne
JA Hedlunds väg
291 89 Kristianstad

ISBN 978-91-7261-260-0

© Region Skånes etiska råd och författarna
Grafisk form Johan Laserna
Tryckt av Media-Tryck, Lunds universitet,
Lund 2013

Innehåll

Förord · 5

Ingalill Rahm Hallberg

Prioriteringar: plattformen och problemen · 9

Göran Hermerén

Vem vill vara rationell? · 25

Carl Hampus Lyttkens

Prioriteringar – en allt större del
av dagens och framtidens sjukvård? · 41

Åsa Hallgårde

Hur kan medborgare och patienter involveras
i utformningen av hälso- och sjukvården? · 47

Ulrika Winblad

”Är du nyttig lille vän?” – om produktionspåverkan,
konsumtionspåverkan och den svenska etiska
plattformen för prioriteringar · 63

Lars Sandman och Emelie Heintz

Medverkande · 95

Förord

Ingalill Rahm Hallberg

Prioriteringar i hälso- och sjukvården är kanske en av nutidens största utmaningar för de politiker som styr verksamheten och för de anställda som ska utföra uppdraget. Det finns inget som säger att utmaningarna ska minska i framtiden. Tvärtom tyder allt på att de kommer att bli ännu större. För politikerna handlar det om att tolka befolkningens vilja och verkställa den med de begränsade resurser som står till buds. För att klara de utmaningar som politiker ställs inför handlar det i hög grad om att få befolkningen att förstå och acceptera de beslut som fattas vad gäller vilka verksamheter som ska ha större respektive mindre utrymme. Det i sin tur kräver transparens i besluten och diskussionen som föregår beslut. Kommunikationen med befolkningen är således en viktig uppgift och kan skapa förståelse och respekt för de prioriteringar som beslutas om eller det motsatta, dvs. brist på respekt och förståelse. I varje beslut som fattas om att finansiera en behandling, verksamhet eller liknande fattas också indirekt ett beslut om att något annat får stå tillbaka. Vad som får stå tillbaka är mera oklart. Politikerna har huvudsakligen ansvar för den horisontella prioriteringen, den som bland annat innebär att verksamheter ställs mot varandra.

De anställda ska hantera såväl de politiska besluten som det tryck som kommer från befolkningen om vilka insatser man vill ha för sin egen eller för närståendes del. I vardagen innebär det också att patienters olika behov ställs mot varandra och behandlaren ska besluta om vem som ska gå före och vem som ska stå efter. I praktiken kan det innebära att svårt sjuka personer med i stort samma behov och med i stort samma svårighetsgrad i sitt tillstånd ska ställas mot varandra. Samspelet mellan de anställda och politikerna och synlighet i beslut som fattas om fördelning av resurser är synnerligen viktigt för att samstämmighet om prioritering kommuniceras utåt och att budskapet ska bli tydligt för befolkningen. De anställda i sin tur behöver redskap för att hantera den utmaning som de dagligen ställs inför och som främst handlar om vertikal prioritering, dvs. prioritering främst inom den egna verksamheten.

En betydelsefull förklaring till att prioritering blir en allt viktigare fråga är det faktum att gapet konstant ökar mellan den finansiella basen för hälso- och sjukvård och vad som är möjligt att göra i meningen behandling eller interventioner av olika slag. Insatser i början av livet, för det ofödda barnet, för det för tidigt födda barnet och för moder och barn under de första känsliga åren har utvecklats dramatiskt. På samma sätt har effektiva interventioner utvecklats och möjliggjorts för äldre, ingrepp och interventioner som tidigare inte var möjliga. Även behandlingsstrategierna har utvecklats vilket innebär att vårdtider kortats betydligt och det i sin tur innebär att fler kan behandlas inom samma tidsrymd som tidigare endast en patient kunde behandlas på.

Det ökande kravet på prioritering tillskrivs oftast den

demografiska förändringen mot allt fler äldre i befolkningen. Det faller sig naturligt eftersom de flesta sjukdomar är åldersrelaterade. Det är emellertid inte den enda förklaringen. En annan förklaring är det som skulle kunna kallas den medicinska paradoxen. Den medicinska utvecklingen har inneburit att personer i långt högre grad än tidigare överlever sjukdomar som tidigare innebar att de avled efter en kortare eller längre tid. Den framgångsrika behandlingen innebär dock inte att man i de flesta fall blir botad utan att man fortsatt lever med en kronisk sjukdom som kräver insatser av olika slag och över en betydligt längre tid. Denna kommentar kan tyckas dyster men den innehåller också en del positiva dimensioner. I SCBs rapport om levnadsvillor för äldre; arbete, ekonomi, hälsa och socialt nätverk 1980 jämfört med 2003 redovisas en signifikant förbättring av den självskattade hälsan i åldersgrupperna 65–74 år samt 75–84 år medan långvariga sjukdomar ökat signifikant i dessa åldersgrupper. Kontinuerlig läkemedelsbehandling hade ökat signifikant i alla åldersgrupper; 55–64, 65–74, 75–84 och 85 år och äldre. På den positiva sidan rapporteras förbättrad arbetsförmåga för grupperna 65–74 och 75–84 år och förbättrad rörlighet rapporteras i samtliga åldersgrupper utom i gruppen 85 år och äldre. Således är det en mixad bild som både indikerar mer långvarig sjukdom och mer medicinsk behandling men också förbättrad självrapporterad hälsa, arbetsförmåga och rörlighet. Det senare är en resurs för samhället då det innebär förmåga att delta i samhällets samlade insatser.

Texterna i denna skrift baseras på en konferens som Region Skånes etiska råd anordnade under 2012. Den initierades eftersom etiska rådet återkommande i mötet

med anställda i hälso- och sjukvården och i de lokala etiska råden uppmärksammats på att prioritering är en utmaning som man inte känner att man lyckats hantera på ett tillfredsställande sätt. Till konferensen inbjöds ett antal personer för att belysa prioriteringsproblematiken ur olika perspektiv. Föreläsarna har välvilligt bidragit inte bara till att genomföra en intressant konferens utan också dokumenterat sina föredrag och gjort det möjligt för etiska rådet att ge ut denna skrift. Därmed ökar konferensens överlevnad och intresserade kan ta del av den kunskap som författarna ställt till förfogande. Ett särskilt tack till Lars Sandman och Emelie Heintz som bidragit med en fördjupande text som handlar om den svenska etiska plattformen och särskilt reflekterar över effekterna av att även införliva aspekter som produktions- och konsumtionspåverkan.

Skriften belyser prioritering ur olika perspektiv och på en övergripande och mera konkret nivå. Därutöver belyses delaktighet, befolkningens och patienternas i utformningen av hälso- och sjukvård samt rationalitet där den enskildes intresse och behov av hälso- och sjukvård ställs mot det gemensamma och fördelningen av resurserna. Som ordförande i Region Skånes etiska råd vill jag framföra ett varmt tack till författarna för de intressanta och tänkvärda bidragen. Jag hoppas att denna skrift blir till glädje både i vårdens vardag och för de som har att fatta beslut om hur resurserna ska användas till gagn för befolkningen.

Prioriteringar: plattformen och problemen

Göran Hermerén

ETIK, POLITIK OCH PRIORITERINGAR

Enligt en artikel i SDS den 20 okt 2012 nekas patienter på vissa sjukhus dyra läkemedel. Zytiga, som används vid avancerad prostatacancer, har visat sig öka medianöverlevnaden med 4,6 månader. Medicinen är inte skatte-subventionerad och ges till patienter i Göteborg men inte till patienter i Stockholm. Där får patienterna stå för kostnaden själva, drygt 30 000 per månad. Är detta rättvist? Artikeln aktualiserar också frågan: Vad är en acceptabel kostnad för att förlänga livet en månad på en svårt sjuk människa?

Redan 2003 presenterade landstinget i Östergötland den s.k. svarta listan över bortprioriterad vård. Det var modigt, men den mediala kritiken blev förödande. 2005 var det dags igen. Men deras nya förslag till prioriteringslista såg denna gång helt annorlunda ut. Landstinget i Östergötland ville nu satsa 45 miljoner extra på tolv prioriterade sjukdoms- och behovsgrupper, bl.a. barn med behov av cochlea(hörsel)implantat, barn med inflammatoriska ledsjukdomar, unga med ätstörningar, läkemedel

till personer med livshotande cancersjukdomar, operation för gravt feta personer och fler dialysplatser för patienter med njursvikt.

Det är alltid lättare att föreslå vad man skall öka satsningen på än vad man skall säga nej till eller senarelägga. Och politikerna undviker så gott det går att ta tag i dessa frågor inför ett val. Det är svårt att vinna väljare, i varje fall kortsiktigt, på att gå ut och förespråka neddragningar av vården för vissa grupper.

LANDSKAP I FÖRÄNDRING

Antalet människor på jorden ökar. Befolkningens sammansättning ändras. Allt fler blir allt äldre och har flera diagnoser samtidigt. Därmed ändras även sjukdomspanoramata. Demenssjukdomar, Alzheimers sjukdom och fetma (obesity) är vanligare nu än förr. Vi vill ha nya, effektivare och billigare läkemedel, men kostnaden för nya läkemedel ökar. De blir ofta effektivare men också dyrare, vilket skapar problem bl.a. inom cancervården.

Även sjukvården förändras, och inom vissa områden sker förändringen snabbt. Detta gäller t.ex. inom reproduktionsteknologin. Det finns nu en rad nya metoder som kan användas för att avhjälpa ofrivillig barnlöshet, exempelvis nedfrysning av könsceller och äggstocksvävnad, 'designer babies', embryodonation, surrogatmoderskap i olika former, livmodertransplantation och i framtiden kanske artificiella livmödrar utanför kroppen.

Dessa och liknande metoder aktualiserar inte bara risk-vinstbedömningar, där förväntade vinster skall vägas såväl mot risker för fysiska och psykiska skador på patienter som mot risken att viktiga värden i vår kultur under-

mineras. De aktualiserar också prioriteringsproblem: Vem betalar? Vem får hjälp nu? Vem får vänta? Vem blir utan? På vilka grunder? Kritiker har nyligen beskrivit variationerna mellan landsting när det gäller behandling av patienter med hjärnskador som ett vårdlotteri – där den behandling som erbjuds beror på patientens bostadsort. Är sådana skillnader godtagbara?

Med tanke på att det slås fast i Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf att vård skall bedrivas på lika villkor kan man också fråga om skillnader mellan den offentliga vården och den privata – liksom mellan olika landsting – när det gäller t.ex. åldersgränser och antalet fria behandlingar i samband med provrörsbefruktning kan försvaras etiskt. Med vilka argument? Prioriteringsfrågorna blir alltmer påträngande och är en viktig del av sjukvården idag.

SVÅRIGHETERNA OCH DERAS ORSAKER

Vilka är då problemen och vad beror de på? Problemen beror på en kombination av olika omständigheter, inte bara nya och mer kostsamma diagnostik- och behandlingsmetoder, utan också bl.a. demografiska förändringar och förändrade anspråk.

Nya metoder eller nya behandlingar införs dessutom ibland av en enskild kliniker eller klinik, någon gång utan att de är väl utvärderade och inte sällan utan särskild finansiering. Väl pålästa patienter (inte minst via internet) ökar efterfrågetrycket. Men efterfrågan ställd till befolkningens behov är inte alltid klarlagd ordentligt. När väl nya behandlingar eller läkemedel införts är de ofta svåra att avveckla.

Medierna är också en viktig aktör på den hälsopolitiska arenan. Genom ”hemma-hos”-reportage kan opinioner väckas och vändas. Fokus är ofta på enskilda fall, inte på bakomliggande strukturer och system. Medicaktioner kan göra det svårt för politiker att stå emot – och hålla fast vid beslut de tidigare varit med om att fatta.

Prioriteringsproblemen är därför utomordentligt svåra både teoretiskt, praktiskt och politiskt. Konstruktiva och långsiktigt hållbara lösningar förutsätter samarbete mellan etiker, ekonomer och medicinska specialister av olika slag samt med patienter och deras företrädare. Dessa problem är dessutom flerdimensionella, vilket ökar svårigheterna. Här finns många viktiga variabler att beakta:

- tillståndets eller sjukdomens svårighetsgrad,
- behandlingars positiva (chans till medicinsk nytta) och negativa effekt (risk för fysisk och psykisk skada),
- kostnaden för behandlingar, i varje enskilt fall och totalt
- alternativ till behandlingen, inom rimligt avstånd
- sjukdomens vanlighet – det senare viktigt för att kunna beräkna totalkostnaden

Även kostnaden för omvårdnad, inte bara den medicinska interventionen, bör självfallet beaktas i detta sammanhang.

Några kommentarer till dessa variabler:

Beträffande effekter av insatser – liksom av uteblivna eller försenade insatser – är det viktigt att skilja mellan positiva och negativa effekter, och att minnas att det som är positivt för den ene kan vara negativt för någon annan. När positiva och negativa effekter av medicinska insatser

skall diskuteras är det alltså klargörande att skilja mellan frågorna "Vilken nytta?" och "Vems nytta?"

Om man inte skiljer mellan positiva och negativa effekter utan slår ihop dem och redovisar resultatet som överlevnad eller livskvalitet, så kan bilden bli missvisande. Dessutom framhåller Prioriteringsutredningen att "nytta i vårdsammanhang skall ses från individens och inte från ett samhällsekonomiskt perspektiv. Rehabilitering är således av nytta om den leder till förbättring av den enskildes livskvalitet, även om återgång till arbete inte är möjligt" (s. 111).

Men skall nytta för andra aldrig beaktas? Jo, det kan vara rimligt att ta hänsyn även till sådan nytta t.ex. vid vaccinationer eller när det gäller anhöriga till ALS-patienter, vars liv ofta påverkas av de patienternas sjukdom.

Alternativ till behandlingen bör självfallet också inventeras. Antalet dyra cancermediciner har ökat betydligt sedan Prioriteringsutredningen publicerades. Vad hade vi kunnat få för pengarna om de använts på något annat sätt? Man bör alltså jämföra alternativa behandlingar beträffande kostnad och effekt. Men då kan nya svåra gränsdragningsproblem uppstå. Frågan blir vad som skall räknas som alternativ och om alternativa behandlingar skall jämföras på orten, i regionen, i landet eller i EU.

Två jämförelsevis enkla fall föreligger om frågorna nedan båda besvaras med ja.

- Är effektskillnaden liten men kostnadsskillnaden stor?
- Är kostnadsskillnaden liten men effektskillnaden stor?

Men det finns, som framgår av diagrammet nedan, också andra kombinationer och en rad glidande övergångar;

både kostnadsskillnaden och effektskillnaden kan ju graderas.

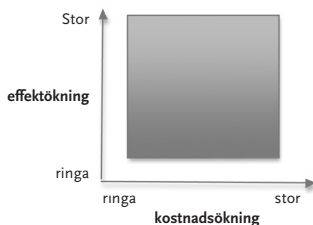


Fig. 1. Dimensionerna kostnads- och effektivitets-skillnader vid prioriteringsbeslut. Kvadratens fyra hörn markerar fyra olika kombinationer, mellan vilka det finns glidande övergångar.

Ytterligare en dimension är volymen. Många tycker nog inte att sjukdomars vanlighet skall spela någon roll. Ovanliga tillstånd kan man betala mer för just därför att de är ovanliga. Det finns naturligtvis en gradskillnad mellan vanligt och ovanligt; sjukdomar kan vara mer eller mindre vanliga. Dessutom kan det som först är ovanligt senare bli vanligt – eller tvärtom. Men frågan är om inte ekonomisk realism förutsätter att vi beaktar totalkostnaden och dessutom frågar när kostnaden för ovanliga sjukdomar blir alltför hög.

Det finns ett etiskt krav på att ha ett ordentligt kunskapsunderlag när beslut fattas som är avgörande för individer och grupperns hälsa och livskvalitet. Det gäller också när kostnader och effekter av omvårdnad beräknas.

Två speciella svårigheter i detta sammanhang är att det (a) här finns stora kunskapsluckor; det blir därför mycket grova uppskattningar. Krav på överdriven exakthet kan leda vilse. I bästa fall kan vi på ett icke godtyckligt sätt

hantera fyra kvantitativa kategorier av varje variabel: mycket stor, stor, liten och obetydlig. Vidare gäller tyvärr (b) att de olika variablerna inte samvarierar med varandra: högt värde när det t.ex. gäller sjukdomens svårighetsgrad kan mycket väl kombineras med lågt värde på åtskilliga andra variabler.

Problemen kan illustreras med ett exempel. Diagrammet i nästa bild kan varieras på många sätt och bygger på flera förenklade antaganden: att grå starr inte är särskilt allvarligt, effekten av operation mycket stor, risken liten och volymen betydande, medan barnleukemi är mycket allvarlig om den inte behandlas, effekterna av behandling stora och risken liten, liksom volymen. Det är jämförelsevis enkelt att jämföra ett alternativ som ligger högt på alla variabler (utom risken och kostnaden!) med ett som ligger lågt på alla (utom risken och kostnaden!). Men tyvärr är de enkla fallen sällsynta.

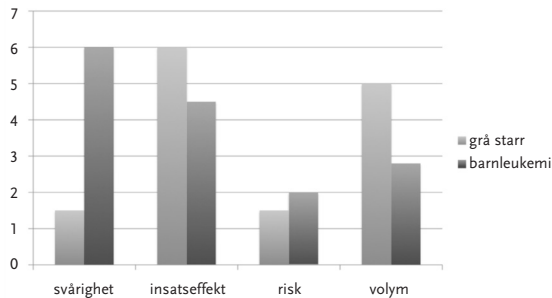


Fig 2. De ljusgrå staplarna betecknar grå starr och de mörkgrå barnleukemi. De jämförs schematiskt med avseende på (1) tillståndets svårighet eller allvar, (2) ingreppets effekt, (3) risken för biverkningar och (4) volym eller vanlighet.

Kombinationen av (a) kunskapsluckorna och (b) bristen på samvariation mellan variablerna gör att det i många fall blir svårt att dra bestämda slutsatser. Men detta är i och för sig ingen invändning mot den s.k. etiska plattformen, som anger vilka värden och principer som ytterst skall ligga till grund för prioriteringar i vården i Sverige. Den bygger på grundläggande idéer om sjukvårdens ideologi och uppdrag.

ETIKEN OCH PLATTFORMEN

Sjukvårdens ideologiska grund och mål är enkelt uttryckt att den som är sjuk eller skadad och behöver hjälp skall få hjälp. Solidariteten med de drabbade är en viktig utgångspunkt. Etiken bakom prioriteringarna kommer att i praktiken spela en viktig roll vid ställningstagandet till svåra fördelningsproblem. Den bör därför synliggöras och bli föremål för diskussion – detta är väsentligt i ett öppet, demokratiskt samhälle.

Etiken måste kritiskt och konstruktivt analysera både mål och medel i sjukvården.

Målen inkluderar att lindra lidande, bota sjukdom eller skada och återställa och förbättra hälsa och livskvalitet. Men dessa kan tolkas på flera sätt och kommer ibland i konflikt med varandra. Medlen är de personella, tekniska och ekonomiska resurserna. Det gäller naturligtvis att använda resurserna så effektivt som möjligt. Gör man inte det, utan slösar med resurserna, kan man inte hjälpa lika många lika bra.

Om det enda verksamhetscheferna får beröm för av sjukhusledningen är om budgeten hålls, och det enda de kritiseras för är om budgeten överskrids, inbjuder detta

till en förväxling av mål och medel: huvuduppgiften kan lätt uppfattas vara att hålla budgeten.

Förväntningarna på den plattform som lanserades i Prioriteringsutredningen (Vårdens svåra val, SOU 1995:5) har delvis varit orealistiska. Det centrala i plattformen är människovärdesprincipen, behovs- eller solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Plattformen är tänkt som en utgångspunkt för diskussion mellan politiker, profession och allmänhet, inte som en metod att mekaniskt lösa varje prioriteringsproblem, vilket också framgår av direktiven till utredningen. Individuella bedömningar blir ofrånkomliga, eftersom stora variationer kan föreligga mellan patienter och inom varje sjukdomsgrupp. Betydande kunskapsluckor och osäkerhetsmarginaler föreligger dessutom när det gäller grunderna för fördelning av resurser mellan verksamheter.

Vilka förväntningar på plattformen är då rimliga? De viktigaste är dessa: Den skall kunna underlätta bättre dialog mellan politiker, professioner och allmänhet. Den bör också skapa förståelse för att en fortlöpande dialog behövs, eftersom sjukvårdspanoraman, diagnostiska och terapeutiska metoder inte är statiska utan ändras. Den skall uppmuntra till att satsa mer på att täppa till kunskapsluckorna och tydliggöra att – och varför – prioriteringar är en ofrånkomlig del av vårdens vardag.

Vilka är farorna? Det vore farligt om hälsoekonomerna ensamma lägger sin tunga hand över denna problematik. Det handlar ytterst om värderingsfrågor, om sjukvårdens uppdrag och om hur vi vill se sjukvården utvecklas i Sverige. Därför ingår också avgränsningen av detta uppdrag gentemot t.ex. socialtjänsten i det som bör diskuteras.

PLATTFORMENS TRE PRINCIPER

Enligt människovärdesprincipen gäller att alla människor har lika värde och samma rätt, oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Denna princip har sin viktigaste funktion genom vad den utesluter. Begåvning, etnicitet, religion, social ställning, inkomst, ålder etc. får inte avgöra kvaliteten på vården eller vem som skall få vård. Principen vill förhindra diskriminering och stigmatisering av individer och grupper.

Den andra av de tre principerna är behovs- eller solidaritetsprincipen, enligt vilken resurserna bör fördelas efter behov. Men ”behov” kan tolkas på flera sätt. Det är människors ohälsa, sjukdom, skador och lidande som här står i centrum. Det innebär att en rimlig utgångspunkt vid praktisk tillämpning är sjukdomens eller lidandets svårighetsgrad. De mest behövande, de med de svåraste tillstånden och med den sämsta livskvaliteten, skall med andra ord komma i första hand.

Lidandet är individuellt buret. Innebär det att lidandet inte på ett meningsfullt sätt kan adderas, subtraheras eller multipliceras? Det sista är en kontroversiell fråga. Tänker man sig att man kan addera nyttan av medicinska insatser för olika personer eller deras lidande (vid utebliven behandling) på ett meningsfullt sätt, som många utilitarister gör, kan den sammanlagda nyttan av 1 000 höftoperationer överstiga nyttan av att rädda ett svårt skadat trafikoffert – i strid med Prioriteringsutredningens förslag, vilket visar betydelsen av de etiska utgångspunkter som valts.

Det finns naturligtvis behov av olika slag. Detta bör beaktas vid tolkning och tillämpning av principen. Man måste skilja mellan hälsorelaterade behov och andra, även

om gränsen inte alltid är knivskarp. Människor kan ha behov av mat eller vård – i den meningen att de far illa om inte behovet tillgodoses. Alla behöver mat men inte nödvändigtvis entrecôte eller nykokt hummer. Behov kan dessutom ordnas i behovstrappor (som visats av Maslow och andra): somliga är mer basala än andra, och tillgodo-seendet av vissa en förutsättning för andra.

Man behöver dock inte tolka alla dessa behov på samma sätt som Maslow eller anta att rangordningen (behovstrappan) är oberoende av kulturella, sociala och ekonomiska omständigheter. I det här sammanhanget räcker det att skilja mellan fysiologiska och ett antal andra slags behov, främst psykologiska, sociala, kulturella och ekonomiska. En behovsanalys kan också vara en utgångspunkt för precisering av sjukvårdens mål. Vilka av dessa behov är det hälso- och sjukvårdens uppgift att tillgodose?

Relationer mellan principerna finns. Motiveringen för att koppla ihop svårighetsgrad, behov och evidens för effekt är enkel: ingen har behov av något som inte har effekt. Men får det kosta hur mycket som helst att tillfredsställa behov? Och hur graderas behovens styrka? Den subjektiva upplevelsen kan påverkas av gruppsyck från jämnåriga och föräldrar liksom av skrivelser i medierna.

En viktig fråga blir då: Hur identifieras hälso- och livskvalitetsrelaterade behov på olika nivåer? På individnivå sker det ofta genom att patienten intervjuas om bl.a. symptom och sjukdomens historia, genom journalstudier, tester och analyser av testresultat på laboratorier. På grupp-nivå kan behov identifieras genom enkäter och epidemiologiska studier.

Behov och efterfrågan kan vara delvis överlappande.

Något kan efterfrågas utan att det motsvarar ett behov. Personer kan också vara så okunniga eller apatiska att de inte efterfrågar sådant som de behöver. Med skicklig marknadsföring och förföriska hemsidor kan efterfrågan skapas. Här finns ett utrymme för manipulation. På så sätt kan nya tekniker smygas in i vården, trots att de aldrig tidigare varit efterfrågade.

Den tredje huvudprincipen i plattformen är kostnads-effektivitetsprincipen, som är underordnad de två andra i den meningen att dessa skall tillgodoses först. Principen formulerades medvetet vagt i Prioriteringsutredningen: ”Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.”

Det är en sammansatt princip – i den meningen att såväl kostnader som positiva och negativa effekter skall beaktas. Vi kan vidare skilja mellan en bred och en snäv tillämpning av principen. I det senare fallet gäller den bara vid val mellan metoder för samma sjukdom; när den bredare och svårare tolkningen görs skall principen tillämpas vid val mellan olika sjukdomar och verksamheter, det som i litteraturen ibland kallas horisontell prioritering.

TIDIGARE DISKUSSIONER

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) kritiserade på goda grunder PrioriteringsCentrums förslag till ny plattform i rapporten ”Vårdens alltför svåra val?” (2007), bl.a. för omformuleringen av människovärdesprincipen, för den upphävida rangordningen mellan principerna och för införandet av en ansvarsprincip (bilaga till beslut den 23 januari 2009). Nils-Eric Sahlin kritiserade tidigare Prio-

riteringsCentrums förslag i en artikel i *Läkartidningen* 37/2008 för brist på etisk analys av förslagets konsekvenser, för att flexibiliteten i tillämpningen öppnar för godtycke och för att hälsoekonomiska överväganden får för mycket utrymme.

Den s.k. nationella modellen för öppna prioriteringar (reviderad version, PrioriteringsCentrum 2011:4) innebär emellertid en tillnyktring. De etiska utgångspunkterna för den nationella prioriteringsplattformen ligger nu mycket nära den plattform Prioriteringsutredningen ursprungligen föreslog. Ansvarsprincipen har försvunnit, en tydligare koppling till riksdagens tidigare beslut och därmed till Prioriteringsutredningens etiska plattform eftersträvas, särskilt i kapitel 4. Ett bra avsnitt är t.ex. diskussionen av direkta och indirekta kostnader, liksom försöken att ge tydligare vägledning till hur olika moment i prioriteringsarbetet konkret kan utföras.

Flera frågor kan dock förtjäna ytterligare diskussion. Vilka kunskapsluckor finns idag? Hur sker prioriteringar och hur bör de ske när det gäller omvårdnad, funktionshinder och rehabilitering? Hur bedöms där tillståndsvårighetsgrad och åtgärders effekt på hälsa och livskvalitet? Hur sker bedömningarna? Vem gör dessa bedömningar? Görs de av paneler – och i så fall: Hur är de sammansatta? Av vilka personer? Utvalda enligt vilka kriterier?

En annan fråga är vilka externa effekter man kan ta hänsyn till utan att människovärdesprincipen undermineras. Prioriteringsutredningen var ju tydlig i sitt avståndstagande mot att man skulle ta hänsyn till samhällsnyttan tolkad som vad samhället tjänar på insatta åtgärder. I så fall riskerar hälsoproblem hos äldre (särskilt äldre äldre), kroniker och personer med multifunktionshinder att

lågprioriteras. Däremot kan det vara rimligt att beakta insatsernas effekter på anhöriga, exempelvis när det gäller funktionshindrade eller ALS-patienter, liksom effekterna på andra individer i en viss population, exempelvis vid vaccinering.

PROCESSER OCH LEGITIMITET

I det föregående har vi identifierat en rad gränsdragningsproblem när prioriteringsbeslut skall fattas på basis av så bra kunskapsunderlag som möjligt och tydligt redovisade värderingar. Vem skall fatta dessa beslut? Det finns en maktdimension här som bör göras tydlig, och ett legitimitetsproblem. Hur skall beslutsprocessen se ut för att uppfattas som legitim när makten är ojämnt fördelad mellan patienter, anhöriga, politiker, läkare och övrig vårdpersonal?

Vem bestämmer? Den frågan ställs ofta. Om den förutsätter att EN aktör bestämmer är den fel ställd. Det finns inte ett enda, entydigt svar på denna fråga. Prioritering är en process som försiggår på flera nivåer samtidigt – kliniskt, politiskt och administrativt – och olika aktörer har delvis olika roller. Legitimitet förutsätter öppenhet, tydlig ansvarsfördelning, insyn och kontroll.

Bakgrunden till legitimitetsproblemen bland vårdpersonal är bl.a. att olika grupper inom vården har skilda roller, erfarenheter och synsätt; inom politiken att politiker har divergerande uppfattningar om statens roll och gränserna för den enskildes ansvar; och bland allmänheten att det förekommer varierande uppfattningar bl.a. beroende på skilda erfarenheter och om man är berörd eller inte.

För framtiden är en pågående debatt viktig, eftersom förutsättningarna ofta ändras. Problemen kan inte lösas en gång för alla. Denna debatt bör också handla om:

- sjukvårdens avgränsning
- relationer till socialtjänsten
- försäkringsbolagens roll och
- vad för slags samhälle vi vill överlämna till framtida generationer

LITTERATUR

Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Rapport, reviderad version, Linköping: Prioriterings-Centrum 2011.

Sahlin, Nils-Eric (2008), ”Kritik mot PrioriteringsCentrums förslag till ny prioriteringsplattform: Från allas lika värde till hälsoekonomisk kalkyl”, *Läkartidningen* 2008:37, s. 2465–6.

SMER (Statens medicinsk-etiska råd), yttrande 2009, bilaga till beslut den 23 januari 2009 som kan laddas ner från SMER:s hemsida www.smer.se

Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Rapport, Linköping: Prioriterings-Centrum 2007:2.

Vårdens svåra val. Prioriteringsutredningens slutbetänkande, SOU 1995:5.

Det finns en omfattande internationell litteratur kring prioriteringsproblemen. Till den hör bl.a. Yvonne Denier, *Efficiency, Justice and Care. Philosophical Reflections on Scarcity in Health Care*, Dordrecht: Springer 2007. Prioriteringsproblem i utvecklingsländer diskuteras bl.a. i Dean T. Jamison (red.), *Priorities in Health*, Washington: World Bank Publications 2006.

Prioriteringsfrågor har också diskuterats i tidskrifter som

Health Policy, Journal of Medical Ethics, British Medical Journal och *Social Science Medicine* under det senaste decenniet och lite till. Filosofiska aspekter på rättvisa och prioriteringar med tonvikt på de äldres problem behandlas även i boken *Ethics, Health Policy and (Anti-) Ageing: Mixed Blessings* (red. Maartje Schermer och Wim Pinxten), Dordrecht: Springer 2012, särskilt i kapitlen av Hans-Jörg Ehni och Anders Schinkel samt i mina avslutande kommentarer i kapitel 20.

Mina senaste men inte sista betraktelser i detta ämne är:

”Redskap finns och plattformen håller – men kunskapsunderlaget är bräckligt för prioriteringar i vården”, *Läkartidningen* 2009: 106, s. 2702–3.

”Looking at the Future of Translational Stem Cell Research and Stem Cell-based Therapeutic Applications: Priority Setting and Social Justice”, i K. Hug och G. Hermerén (red.), *Translational Stem Cell Research*, New York: Springer 2011.

Vem vill vara rationell?

Carl Hampus Lyttkens

Detta bidrag till diskussionerna om prioriteringarna i vården har rubriken ”Vem vill vara rationell?” Den frågan kan ges ett mycket enkelt och snabbt svar: Alla och ingen. Alla vill vara rationella vad gäller sin egen situation, dvs. fatta beslut som leder till att man får det bra. Av samma skäl vill ingen vara rationell när det gäller prioriteringar i vården, ingen vill vara den som nekar vissa patienter vård.

Man kunde ha slutat här, och kommit med i Guinness Book of Records som historiens kortaste halvtimmesföredrag. Jag väljer emellertid att följa den danske poeten Piet Heins kloka råd om hur man skapar sig ett rykte som lärd:

Vil du med rette
ha ry som lærd,
saa søg det lette –
og gør det svært.

VÅRDEN BLIR ALLT DYRARE

En rimlig startpunkt är att fråga sig om vi måste prioritera – är inte avsikten med svensk sjukvård att alla skall få den vård de behöver? Innan vi kan svara på en sådan

fråga måste vi definiera behov, annars är våra slutsatser inte till någon hjälp när det gäller konkreta beslut om prioriteringar.

”Behov” kan betyda olika saker i det svenska språket. Tänk dig att du tittar på en fotbollsmatch på tv, förslagsvis matchen Sverige–Tyskland som spelades hösten 2012. I den tog Tyskland ledningen med 4–0 innan Sverige började göra mål. Under första halvlek ligger det nära till hands att tro att svenska tittare vid ett flertal tillfällen sade något i stil med ”nu behöver jag en öl”. Behov betyder då närmast ”jag vill ha”. Det är något annat än om en sjukvårdspolitiker säger att de hjärtsjuka har stora behov som inte är tillgodosedda.

I båda fallen gäller behovet något som den enskilde har glädje av, men bara i det senare fallet finns normativa övertoner av att behoven borde tillfredsställas. Problemet är att vi inte har råd att tillgodose alla behov av sjukvård inom ramen för den offentliga finansieringen, om vi med behov menar all sjukvård som den enskilde skulle ha glädje av. En av de mest uppenbara utvecklingarna i sjukvården de senaste 50 åren är att vad vi betraktar som ”god vård” har blivit allt dyrare och att kostnaden för att upprätthålla god vård har stigit snabbare än utvecklingen av BNP.

Tag t.ex. en preoperativ röntgenundersökning. På 1970-talet bestod den vanligen av ett mindre antal bilder ur olika vinklar. Idag kan den bestå av hundratals bilder tagna med en datortomograf. Den kan också i vissa fall vara en undersökning med magnetkamera (MRI)¹ som

1. Något som i nyhetsflödet ofta kallas ”magnetrontgen”, vilket är en olycklig språklig konstruktion eftersom en av fördelarna

genererar 1 000-talet bilder. Man behöver inte vara Einstein för att inse att kostnaderna i termer av läkartid ökat.

Allt talar för att denna utveckling kommer att fortsätta. Kravet på prioriteringar kommer därför att öka. Delvis är det en självgenererande process – det faktum att långt de flesta individer i höginkomstländer har en sjukvårdsförsäkring medför att vi styr den tekniska utvecklingen mot dyrare och bättre teknologier snarare än billigare teknologier. I USA ägde en sjufaldig ökning i sjukvårdsutgifter rum från 1950-talet till 1970-talet. Bara en mindre del av denna ökning kan förklaras av ökande inkomster och sjukvårdsförsäkringens utbredning (Manning et al., 1987). Den klart bästa kandidaten för att förklara resten av kostnadsökningen är den tekniska utvecklingen.

DET KRÄVS OFFENTLIGA BESLUT OM PRIORITERINGAR

När vi blickar framåt i tiden kan vi räkna med att det inte kommer att vara möjligt att få den offentliga finansieringen att räcka till för att ge alla individer all den vård de skulle ha nytta av. Följaktligen måste vi prioritera.²

I Sverige har vi valt offentlig finansiering av sjukvården. Det innebär att det teoretiskt sett inte hade varit omöjligt att sträva mot att ge alla medborgare samma till-

med denna metod är att den inte involverar någon joniserande strålning.

2. Prioriteringar har f.ö. "alltid" ägt rum: när läkare fördelar sin tid mellan sina patienter, när landstinget fastställer skattenivån osv. Det som förändrats är vår benägenhet att lyfta fram prioriteringsfrågorna i ljuset.

gång till vården. Det är också målet i hälso- och sjukvårdslagens första paragraf ("en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen"). I praktiken varierar dock tillgången mycket över landet – användningen av kejsarsnitt är ett ofta nämnt exempel. Skillnaderna mellan olika delar av landet kan ha många orsaker, från lokala idiosynkrasier till skilda värderingar hos befolkningen i området.³ Det kan i förbigående noteras att vi inte heller vet om de kösystem vi använder för att ransonera sjukvården ger upphov till större eller mindre sociala skillnader i vårdutnyttjandet än vi skulle ha haft med en privat försäkringslösning. Det förefaller a priori mycket sannolikt att t.ex. högutbildade kan ta sig fram snabbare i ett kösystem än lågutbildade.

Ett annat sätt att organisera sjukvården är som privat verksamhet. Ekonomer gillar privata marknadslösningar av flera skäl: de rensar bort ineffektiva producenter, sänker produktionskostnaderna och ger spelrum för individuella preferenser (värderingar). Ekonomer tror starkt på att individen själv är den som bäst känner sina preferenser, och alltså vet vad hon vill konsumera. Olika individer är just olika och har alltså inte samma preferenser. Det uppstår därför en välfärdsförlust om alla tvingas konsu-

3. Jag frågade t.ex. för ett antal år sedan en bekant som är läkare varför ballongvidgning av hjärtats kranskärl (PTCA) var så ovanligt i en viss del av södra Sverige. Enkelt, svarade han, det beror på att de har två galna specialister i X-stad. Detta skall inte uppfattas som att läkare av vissa typer skulle var galnare än andra. Jag minns den svensk-engelske nationalekonom som försvann under ett besök vid vår institution och återfanns stående på huvudet (yoga?) på en av våra professorers skrivbord.

mera samma varor i samma mängder, såsom när antikens spartaner intog alla sina måltider gemensamt. För egen del skulle jag drabbas av välfärdsförluster om jag var tvungen att äta mycket brysselkål. Jag har också ett komplicerat förhållande till broccoli.

En konsekvens av detta är att varje beslut om prioriteringar i vården kommer att göra många människor förbannade, eftersom det inte stämmer med deras egna prioriteringar. Detta i sin tur har betydelse för vem som kan tänkas vara beredd att fatta sådana beslut.

Att vi valt offentlig finansiering till sjukvården innebär att vi inte har någon marknadsinformation som kan avslöja individernas preferenser – det finns ingen självklar mekanism genom vilket detta kan ske. Om däremot ett päron säljs på marknaden vet vi att det går att producera det päronet till en kostnad som är lägre än konsumenternas betalningsvilja för detta päron. När det gäller sjukvård måste vi därför finna andra sätt att skaffa underlagsinformation till våra beslut om hur mycket vården totalt får kosta likaväl som om det relativa värdet av olika behandlingar. Vi måste också fatta beslut om hur resurserna skall fördelas.

FOLKOMRÖSTNINGAR?

Hur skall nu detta gå till? En möjlighet är folkomröstningar. Sådana är ju ganska ovanliga i Sverige, men de var mycket vanliga i det antika Athen. I Athen hade man en långtgående direkt demokrati (väl att märka för de manliga medborgarna, kvinnor hade inga politiska rättigheter, inte heller slavar, utlänningar osv.). I Athen fattades alla viktiga beslut som majoritetsbeslut i folkförsamlingen,

och alla manliga medborgare hade närvaro-, yttrande- och rösträtt. Den athenska demokratin på 400-talet f.Kr. hanterade ganska komplicerade beslut genom folkomröstningar och systemet fungerade i huvudsak väl. Detta är ett respektabelt och intressant alternativ när det gäller att fatta beslut i en demokrati, *mutatis mutandis*,⁴ men det ställer stora krav på förändringar i det svenska samhället.

Att systemet med folkomröstningar fungerade så pass väl i Athen berodde med största sannolikhet på ett mycket utbrett deltagande i politiken och det offentliga beslutsfattandet. Varje år utsåg man 1 200 ämbetsmän och 500 rådsmedlemmar i en befolkning på 30 000 medborgare (på 300-talet f.Kr.). Man fick emellertid bara vara ämbetsman vartannat år, och man fick bara inneha en viss post en gång (man fick dock sitta i rådet två gånger). Detta måste ha inneburit att omkring en tredjedel av alla män över 30 års ålder hade praktisk erfarenhet av att delta i skötseln av den athenska staten. Det var sannolikt detta som t.ex. gjorde att man klarade av att reformera det athenska samhället och dess institutioner efter förlusten i peloponnesiska kriget mot Sparta (431–404 f.Kr.). Överhuvudtaget kan man bli förvånad över att demokratin överlevde så länge som den gjorde, i kanske 150 år. Den studsade tillbaka efter förlusten i kriget med en snabbhet som måste ha överraskat även samtiden.

En viktig fråga är hur athenarna lyckades skapa ett sys-

4. Detta är ett behändigt uttryck som var vanligt förekommande när jag började läsa nationalekonomi för 35 år sedan och betyder ”efter det att de nödvändiga förändringarna gjorts”, vilket här skulle inkludera bl.a. politiska rättigheter för kvinnor.

tem som kunde reformera sig självt, utan behov av statskupper o.d. En av de mest grundläggande samhällsfrågorna är hur vi skapar bra spelregler (lagar, förordningar, sociala normer etc.) och hur vi skapar möjlighet att reformera dem i takt med att omvärlden förändras.

Grunden till de athenska framgångarna var nog att man hade ett system som innebar att man tog hänsyn till vitt spridda erfarenheter av samhällets funktionssätt (Ober 2008). Bland ämbetsmännen måste det ha funnits personer från många olika delar av samhället. Man samlade därigenom erfarenheter från rika såväl som från fattiga. Detta samarbete gav förutsättningar att skapa en samsyn vad gällde världens tillstånd och vilka problem man stod inför. Det förefaller dock vara lite av ett vågspel att införa folkomröstningar i stor skala i den svenska demokratin (men lite experimenterande hade inte varit fel).⁵

Det förefaller mig som om den svenska demokratin lyckats nå liknande mål men på helt annat sätt (Lyttkens 2013). Det klassiska svenska sättet att hantera stora samhällsfrågor har varit partssammansatta offentliga utredningar. Dessa har byggts på deltagande från olika delar av samhället och inte minst från forskarvärlden. Upplägget har möjliggjort att man i lugn och ro kunnat resonera sig fram till en samsyn vad gäller sakernas tillstånd och vilka problem som finns. Det är inte minst viktigt att vara överens om problemen. Att vi lyckades reformera pensions-

5. Den athenska lösningen innefattade ett antal specifika mekanismer. T.ex. bestraffade man den som kommit med ett dåligt förslag i folkförsamlingen, även om detta vunnit majoritetens stöd (Hansen 1999).

systemet förvånar fortfarande. Det borde egentligen inte ha varit möjligt, men det gick med en lång övergångstid och en samsyn beträffande problemen med det gamla ATP-systemet (Kruse 2010). Det svenska samhället har reformerats grundligt de senaste 20 åren (Bergh och Erlingsson 2008).⁶

TVETYDIGHETEN SATT I SYSTEM

Åter till sjukvårdssektorn och dess prioriteringar. Hur går dessa till idag? Den brittiska hälsoekonomen Joanne Coast presenterade år 2000 en intervjuundersökning från den engelska sjukvården. Alla där var överens om att patienterna var olämpliga när det gällde att ta prioriteringsbeslut. Den åsikten fanns hos sjukvårdsadministratörer, läkare och patienterna själva. De ansågs vara dåligt informerade och ha svårt att förhålla sig objektiva. Ytterligare ett skäl som medborgarna anförde till att de inte ville vara ansvariga för besluten om prioriteringar var den ångest de skulle känna inför ansvaret att neka vissa patienter vård.

Samma ångest kan naturligtvis drabba även sjukvårdspolitikerna, läkare och andra i vården. Det räcker väl med att själv känna efter hur det vore att vara den som har som

6. Det är lätt att glömma hur stora förändringarna varit. Filip Hammar och Fredrik Wikingsson påminner i sin bok *100 höjdare: Sveriges roligaste ögonblick genom tiderna* om hur Ulf Adelsöhn (dåvarande ordförande för Moderaterna) vid hemkomsten från en resa till Hongkong 1982 stolt visade upp en telefon han hade köpt, varpå han omedelbart blev polisanmäld av Televerket, som då ännu hade monopol på försäljning av telefonapparater.

uppgift att avgöra vilka sjuka som inte skall få tillgång till vård.

Föga överraskande fann Coast att hela det engelska systemet kunde karakteriseras som "a system of equivocation" (Coast 2001). Enligt mitt engelsk-svenska lexikon betyder *equivocate* att man yttrar sig tvetydigt, slingrar sig. I mitt lexikon står: "to use vague or ambiguous language, especially in order to avoid speaking directly or honestly". Med andra ord fann Coast att beslutsfattarna på alla nivåer i vården är angelägna att överlåta prioriteringsbesluten till andra nivåer. Nämligen för att "avoid the distress or disutility, associated with the denial of care", dvs. för att undslippa obehaget som är förknippat med att neka någon vård.

Som jag konstaterade inledningsvis är ett rimligt svar på frågan i rubriken sålunda att *ingen* vill vara rationell om det betyder att ansvara för prioriteringarna i vården. Vilka prioriteringar som görs i vården idag är mycket oklart. På landstingsnivå sätts den totala resursramen när skattesatsen bestäms, men det är nog mycket oklart för medborgarna hur avvägningen gentemot andra sätt att använda de offentliga resurserna ser ut (t.ex. hur man väger kommunikationer mot sjukvård). Och i andra änden sitter enskilda läkare med patientlistor och prioriterar remisser. Däremellan fattas myriader beslut som påverkar prioriteringarna. Resultatet blir en vård där vi inte riktigt vet vad som avgör vårdköernas längd och om skillnader i kötid motsvarar skillnader i behov (i synnerhet som "behov" sällan definieras). Vi vet relativt lite om systematiken i prioriteringar mellan och inom patientgrupper. Vilken roll spelar det t.ex. i praktiken om personen är i yrkesför ålder och har ett arbete?

Det vi har är väl – liksom i England – i mångt och mycket en sjukvård som satt tvetydigheten i system. Att det är så är fullt begripligt eftersom det som sagt inte är trevligt att vara den som har ansvar för prioriteringsbesluten. En politiker som fattar konkreta och specifika beslut om vad som skall prioriteras får möjligen sin belöning i himlen men knappast i ett svenskt landsting. Där emot får man antagligen se strömhopp av väljare till andra partier, klagomål från patientföreningar etc. Att undvika att vara rationell å kollektivets vägnar innebär ju samtidigt att vara individuellt rationell, att sträva efter ett gott utfall för sig själv.

HUR SKALL VI FÅ MER RATIONELLA PRIORITERINGAR?

Alternativen när det gäller vem som skall prioritera är väl i runda svängar politiker, vanliga medborgare, sjukvårdsbyråkrater och läkare (och annan vårdpersonal), samt slutligen kanske Algot (jag återkommer till honom). Ett led i vår strävan att vara rationella är att diskutera prioriteringsprinciper öppet och ha tydliga principer.

Samhällsekonomin har bidragit till prioriteringsdiskussionen bl.a. genom att utveckla metoder som gör det möjligt att synliggöra vilka effekter som följer av sen sjukvårdande behandling, och göra det på ett sådant sätt att man kan jämföra olika behandlingar. Genom att metoden bygger på tydliga principer kan vi också på ett meningsfullt sätt diskutera dessa principer. Ett sätt att prioritera är att gå efter åtgärdernas kostnadseffektivitet. Man jämför då skillnaderna i kostnader och hälsoeffekter. Genom

att prioritera t.ex. de behandlingar där kostnaden per vunnet levnadsår är som lägst så kan man maximera mängden vunna levnadsår i befolkningen vid en given budget.

Och om man använder det mera sofistikerade måttet kvalitetsjusterade levnadsår kan man maximera hälsan i befolkningen, inte bara levnadsåren.

Anta att vi kan mäta hälsan på en skala från 0 (= död) till 1 (= fullt frisk). Vi tänker oss också t.ex. att

4 år med livskvalitet 0,8 är bättre än 3 år fullt frisk enligt följande kalkyl:

$4 \times 0,8 = 3,2$ kvalitetsjusterade levnadsår, vilket är fler än
 $3,0 = 3 \times 1,0$ kvalitetsjusterade levnadsår.

En åtgärd som höjer livskvaliteten från 0,5 till 0,8 i 40 år ger på samma sätt 12 QALYs (Quality Adjusted Life Years = kvalitetsjusterade levnadsår). En åtgärd som höjer livskvaliteten från 0,3 till 0,9 i 15 år ger 9 QALY. Om båda nyssnämnda åtgärder kostar lika mycket så föredras i en enkel kalkyl den förra åtgärden, trots att den senare riktas mot patienter med svårare sjukdom (lägre livskvalitet).

Att beräkna effekter i termer av QALY innebär helt enkelt att man tar hänsyn till en åtgärds effekter på både överlevnad och livskvalitet och väger ihop dessa. Att strikt följa en sådan kostnadseffektivitetsprincip är det jag kallar att överlåta prioriteringarna till Algot, alltså en matematisk ALGORiTm. I sådana uträkningar blir de rådande prioriteringsreglerna extremt tydliga och går följaktligen att diskutera.

Med denna metod maximerar vi på sätt och vis de hälsovinster vi kan göra för en viss summa pengar. Därtill

måste man också ställa frågan hur mycket sjukvården totalt får kosta. En naturlig slutsats är att gränsen måste dras någonstans, dvs. att kostnaderna inte får vara orimligt stora i förhållande till hälsoeffekten.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket har exempelvis sagt nej till läkemedel där kostnaden per QALY substantiellt överstiger en miljon kr. Och Socialstyrelsen konstaterade för en del år sedan att åtgärder där kostnaden per QALY ligger i intervallet 500 000–1 000 000 kr är att betrakta som dyra, medan åtgärder där kostnaden per QALY ligger över 1 000 000 kr betraktas som ”ej bedömningsbara” i detta perspektiv (Jönsson m.fl. 2004).

Detta sätt att arbeta är enkelt och kan kanske (?) tyckas okontroversiellt. Det bygger emellertid på åtminstone två förutsättningar. 1) Vi har alla samma uppfattning om svårighetsgraden hos olika sjukdomstillstånd. 2) Vi bryr oss *inte* om hälsans fördelning i samhället. Ingen av dessa förutsättningar är i praktiken uppfylld.

En viktig fråga är om det spelar någon roll vem som får de kvalitetsjusterade levnadsåren (eller hälsovinsten mer allmänt). Någon som nästan är fullt frisk eller den som har en svår kronisk sjukdom? Vi närmar oss här frågan om definitionen av ”behov”, där ett alternativ är hur allvarligt sjuk individen är och ett annat alternativ är att se hur mycket friskare vi kan göra någon (”capacity to benefit”). I Prioriteringsutredningen kan man finna stöd för båda synsätten. Vi har att göra en avvägning mellan att bara summera QALY (maximera hälsan i befolkningen) och att väga in hur allvarligt sjuka de är som får del av tillskapade QALY (ungefär effektivitet kontra rättvisa).

För att göra en sådan avvägning skulle jag vända mig till filosofen John Rawls (1971). Hans viktigaste bidrag är

tanken att när det gäller rättvisa så skall man tänka sig att man inte vet vem man är i samhället. Man vet inte sitt yrke, sin utbildning, sin sjuklighet etc. I denna situation av okunnighet om sin faktiska situation skall man ställa sig följande fråga: Om jag inte vet vem jag är, hur vill jag då att samhället skall vara konstruerat? Svaret på den frågan definierar ett rättvist samhälle.

Om jag tillämpar Rawls princip så leder det mig till slutsatsen att *både* de berörda individernas hälsotillstånd *och* de totala hälsoeffekterna bör vägas in. Detta går utmärkt med Algot, men vi behöver fastställa vikter som avspeglar hälsans fördelning osv.

Tilläggas kan att vi bör skapa ett flexibelt system, så att vi kan ta bort sådan vård som visar sig oviktig eller t.o.m. felaktig. 1949 gick exempelvis nobelpriset i medicin till den portugisiska läkaren António Egas Moniz, som uppfann lobotomin som behandlingsmetod. Skandinavien låg i topp i användningen, vilken upphörde så gott som helt på 1960-talet. Denna behandlingsmetod framstår väl inte som en lysande idé idag.

PÅ VILKET SÄTT VILL VI BEGRÄNSA DET OFFENTLIGA ÅTAGANDET?

Frågan om vem som skall prioritera i sjukvården hänger intimt samman med frågan på vilket sätt vi skall anordna begränsningen i det offentliga åtagandet. Jag noterade i inledningen att vi i framtiden inte kommer att kunna erbjuda all vård inom ramen för den offentliga finansieringen. Det innebär att hur vi än gör så kommer människors inkomster att i framtiden spela allt större roll för deras möjligheter att konsumera sjukvård. Jag kan inte

komma på något realistiskt scenario där vi kan undvika detta. Om vi inte gör några förändringar så kommer helt enkelt betydelsen av privata sjukförsäkringar att öka utan att vi har någon kontroll över hur det sker. Vi har ju redan idag omkring 500 000 individer med privat sjukförsäkring (omkring 5 procent av befolkningen). Frågan gäller följaktligen inte *om* inkomster kan tillåtas spela större roll, det kommer de att göra *oavsett* vad vi gör. Frågan är i stället *på vilket sätt* vi vill att inkomsterna skall spela roll.

Vi bör här ställa oss frågan om vad som händer om vi nedprioriterar viss vård, så att den inte längre erbjuds inom den offentliga finansieringen. Det blir med säkerhet reaktioner, och en av poängerna med en samhällsvetenskaplig analys är att vi är observanta på dessa reaktioner. Konkret kan vi vänta oss både att privata sjukvårdsförsäkringar ökar i antal och betydelse och att det uppstår en privat marknad för vissa typer av vård som inte inkluderas i den offentliga finansieringen.

Det synes mig vara ett relativt sett mindre problem att utesluta vård från den offentliga finansieringen om denna vård är sådan att den i så fall kommer att erbjudas av privata aktörer och inte vara dyrare än att de långt flesta (alla?) har råd med den. Det innebär att det ligger närmare till hands att utesluta billig vård och vård som behövs ofta. I sådana fall har individen som vårdkonsument lite bättre information än annars. Däremot bör nya, dyra behandlingar av ovanliga åkommor innefattas i den offentliga finansieringen (inom vissa gränser).

En annan möjlighet är naturligtvis att så att säga överlåta dessa prioriteringar till individerna själva. Det blir effekten om vi t.ex. höjer taket i högkostnadsskyddet, vilket vore ett annat sätt att begränsa det offentliga åtagandet.

Inte mycket talar för att vi kommer att kunna bete oss rationellt när det gäller sjukvårdens finansiering. Snarare är att vänta att vi fortsätter som i dimman vid Lützen, med många brandkårsuttryckningar men utan överblick av helheten. Dock förefaller verksamheten vid Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket uppmuntrande. Där har skapats ett forum för diskussion mellan olika parter där man kan vänta sig att det skapas en gemensam bild av hur problemen ser ut. Måhända är det också dags för en svensk utredning av traditionellt snitt?

LITTERATUR

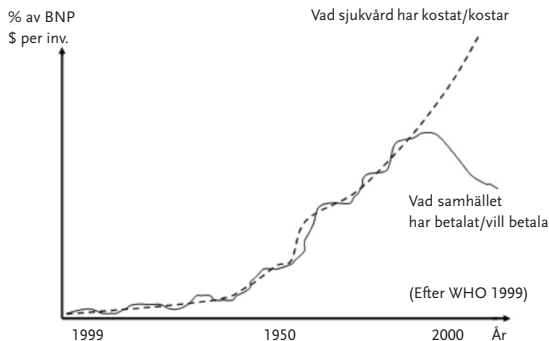
- Bergh, A. och Erlingsson, G. Ó. (2008), "Liberalization without Retrenchment: Understanding the Consensus on Swedish Welfare State Reforms", *Scandinavian Political Studies* 32, s. 71–93.
- Coast, J. (2001), "Citizens, their agents and health care rationing: an exploratory study using qualitative methods", *Health Economics* 10, s. 159–174.
- Hansen, M. H. (1999), *The Athenian Democracy in the Age of Demosthenes: structure, principles, and ideology*, London: University of Oklahoma Press.
- Jönsson m.fl. (2004), *Hälsa, vård och tillväxt*, Stockholm: SNS Förlag, s. 128.
- Lyttkens, C. H. (2010), "Sjukvårdens långsiktiga finansiering", i A. Anell och U. Gerdtham, *Vårdens utmaningar*, SNS Välfärdsrapport 2010, Stockholm: SNS Förlag, s. 114–147.
- Lyttkens, C. H. (2013), *Economic Analysis of Institutional Change in Ancient Greece. Politics, Taxation and Rational Behaviour*, Abingdon: Routledge.
- Kruse, Agneta (2010), "A stable pension system: the eighth wonder", i T. Bengtsson (red.), *Population Ageing – A Threat to the Welfare State? The Case of Sweden*, Heidelberg: Springer, s. 47–64.

- Manning, W. G. et al. (1987), "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment", *American Economic Review* 77, s. 251–77.
- Ober, J. (2008), *Democracy and Knowledge*, Princeton: Princeton University Press.
- Rawls, J. (1971), *A Theory of Justice*, Oxford: Oxford University Press.

Prioriteringar – en allt större del av dagens och framtidens sjukvård?

Åsa Hallgårde

Det görs allt fler landvinningar inom sjukvården. Tekniken går snabbt framåt, nya moderna effektivare läkemedel kommer på marknaden och vi lever allt längre. Hur skall vi kunna finansiera detta offentligt utan att en alltför stor del av skatteintäkterna går till sjukvården eller utan att höja skatten till en för oss medborgare oacceptabel nivå? En jämlik vård är en av grundpelarna i vårt samhälle och något som vi vill värna om även i framtiden.



Figur 1.

En grundtanke i vårt samhälle är att de politiska prioriteringsbesluten skall vara vägledande för den stora mängd prioriteringar som sedan görs av vårdpersonalen. Politiska mål är ofta högt satta, vilket de skall vara, men det är naturligtvis av stort värde om de politiska besluten går hand i hand med de prioriteringar som verkligheten kräver för att sjukvården skall kunna hushålla med resurserna på ett effektivt sätt.

Vilka beslut ingår i en prioriteringsprocess?

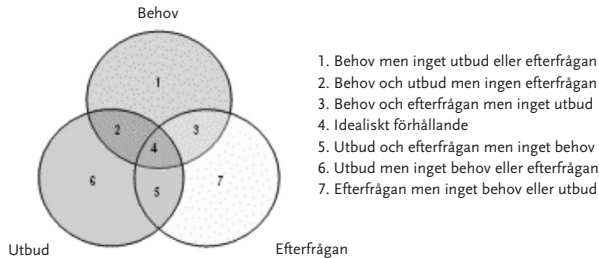
- Om man kan åtgärda alla behov optimalt men inte samtidigt måste beslut fattas om hur behoven ska rangordnas
- Om man inte kan åtgärda alla behov måste beslut fattas om vad som ska åtgärdas.

Den typ av prioritering som huvudsakligen görs *inom* en sjukdomsgrupp, en klinik eller yrkesgrupp brukar kallas *vertikal prioritering*.

Horisontella prioriteringar å andra sidan brukar beteckna val *mellan* t.ex. sjukdomsgrupper, verksamhetsområden, vårdcentraler och kliniker och involverar framförallt politiker.

SAMBANDET MELLAN BEHOV, EFTERFRÅGAN OCH UTBUD

Beträffande dagens sjukvård måste såväl behov som utbud och efterfrågan beaktas. Det kan mycket väl finnas ett behov men inget eller för litet utbud eller efterfrågan (fält nr 1 i figur 2 nedan). Exempel på detta är rökavvänjning, som inte alltid erbjuds eller efterfrågas i den utsträckning



Figur 2. Sambandet mellan behov, utbud och efterfrågan

som man med vår kunskap om rökningens risker kunde förvänta.

Behov och utbud men ingen efterfrågan, fält nr 2, kan exemplifieras av tvångsvård. Ingen medborgare efterfrågar tvångsvård, men i enstaka fall kan behov föreligga och även utbud. Väntelista är exempel på behov och efterfrågan men inget, eller åtminstone ett för litet, utbud, fält nr 3. Utbud och efterfrågan men inget behov, fält nr 5, gäller vid överbehandling, t.ex. antibiotikaförskrivning vid virusinfektioner eller lindriga bakterieinfektioner. Utbud, men inget behov eller efterfrågan, fält nr 6, omfattar undersökningar som inte är motiverade, förlegade kontroller, uppföljningsprogram som visat sig vara ineffektiva och vårdskador! Fält nr 7 visar efterfrågan, men inget behov eller utbud. Här finns orealistiska förväntningar på åtgärder som inte hör hemma inom sjukvården. Fält nr 4 visar en fullständig sammansmältning av behov, utbud och efterfrågan. Förhoppningsvis är det här den större delen av våra hälso- och sjukvårdsresurser läggs.

PRIORITERINGSBESLUT
– ETISKA RIKTLINJER

Människovärdesprincipen
Behovs- och solidaritetsprincipen
Kostnadseffektivitetsprincipen

ÖPPEN PRIORITERING

En prioritering kan bedömas som öppen om prioriteringsbesluten, grunderna och resonemangen är tillgängliga för alla som önskar ta del av dem.

ATT BEAKTA VID PRIORITERINGAR

- Värdegrund – etiska grundregler.
- Vem skall prioritera? Tillit till systemet är viktigt.
- Ökad styrning.
- Ordnat införande av nya behandlingsmetoder baserat på kunskap, gäller såväl läkemedel som operativa ingrepp.
- Prioriteringar måste vara öppna, transparens.
- Minskat behov av prioriteringar om vi involverar patienten.
- Prioriteringsråd underlättar prioriteringsarbetet. Dessa blir allt vanligare inom landstingen.
- Risk för ojämlikhet. Välbärgade kan betala sådant som samhället inte anser sig ha råd att finansiera.

Det finns många orsaker till att sjukvården blir allt dyrare. Fler sjukdomar kan behandlas mer effektivt, den nya tekniken inom sjukvården och de nya läkemedlen är kostsamma och vi lever allt längre. Samtidigt finns en gräns

för hur mycket skatt vi är beredda att lägga på sjukvård. Dessa faktorer innebär att kravet på prioriteringar med all sannolikhet kommer att öka i en framtid. För att detta skall kunna genomföras med bibehållen god sjukvård är det viktigt att vi blir bättre på att utnyttja de resurser vi har på ett så effektivt sätt som möjligt.

Prioriteringsarbetet kommer säkerligen av och till att bli både svårt och smärtsamt, men vi kan bibehålla en sjukvård i världsklass genom att:

- öka patientsäkerheten, med färre antal vårdskador som följd.
- öka följsamheten till befintliga och nya vårdprogram.
- involvera patienterna i större utsträckning i vårdprocesserna än vi som regel gjort hittills.

Detta leder till minskande kostnader i framför allt fält 6 i figur 2 ovan. Ingen behöver eller efterfrågar vårdskador, men de kostar mycket lidande och stora pengar. Vissa studier tyder på att upp till $\frac{1}{3}$ av sjukvårdskostnaderna beror på kvalitetsbrister i vården. Detta kräver en större styrning av sjukvårdens resurser. Men då är det viktigt att styrningen sker på grundval av kunskap.

OM VI NU MÅSTE PRIORITERA, VEM ÄR
DET SOM SKALL GÖRA PRIORITERINGARNA?
POLITIKERNA? LÄKARNA? PATIENTERNA?

För att få en god och så jämlik sjukvård som möjligt även i framtiden tror jag att vi måste hjälpas åt. Politiker och vårdens olika professioner har olika roller i prioriteringsarbetet, men vi måste samarbeta, och även involvera patienterna, för att få ett så bra resultat som möjligt. Det är

också viktigt att prioriteringar sker så öppet som möjligt för att bibehålla en hög tillit till både politikerna och sjukvården.

Hur kan medborgare och patienter involveras i utformningen av hälso- och sjukvården?¹

Ulrika Winblad

INTRODUKTION

En studie som gjorts på uppdrag av Myndigheten för vårdanalys visar att svenska patienter är mindre nöjda med graden av inflytande och delaktighet i vården än patienter i många andra länder. Bland annat påvisas brister i informationsförmedlingen och att patienter inte ges en chans att ställa frågor (Docteur & Coulter 2012). Detta resultat stämmer väl överens med andra studier som visar att dagens patienter vill ha mer inflytande när det gäller utformningen och innehållet i vården. Detta påverkar inte bara den traditionella rolluppdelen mellan läkare och patient utan ställer också nya krav på vårdens organisation och utformning (Blomqvist & Rothstein 2000, Socialstyrelsen 2009, Newman & Vidler 2006).

1. Denna text är en förkortad och uppdaterad version av en text av Ulrika Winblad med titeln: "Hur kan patienter och medborgare påverka och styra hälso- och sjukvården", publicerad i rapporten Workshops 2011–2012, Forum för Health Policy, www.healthpolicy.se

Under senare år har därför flera politiska reformer införts med det uttalade syftet att stärka patientens ställning i vården, exempelvis det fria vårdvalet inom primärvården och vårdgarantireformen. Ett gemensamt drag i de nya reformerna är att patienter och medborgare ges utökade möjligheter att själva välja vårdgivare. Även om det i den pågående politiska debatten finns ett tydligt fokus på patientens valfrihet som den mest centrala påverkansmekanismen är detta inte det enda sättet för patienter att påverka vårdens innehåll och utformning. Traditionellt sett har patienter kunnat påverka vården genom flera andra kanaler, exempelvis genom att rösta i riksdags- och landstingsval, genom klagomålshanterings-systemet eller genom patientorganisationernas lobbyverksamhet. Den statliga Patientmaktsutredningen föreslår dessutom i ett nyligen utgivet betänkande att en ny patientlag bör införas (SOU 2013:2).

En viktig fråga är hur pass effektiva de nuvarande påverkanskanalerna är för att ge patienterna ett reellt inflytande över vårdens utformning och innehåll. I föreliggande kapitel kommer jag att diskutera vilka faktiska möjligheter patienter och medborgare har att påverka hälso- och sjukvården idag.

OLIKA SÄTT FÖR PATIENTER ATT PÅVERKA HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Den teoretiska diskussionen om individers påverkan på offentlig verksamhet kan härledas till en bok av den amerikanske företagsekonomen Albert O. Hirschman, *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States* (1970). I boken beskriver Hirschman olika

möjligheter för individen att utöva inflytande inom organisationer. Två påverkansmöjligheter ställs mot varandra: *exit* och *voice*. Det första begreppet, *exit* (sorti), innebär att en missnöjd kund (liksom en patient eller klient) kan välja att lämna en producent till förmån för någon annan producent. Genom att ”rösta med fötterna” väljer kunden bort alternativ som är dåliga. Grundtanken i modellen är att kundernas sorti leder till att företaget får signaler om att något är fel och därför försöker korrigera sina brister för att inte förlora fler kunder. Det andra begreppet som Hirschman behandlar, *voice* (protest), innebär att kunden stannar kvar i organisationen och försöker att förändra den ”inifrån” genom att på olika sätt påtala eventuella brister. Förändringsförsök kan också ske på kollektiv basis, t.ex. genom konsumentorganisationer eller liknande.

Valfriheten i vården kan förstås som att patienterna får möjlighet till sorti (*exit*), det vill säga välja bort den vårdproducent, t.ex. läkare, vårdcentral eller sjukhus, som man är missnöjd med. Sortin sker oftast anonymt och påverkan sker i och med detta på indirekt väg. Hirschman betraktar själv sortin som det mest kraftfulla sättet att påverka ett företag eftersom den ger de tydligaste signalerna till ledningen om kundernas missnöje. Protestalternativet (*voice*) är mer som ett reservalternativ att ta till om sortin inte fungerar. Även om Hirschman förordar sortin som ett viktigt sätt för medborgare att påverka en offentlig verksamhet diskuterar han några problem som kan uppstå när sortialternativet utnyttjas; bland annat menar han att det ofta är de mest resursstarka medborgarna som lämnar en organisation som försämras. Det är ett problem eftersom det är denna grupp individer som organisationen skulle ha haft mest nytta av att behålla, genom

att de ”inifrån” skulle ha kunnat föreslå förbättringar (Hirschman 1970).

I den fortsatta framställningen kommer Hirschmans begreppspar *exit* och *voice* att användas i analysen. Till det läggs ytterligare en analysnivå, nämligen om påverkansförsöket sker på individuell eller kollektiv nivå. Sammantaget skapar begreppsparen *exit* och *voice* samt *individuell* och *kollektiv* nivå en tabell med fyra olika tillvägagångssätt för patienter att styra och påverka hälso- och sjukvården, se tabell 1.

Tabell 1. Olika möjligheter till patientinflytande

	Mekanismer	
	”Voice”	”Exit”
<i>Kollektiv nivå</i>	Inflytande via patientorganisationer	Offentliga val
<i>Individuell nivå</i>	Klagomålsprocedurer Val av behandling	Val av vårdgivare

(Källa: Winblad, Forum för Health Policy 2012)

Det fortsatta kapitlet följer uppdelningen i tabell 1. Först behandlas de påverkansmöjligheter som ryms inom den *kollektiva nivån*: patientens möjlighet till inflytande via valsedeln, samt via patientorganisationer och/eller medverkan i rådgivande och beslutande organ. Därefter diskuteras patienters och medborgares möjligheter att påverka på en *individuell nivå*, exempelvis genom nationella klagomålssystem och val av behandling men framförallt genom olika typer av vårdvalssystem. Här ges patienter inflytande genom ”exit”, dvs. genom att välja och/eller välja bort olika vårdgivare.

INFLYTANDE PÅ KOLLEKTIV NIVÅ

Inflytande genom nationella val. Det är främst genom allmänna val vart fjärde år som medborgarna kan ange vilka frågor de tycker är viktiga och samtidigt uttrycka eventuellt missnöje med den offentliga servicen, däribland hälso- och sjukvården. Frågan är dock om medborgarnas åsikter kring just sjukvården får något tydligt avtryck i riksdagsvalet, eftersom sjukvårdsfrågorna då bakas samman med alla andra politiska åsikter som ett parti representerar. Det kan därför vara svårt för patienter att utöva ett tydligt inflytande över en viss fråga inom hälso- och sjukvården via de offentliga valen. När det gäller just sjukvården är det emellertid landstingsvalet som är den viktigaste arenan för patienter och medborgare, eftersom det främst är där som sjukvårdsfrågorna behandlas. Även om landstingen, enligt den kommunala självbestämmanderätten, formellt är ansvariga för organiseringen av sjukvården, visar forskningen att allt fler beslut om sjukvårdens styrning och organisation fattas på statlig nivå (Fredriksson 2012). Man kan konstatera att en mer uttalad statlig styrning innebär en utmaning av den kommunala självbestämmanderätten och att detta riskerar att påverka medborgarnas inflytande negativt då frågorna avlägsnas från den lokala nivån. Samtidigt skall vi komma ihåg att flera av de nationella reformer som initierats under senare år har berört just patientens rättigheter, vilket gör att den sammantagna utvecklingen likväl kan sägas ha inneburit en positiv utveckling för patienternas ställning och inflytande.

Inflytande via patientorganisationer. En annan påverkansmöjlighet, på den kollektiva nivån, är att verka genom

olika patientorganisationer eller medverka i beslutande eller rådgivande organ. Det finns i dagsläget över 200 patientorganisationer i Sverige. Tillsammans representerar patientorganisationerna en stor del av Sveriges patienter. *Handikappförbunden* är en paraplyorganisation med 39 olika medlemsförbund. Det är framförallt dessa som representerar medborgare med funktionsnedsättning. Handikappförbundens påverkansformer är i hög grad institutionaliserade genom ett långvarigt samarbete med staten, och de sitter idag med i inte mindre än 24 långvariga samarbetskonstellationer med statliga departement och myndigheter. Utöver detta tillfrågas också förbunden om att lämna remissyttranden i frågor som på något sätt berör deras verksamhet.

Forskningen visar att patientorganisationernas aktiviteter i flera europeiska länder alltmer har förskjutits till att försöka påverka den nationella politiken på olika sätt (Baggot & Forster 2008). Detta är en trend som är tydlig i alla de nordiska länderna, där patientorganisationerna är mer politiskt medvetna nu än tidigare och på ett tydligare sätt tagit på sig rollen som lobbyaktörer gentemot politiker och myndigheter (Winblad & Ringard 2009). En svensk enkätstudie som utfördes 2006 bland de 60 största patientorganisationerna visade att organisationerna själva ansåg det som sin viktigaste uppgift att försöka arbeta för sina medlemmars intressen genom att påverka beslutsfattare på olika nivåer (Virdeborn 2006). Tiden då patientorganisationerna främst arbetade med rådgivning och patientinformation tycks således vara förbi.

INFLYTANDE PÅ INDIVIDUELL NIVÅ

Vid sidan av de kollektiva påverkansmöjligheterna finns ett antal vägar för individen att påverka vården, både via *exit-* och *voice-*mekanismer, se tabell 1. Inom ramen för *voice* ryms möjligheten för patienten att inkomma med klagomål samt att själv vara delaktig i val av behandlingsmetod. Dessa påverkansmöjligheter presenteras kortfattat, därefter behandlas *val av vårdgivare*, som är ett exempel på en påverkansväg på individuell nivå där *exit-*mekanismen är verksamt.

Inflytande via patienters klagomål – behovet av en patienträttighetslag och HSAN:s förändrade roll. Sverige är fortfarande ett av de länder i Europa som saknar formell patienträttighetslagstiftning. Lagarna i sjukvården är istället utformade som skyldigheter för vårdgivare och vårdpersonal. Avsaknaden av patienträttighetslagstiftning medför att det blir svårare för en patient att utkräva sina rättigheter i vården, jämfört med hur det exempelvis ser ut i vissa andra nordiska länder. I Norge har patienter möjligheter att utkräva sina rättigheter, även beträffande ”mjukare” patienträttigheter såsom rätt till val av sjukhus, rätt till information samt rätt till delaktighet i beslut om behandling. Om patienten har försökt att få sina rättigheter uppfyllda genom att först lämna klagomål till vårdenheten och sedan till Helseilsynets lokala enhet, så finns det slutligen möjlighet för honom eller henne att gå till en vanlig domstol för att pröva sina rättigheter där (Helseilsynet 2010). Diskussioner om att införa en patienträttighetslag även i Sverige pågår dock för fullt. I ett delbetänkande från Patientmaktsutredningen föreslås att patienters ställning och inflytande i svensk sjukvård skall

stärkas genom införandet av en patientlag. Syftet med lagen är enligt utredningen att ”främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet” (SOU 2013:2, s. 11).

Den instans där patienter tidigare kunnat klaga då de varit missnöjda med vården, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), har sedan den 1 juli 2011 ersatts av Socialstyrelsen. Vid klagomål till HSAN riktades anmälan mot en enskild person i vården som kunde erhålla en ”varning” eller en ”erinran”. Till Socialstyrelsen är det möjligt för patienten att anmäla en viss händelse utan att utpeka en särskild individ. Tanken är att man skall gå bort ifrån ett ”syndabockstänkande” och istället utveckla vården i stort. Hur detta kommer att fungera i praktiken är än så länge oklart, och mycket talar för att den enskilda patientens inflytande snarare minskat än ökat genom denna förändring. Kritik har framförts i medierna av att den nya klagomålsinstansen inte hinner med sitt arbete och att man misslyckats med att tillvarata patienters rättigheter i detta avseende.

Inflytande via val av behandling. Rätten att själv välja behandling är en central princip i de flesta sjukvårdssystem. Historiskt sett har detta ofta inte varit fallet. Det traditionella idealet för patient-läkarrelationen har länge utgått från en paternalistisk syn där det är läkaren som ensam är ansvarig för beslutsfattandet på grundval av sitt biomedicinska kunskapsövertag. De senaste decennierna har dock en ny syn på patient-läkarrelationen vuxit fram utifrån kritik mot den traditionellt paternalistiska modellen. Utgångspunkten har varit att patienten bör ges en mer aktiv roll i behandlingen, vilket föranlett en omvärdering av

hur relationen mellan patient och läkare bör se ut. 1999 kom ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen som gjorde det möjligt för en patient att själv få välja behandling vid de tillfällen flera behandlingar är tillgängliga (SFS 1982:76 1 kap. 3§). Vidare finns även vårdpersonalens skyldighet att medverka till att patienten får välja inskriven i patient-säkerhetslagen (SFS 2010:659 6 kap. 7§). Lagförändringen 1999 motiverades med att den medicinska teknikutvecklingen gått framåt och att antalet behandlingsalternativ blivit fler på grund av detta. Den rättighet som ges i lagen är dock tämligen villkorad, eftersom det också står i lagen att patienten bara skall få välja behandling när det finns en rimlig proportion mellan kostnad och nytta och när kostnaderna för alternativen framstår som ”befogade”. Vidare kan man konstatera att patienten inte ges någon formell rättighet att utnyttja detta. Lagen är istället formulerad som en skyldighet som åläggs både landstingen och den enskilda sjukvårdspersonalen med ansvar för patienten i fråga.

När det gäller val av behandling har patientens läkare en central roll. Patienten behöver information om de olika behandlingsalternativen samt information om risker och konsekvenser av behandlingarna. Denna typ av information är ofta teknisk till sin natur, vilket gör läkaren till den främsta informationskällan. Forskningen visar emellertid att läkarkåren har olika inställning till patientens val och att de informerar patienterna i varierande utsträckning (Dixon et al. 2010, Winblad Spångberg 2003). För att underlätta för de patienter som själva vill vara med och bestämma behandlingsalternativ – och för att de inte enbart skall vara beroende av vårdpersonal för att välja – har man därför i flera länder, bl.a. England och USA,

utvecklat ”decision aids”, *beslutsstöd*. Ett beslutsstöd innehåller bland annat en detaljerad beskrivning av olika behandlingsalternativ och utfall, sannolikheter för olika utfall och risker samt övningar för att ta reda på hur patienten själv värderar risker och konsekvenser med olika behandlingar. Trots att den svenska lagstiftningen är relativt utvecklad är informationen bristfällig. Det finns, oss veterligen, ingen motsvarighet till de amerikanska beslutsstöden i Sverige. Behovet av fortsatt informationsarbete för att stärka patientens möjlighet att välja behandlingsform är därför stort.

Inflytande via val av vårdgivare. Redan i början av 1990-talet infördes den första valfrihetsreformen som syftade till att öka patienternas makt och inflytande genom att ge dem frihet att själva välja vårdgivare. De förväntade resultaten uteblev dock och i början av 2000-talet sjösattes en ny valfrihetsrekommendation. Men även denna reform implementerades dåligt. Eftersom reformen inte var legalt bindande hade staten ingen möjlighet att tvinga landstingen att införa reformen. Att landstingen själva fick utforma systemen medförde även stora skillnader över landet (Fredriksson & Winblad 2008).

VÅRDVAL I PRIMÄRVÅRDEN

Mot bakgrund av tidigare implementeringsmisslyckanden beslutade regeringen att lagstifta om vårdval. Samtliga landsting som införde valfrihetssystem var tvungna att göra det i enlighet med Lagen om valfrihetssystem (SFS, 2008:962). Från och med den 1 januari 2010 blev det obligatoriskt att införa vårdval i primärvården. I sam-

band med denna reform valde man även att införa etableringsfrihet för privata vårdgivare – något som tidigare enbart funnits i ett fåtal landsting. Reformen innebär att det är möjligt för privata vårdgivare att etablera sig var man vill i landet. Ersättningen till vårdgivarna, både offentliga och privata, följer sedan patientens val av vårdcentral. Målet med den nya reformen uttrycktes i propositionen på följande sätt: ”En mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården kan stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar samt bidra till förbättrad tillgänglighet. Genom att pengarna följer patienten kan ökad valfrihet också bidra till att stimulera kvalitetsutveckling eftersom stora patientgrupper kommer att söka sig till den inrättning som har bäst kvalitet. Det skapas därmed konkurrens som sporrar vårdens aktörer att förbättra kvalitet och tillgänglighet” (Prop. 2008/09:74). Ersättningsystemet i vårdvalsmodellerna ser delvis olika ut i de olika landstingen men har alla det gemensamt att ersättningen till vårdgivarna är beroende av patientens val – pengarna följer patienten. Kortfattat fördelas ersättning till vårdcentralerna på basis av att en vårdcentral listat en patient eller utfört exempelvis ett läkarbesök. Den nya reformen inom primärvården innebär således stora möjligheter för patienterna att själva aktivt styra vården genom sina val.

Formella möjligheter för patienten att välja vårdgivare är en förutsättning för att valfrihetssystem skall fungera, men det är inte tillräckligt för att målen skall uppnås. För att valfriheten skall få reella effekter, dvs. bli styrande för vårdens kvalitet, krävs dels kvalitetsinformation om de olika alternativen, dels vårdanställda som är behjälpliga när det gäller att stödja patientens val. Informationen,

som är basen för ett välgrundat val, bör optimalt beskriva både möjligheten för patienten att välja vårdgivare och hur valet går till i praktiken samt ge kvalitetsinformation om de olika utförare som patienten kan välja bland. Inte bara patienterna själva är betjänta av informationen. Hälso- och sjukvårdspersonalen behöver själva ta del av kvalitetsinformationen för att värdera den egna verksamheten och jämföra den med andra kliniker. Att inte framstå i dålig dager är en stark drivkraft för att förbättra verksamheten.

En forskningsöversikt över effekterna av vårdvalsreformen visar att vårdval tycks ha positiva effekter på patientnöjdheten. De patienter som aktivt valt vårdgivare anser sig vara mer nöjda med vårdens kvalitet än de som inte gjort ett aktivt val. Det kan finnas flera förklaringar till detta resultat. För det första är det möjligt att de som aktivt väljer vårdgivare helt enkelt väljer utförare som håller bättre kvalitet. En annan möjlig förklaring är att de patienter som gör aktiva val är en selekterad grupp individer, exempelvis högutbildade och höginkomsttagare, som generellt är mer nöjda även med andra aspekter i livet (Winblad et al. 2012). En annan positiv effekt av valfrihetsreformen är att vårdens tillgänglighet har ökat, framförallt genom att antalet nyetablerade vårdcentraler har ökat (ibid.).

VALFRIHET I SPECIALISTVÅRDEN

Beträffande val av specialistvård har patienter redan idag en formell möjlighet att välja var man vill behandlas, detta enligt överenskommelsen mellan dåvarande Landsförbundet och regeringen 1989. Denna möjlighet är

dock fortfarande inte särskilt känd bland befolkningen och inte heller inskriven i någon lag, vilket gör att det i praktiken kan vara svårt för patienter att välja sjukhus i vissa landsting. Efter det att vårdalet inom primärvården blivit en realitet i hela landet har frågan om liknande system skall implementeras för den öppna specialistvården aktualiserats i flertalet landsting. Stockholm, Uppsala och Skåne är de landsting som kommit längst. I Stockholms läns landsting finns det redan nu valfrihetssystem implementerade för förlossningsvård samt katarakt-, höft- och knäledsoperationer.

För att valfrihet inom specialistvården skall fungera som det är tänkt krävs det att primärvårdsläkarna tar ett aktivt ansvar för att informera patienten om rätten till valfrihet samt vilka tänkbara remissalternativ som finns tillgängliga. Olika studier, både svenska och engelska, visar dock att läkare endast i ringa utsträckning uppmärksammar patienternas behov av information om olika vårdgivare i remissituationen och att de ofta remitterar på samma sätt som tidigare (Dixon et al. 2010, Winblad 2008). Att läkaren inte är behjälplig i remitteringssituationen kan ha flera olika förklaringar. Studier visar exempelvis att vissa läkare inte ser det som sin roll att informera om valfriheten och olika remitteringsalternativ, utan att detta bättre sköts av andra personalgrupper. Andra läkare upplever att deras medicinska prioriteringar krockar med patientens önskemål om vart han eller hon vill remitteras. Patientansvaret gör det således problematiskt att stödja patientens val i de situationer där man upplever att patienten gör medicinskt felaktiga val (Winblad 2008). Om vårdvalssystemen fortsätter att växa inom specialistvården är det viktigt att landstingen ser

över primärvårdsläkarnas roll att ge patienterna remisser och informera om de olika vårdgivarna på ett objektivt och konkurrensneutralt sätt.

SAMMANFATTNING

Denna genomgång har visat att svenska patienter har möjlighet att påverka hälso- och sjukvården på både kollektiv och individuell nivå. För respektive nivå finns påverkansmöjligheter som använder sig av *exit-* respektive *voice-*mekanismer. På den kollektiva nivån sker påverkan dels genom allmänna val inom den traditionella demokratiska processen, dels genom patientorganisationernas agerande. Patientorganisationer har alltmer kommit att rikta sig mot den politiska arenan i sina försök att influera styrningen av sjukvården. På den individuella nivån har patientens möjlighet att klaga vid missnöje med vården ändrats i och med att HSN har ersatts med Socialstyrelsen. I ett färskt delbetänkande från Patientmaktutredningen föreslås dock att en patientlag skall införas för att stärka patientens ställning och inflytande i svensk sjukvård, och därmed skulle Sverige i enlighet med de övriga nordiska länderna ge sina patienter en betydligt större möjlighet att kräva sina rättigheter. Den kanske starkaste och mest omfattande patienträttighetsreformen är införandet av det obligatoriska vårdvalet. I och med LOV stärks patientens påverkansmöjlighet avsevärt genom att ersättningen följer patienten. Vårdcentraler är därmed beroende av att patienter väljer att lista sig hos dem, vilket antas generera en ökad kvalitetsmedvetenhet och kvalitetsförbättring. För att vårdvalet skall ge de förväntade positiva effekterna krävs det att patienterna har

tillgång till relevant och jämförbar information, både om valfrihetssystemet i sig och framförallt om vårdenheternas kvalitet. Här har både staten och landstingen en viktig roll för att förverkliga reella påverkansmöjligheter för landets patienter.

LITTERATUR

- Baggott, R. och Forster, R. (2008), **Health consumer and patients' organizations in Europe: towards a comparative analysis.** *Health Expectations*, 11(1), s.85–94.
- Blomqvist, P. och Rothstein, B. (2000), *Välfärdsstatens nya ansikte: demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*, Stockholm: Agora.
- Docteur, E. och Coulter, A. (2012), Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring. Rapport, Myndigheten för vårdanalys 2012:5.
- Dixon, A., Robertson, R., Appleby, J., Burge, P., Devlin, N. och Magee, H. (2010), Patient choice. How patients choose and how providers respond. Rapport, London: The King's Fund.
- Fredriksson, M. (2012), *Between Equity and Local Autonomy: A Governance Dilemma in Swedish Healthcare* (diss.), Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Fredriksson, M. och Winblad, U. (2008), "Consequences of a decentralised healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden", *Social Science & Medicine* 67(2), s.271-279.
- Helsetilsynet (2010), Klage och behandling, <http://www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Generelt-klage>
- Hirschman, A.O. (1970), *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations and States*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Newman, J. och Vidler, E. (2006), "Discriminating Customers, Responsible Patients, Empowered Users: Consumerism and

- the Modernisation of Health Care”, *Journal of Social Policy* 35(02), s.193–209.
- Prop (2008/09:74), Vårdval i primärvården.
- SFS (2010:659), patientsäkerhetslag.
- SFS (2008:962), lag om valfrihetssystem.
- SFS (1982:76), hälso- och sjukvårdslagen.
- Socialstyrelsen (2009), hälso- och sjukvårdsrapport, Stockholm.
- SOU (2013:2), patientlag.
- Virdeborn, C. (2006), ”Patientorganisation för paradontit – en god idé?” *Tandläkartidningen* 98:9, s.54–58.
- Winblad Spångberg, U. (2003), *Från beslut till verklighet: läkarnas roll vid implementeringen av valfrihetsreformer i hälso- och sjukvården*, Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Winblad, U. (2008) ”Do Physicians care about patient choice?” *Social Science & Medicine* 67(10), s. 1502–1511.
- Winblad, U. och Ringard, Å. (2009), ”Meeting rising public expectations: the changing roles of patients and citizens”, i J. Magnussen, K. Vrangbæk, och B.R. Saltman (red.) (2009), *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*, Maidenhead: Open University Press.
- Winblad, U. (2012), ”Hur kan patienter och medborgare påverka och styra hälso- och sjukvården”, Workshops 2011-2012, Forum för Health Policy, www.healthpolicy.se.
- Winblad, U., Isaksson, D. och Bergman, P. (2012), ”Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget”. Rapport, Myndigheten för vårdanalys 2012:2.
- Workshops 2011–2012, Forum för Health Policy, www.healthpolicy.se.

”Är du nyttig lille vän?”
– om produktionspåverkan, konsumtionspåverkan och den svenska etiska plattformen för prioriteringar

*Lars Sandman
& Emelie Heintz*

INLEDNING

I Sverige har vi en etisk plattform som skall styra de prioriteringar som görs inom hälso- och sjukvården. Denna plattform innehåller tre principer: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen (se nedan). När man beräknar kostnadseffektiviteten för en viss insats inom hälso- och sjukvården så tar man dels med direkta kostnader (dvs. sådana kostnader som är direkt förknippade med sjukvården), dels väger man in indirekta kostnader (exempelvis kostnader för produktionspåverkan och framtida konsumtion) – dvs. kostnader som faller på en annan sektor i samhället än hälso- och sjukvården. Under senare år har detta väckt en del diskussion framförallt eftersom man menar att det är diskriminerande gentemot äldre eller grupper som inte kan återgå i arbete. Detta då åtgärder som riktas till dessa grupper inte kan ge samma produktionsintäkter i form av återgång till arbete som åtgärder

som riktar sig till yngre arbetsföra individer. Som konsekvens blir deras framtida konsumtion endast en kostnad för samhället utan någon motsvarande vinst i form av ökad produktion. I denna uppsats analyserar vi huruvida det är etiskt försvarbart att väga in produktionspåverkan och framtida konsumtion när vi prioriterar hälso- och sjukvårdsinsatser¹ utifrån den svenska etiska plattformen.

DEN ETISKA PLATTFORMEN

Den etiska plattformen för prioriteringar utvecklades av Prioriteringsutredningen (Socialdepartementet 1995) och blev en del av hälso- och sjukvårdslagstiftningen när den fastställdes i riksdagsbeslut 1997 (Prop.1996/97:60). Plattformen består av tre principer, samt vissa ställningstaganden när det gäller alternativa principer som är viktiga att ta hänsyn till i detta sammanhang. De tre fastslagna principerna är människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dessa behandlas som lexikala i förhållande till varandra, dvs. människovärdesprincipen är överordnad behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen.

1. I relation till kostnadseffektivitetsberäkning uppkommer även andra etiska problem, som att de kan vara ålderdiskriminerande i sig på grund av sättet på vilket man beräknar effekter av åtgärder eller att storleken på den grupp som behandlas kan påverka kostnadseffektiviteten och innebära att en liten grupp där en åtgärd har goda effekter kan slås ut av en stor grupp även om åtgärden där har liten effekt.

Människovärdesprincipen

Människovärdesprincipen formuleras på följande sätt:

Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället (Socialdepartementet 1996/97).

Principen i sig säger dock inget mer om vad som avses med personliga egenskaper och funktioner i samhällen, men i prioriteringspropositionen görs följande tolkning:

Att respektera någons människovärde innebär att man alltid och under alla förhållanden betraktar och behandlar människan som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör. Människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter (rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv) som skall respekteras och att i dessa avseenden är ingen förmer än någon annan (Socialdepartementet 1996/97).

Vidare sägs det att:

Det är viktigt att slå fast att begåvning, social ställning, inkomst, ålder etc. inte får avgöra vem som skall få vård eller kvaliteten på vården (Socialdepartementet 1996/97).

I en vidare tolkning av människovärdesprincipen sägs att:

Det är en form av diskriminering och oförenligt med de etiska principerna att generellt låta behoven stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil eller ekonomiska och sociala förhållanden. Däremot är det förenligt med de etiska principerna att i det enskilda fallet ta hänsyn till

omständigheter som begränsar nyttan av medicinska åtgärder (Socialdepartementet 1996/97).

I regeringens proposition görs bedömningen att det är oförenligt med människovärdesprincipen att prioritera på basis av social status, ekonomisk ställning, kronologisk ålder eller om behoven uppkommit genom en negativ livsstil eller kan anses vara självförvållade (Socialdepartementet 1996/97). I linje med detta kan man även dra slutsatsen att vi inte bör göra skillnad utifrån kön, även om det inte anges explicit i propositionen.

Prioriteringsutredningen gör en distinktion mellan kronologisk och biologisk ålder där kronologisk ålder är den ålder som är kopplad till födelsedatum, medan biologisk ålder avgörs av organens och kroppen funktion. Människovärdesprincipen tillåter inte att man tar hänsyn till kronologisk ålder hos patienten eller att man tillämpar generella kronologiska åldersgränser vid prioriteringar, om inte den kronologiska åldern generellt är förknippad med omständigheter som begränsar eller påverkar effekten av en behandling.

En patients biologiska ålder i form av nedsatta fysiologiska resurser – som påverkar möjligheten att tillgodogöra sig åtgärder eller som leder till att riskerna överväger nyttan eller leder till risk för allvarliga komplikationer – kan dock vägas in.

Likaså avisar Prioriteringsutredningen att till exempel låg födelsevikt och självförvållade skador och sjukdomar eller en skadlig livsstil skulle kunna ligga till grund för prioritering. Det senare avisas med motiveringen att vi kan ha saknat kunskap om orsakssambanden mellan vår livsstil och sjukdomen samt att våra sociala förhållanden påverkar vårt beteende (Socialdepartementet 1995). Där-

emot kan livsstilen vägas in i det enskilda fallet när det bedöms om patienten kommer att ha nytta av åtgärden ifråga, givet patientens fortsatta livsstil.

Propositionen avvisar att patientens ekonomiska ställning skall få spela roll för huruvida patienten kommer i åtnjutande av vård och omsorg eller inte. Man menar att i princip skall patientens förmåga att kunna betala för sin vård inte få ha något inflytande på väntetidens längd eller vårdens medicinska kvalitet.

Detsamma gäller patientens sociala förhållanden, t.ex. om patienten har en viss ställning eller ett visst ansvar i samhället.

Propositionen konstaterar att människors lika värde och lika rätt inte ger någon direkt vägledning vid prioriteringar. Människovärdesprincipen kompletteras därför med behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Behovs-solidaritetsprincipen

Behovs-solidaritetsprincipen säger:

Resurserna bör fördelas efter behov (Socialdepartementet 1996/97).

Enligt propositionen innebär principen att mer av hälso- och sjukvårdens resurser bör fördelas till dem som har de största behoven, de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta skall gälla även om inte alla får sina behov tillgodosedda. Behovets storlek beror av sjukdomens svårighetsgrad men även av dess varaktighet.

I Prioriteringsutredningen kopplas behovs-solidaritetsprincipen till hälso- och sjukvårdslagens portalpara-

graf, där det sägs att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Detta menar man är ett uttryck för solidaritet och syftar till att utjämna skillnader i tillgänglighet, men även i utfall. Patienters olika förutsättningar när det gäller utgångsläge och möjlighet att tillgodogöra sig behandling omöjliggör dock en fullständig utjämning. I propositionen uttrycks detta som att solidaritetsaspekten av principen innebär en strävan efter ett så lika utfall som möjligt när det gäller hälsa och hälsorelaterad livskvalitet i samhället (Socialdepartementet 1996/97).

Detta innebär att hälso- och sjukvården har utrymme att prioritera grupper som ligger längre från ett jämlikt hälsorelaterat livskvalitetsutfall än grupper som redan har relativt god hälsa eller hälsorelaterad livskvalitet. Det är dock viktigt att betona att hälso- och sjukvården inte har ett ansvar för att utjämna allmänna livskvalitetsskillnader i samhället eller kompensera grupper för skillnader på andra områden (exempelvis socioekonomiska skillnader), utan att det handlar om att utjämna skillnader kopplade till den form av hälsa och livskvalitet som kan påverkas med vårdåtgärder. Ett sådant tänkande ligger ju väl i linje med behovsprincipens idé om att prioritera det största behovet eftersom grupper med större behov ligger längre från ett jämlikt hälso- och livskvalitetsutfall.

Solidaritetsaspekten är även kopplad till att det är väsentligt att särskilt beakta behoven hos de svagaste grupperna som inte själva kan göra sin röst hörd. Det innebär dock inte automatiskt att dessa grupper skall få en högre prioritering utan endast att deras behov skall bedömas på samma sätt som andra gruppers behov.

Kostnadseffektivitetsprincipen

Den tredje principen är kostnadseffektivitetsprincipen, som säger:

Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet eftersträvas (Socialdepartementet 1996/97).

I propositionen framgår att svåra tillstånd och väsentliga livskvalitetsskillnader skall gå före lindrigare tillstånd även om åtgärderna gentemot de förra är förknippade med förhållandevis högre kostnader. Propositionen lyfter vidare fram att man i bedömningen av kostnadseffektivitet även måste väga in negativa sidoeffekter av de åtgärder som bedöms. Att verksamheten bedrivs kostnadseffektivt får däremot aldrig innebära att man underlåter att ge vård till eller försämrar kvaliteten på vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra som är i en liknande situation (Socialdepartementet 1996/97).

Det sägs att principen endast bör tillämpas vid val av åtgärder i förhållande till samma sjukdom. Detta ställningstagande har till viss del modifierats i den lagstiftning som ligger till grund för beslut om att nya läkemedel skall ingå i läkemedelsförmånen, där kostnadseffektiviteten använts för jämförelser mellan sjukdomar och ur ett samhälleligt perspektiv (Socialdepartementet 2002). Detta är även det sätt som kostnadseffektivitetsprincipen tillämpas i arbetet med nationella riktlinjer på Socialstyrelsen.

Alternativa principer som avvisas

Regeringens prioriteringsproposition tar upp två alternativa eller kompletterande principer för prioritering som avvisas: självbestämmandeprincipen och efterfrågeprincipen. I Prioriteringsutredningen tas ytterligare två principer upp: nyttoprincipen och lotteriprincipen – vilka även de avvisas. I detta sammanhang förefaller det endast vara avvisandet av en nyttoprincip som kan ge en viss vägledning för hur vi skall förhålla oss till produktions- och konsumtionspåverkan (det skall dock betänkas att det inte finns någon referens till nyttoprincipen i propositionen).

Nyttoprincipen säger att de åtgärder bör prioriteras som i kombination med storleken på den grupp som drabbas ger störst aggregerad nytta. Denna avvisas med motiveringen att små nyttor för en stor grupp inte kan väga upp en stor nytta för en enskild individ. Däremot sägs det att nyttan för den enskilda patienten får vägas in och att detta inte strider mot behovs-solidaritetsprincipen (Socialdepartementet 1995).

ATT VÄGA IN PRODUKTIONSPÅVERKAN OCH FRAMTIDA KONSUMTION – NÅGRA EXEMPEL

När man utvärderar huruvida en viss behandling A är kostnadseffektiv eller inte görs det alltid i förhållande till en alternativ behandling B som antingen kan vara sedvanlig vård eller en annan ny behandling. De två behandlingsalternativen jämförs med avseende på både kostnader och effekter, och utifrån skillnaderna i dessa beräknas en så kallad inkrementell kostnadseffektkvot enligt nedanstående formel:

$$\text{Inkrementell kostnadseffektkvot} = \frac{\text{Kostnader}_A - \text{Kostnader}_B}{\text{Effekter}_A - \text{Effekter}_B} = \text{Kostnad per effektenhet}$$

Om behandling A har både bättre effekt och kostar mindre än behandling B är slutsatsen om vilken metod som är kostnadseffektiv självklar (dvs. det är behandling A). Om behandling A är bättre men dyrare än behandling B blir det däremot svårare. Syftet med analysen är då att avgöra hur relationen mellan kostnaderna och effekterna ser ut så att beslutsfattare inom hälso- och sjukvården kan bedöma om den extra effekt behandling A ger är värd de extra resurser som krävs för att uppnå den effekten.

Det rekommenderas av flera beslutsfattande organisationer att effekten som används i analyserna skall uttryckas i kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Måttet 1 QALY motsvarar full livskvalitet/hälsa under ett år, och livskvalitet/hälsa mäts på en skala från 0 till 1. Det innebär att man även kan uppnå 1 QALY genom att leva med en livskvalitet på 0,5 under två år. Fördelen med QALY-måttet är att det kombinerar behandlingarnas effekt på överlevnad och livskvalitet i ett enda mått och därför fångar båda dessa patientnära aspekter. Resultatet från kostnadseffektivitetsanalysen presenteras som en kostnad per vunnet QALY.

På kostnadssidan i kvoten ingår allt som går att beräkna i monetära termer, och detta representerar alltså egentligen nettokostnaden, dvs. kostnader minus intäkter. Enligt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) rekommendationer skall de poster som ingår i nettokostnaden vara dels direkta kostnader för själva behandlingen, sjukhuskostnader, kostnader för patienten etc.; dels indirekta kostnader i form av förändringar i produktion och konsumtion.

Även om kostnader i form av produktionspåverkan kan uppstå i samband med att en behandling pågår är det även ett vanligt scenario att en behandling bidrar till att individer kan återgå till arbetet. Då innebär förändringen i produktion istället en intäkt. Om denna intäkt skattas till olika värde för olika åldrar eller kön kan det leda till att en behandling har en högre kostnad per QALY för äldre än för yngre och för kvinnor än för män. Ett sätt att beräkna värdet av produktion är att sätta det till lika med individernas bruttolön plus arbetsgivaravgifter, dvs. till lika med vad arbetsgivaren betalar för att ha dem anställda. Arbetsgivaren antas vara villig att anställa så länge som varje extra anställd producerar till ett värde som motsvarar minst lika mycket som det kostar att ha dem anställda i form av löner och andra avgifter. TLV rekommenderar att man använder genomsnittliga bruttolöner plus arbetsgivaravgifter för olika åldersgrupper. Nedan följer ett exempel på hur kostnadseffektberäkningarna kan se ut i en jämförelse av två läkemedel för en patientgrupp i arbetsför ålder respektive en patientgrupp som gått över pensionsåldern. Vi antar i exemplet att det finns två olika behandlingar, behandling A och behandling B, och att behandling A kostar mer än behandling B samtidigt som den har bättre effekt.²

	<i>Behandling A</i>	<i>Behandling B</i>
Kostnad	100 000 kr	40 000 kr
Effekt	4,3 QALY	4,2 QALY

2. För tydligheten i vårt exempel antas behandlingarna ha samma effekt på QALY oavsett åldersgrupp.

Den ökade effekten som behandling A bidrar med har också en påverkan på individernas möjlighet att återgå i arbete. För individer över pensionsålder räknas ingen ökad produktion med i kalkylen då de inte antas kunna återgå i arbete. I gruppen som består av individer i arbetsför ålder ökar emellertid behandling A produktionen med ett värde på 20 000 kr.

Kostnadseffektkvoten för individer i arbetsför ålder blir då:

$$\frac{(100\,000\text{ kr} - 20\,000\text{ kr}) - 40\,000\text{kr}}{4,3\text{ QALYs} - 4,2\text{ QALYs}} = \frac{40\,000\text{kr}}{0,1} = 400\,000\text{ kr/QALY}$$

Kostnadseffektkvoten för individer över pensionsåldern blir istället:

$$\frac{100\,000\text{ kr} - 40\,000\text{kr}}{4,3\text{ QALYs} - 4,2\text{ QALYs}} = \frac{60\,000\text{kr}}{0,1} = 600\,000\text{ kr/QALY}$$

Alltså kan vi konstatera att kostnaden per QALY kan påverkas av huruvida produktion tas med i beräkningen eller inte. För att sätta siffrorna i perspektiv kan man använda sig av Socialstyrelsens bedömning, enligt vilken 100 000–499 999 kronor per QALY definieras som en måttlig kostnad och 500 000–999 999 kronor per QALY definieras som en hög kostnad (se t.ex. Socialstyrelsen 2010).

När en behandling leder till ökad överlevnad kommer även påverkan på konsumtion in i bilden. Det gäller alltså kostnaden för vad en individ konsumerar i form av mat, kläder, hälso- och sjukvård, utbildning etc. Värdet av konsumtion minus produktion för den ökade överlevnadstiden läggs då till på kostnadssidan i analysen. För individer som antas producera ungefär lika mycket som de konsumerar påverkas inte kostnaden per QALY så mycket. För individer som på grund av sjukdom eller funktions-

hinder inte kan arbeta under den ökade levnadstiden eller som på grund av ålder antas producera mindre än vad de konsumerar leder detta istället till en ökad kostnad per QALY. Nedan följer ett exempel på hur detta kan slå på kostnadseffektiviteten av ett läkemedel som förlänger överlevnaden hos en grupp som kan fortsätta arbeta respektive en grupp som är för sjuk för att kunna arbeta under den ökade levnadstiden. Även här antar vi att vi har två behandlingar, behandling A och behandling B, och att behandling A kostar mer än behandling B samtidigt som den har bättre effekt.

Exempel 2

	<i>Behandling A</i>	<i>Behandling B</i>
Kostnad	100 000 kr	60 000 kr
Effekt	4,3 QALY	4,2 QALY

Vi antar här att skillnaden i effekt består av 73 dagars längre överlevnad med behandling A än med behandling B och att livskvaliteten inte påverkas med någon av behandlingarna (patienterna ligger konstant på en livskvalitetsvikt på 0,5). För överlevnadstiden (73 dagar) tillkommer en kostnad på 30 000 kronor för konsumtion oavsett om individerna kan arbeta eller inte. För individer som kan arbeta under åren som tillkommer dras värdet av ökad produktion av från kostnaderna. I detta fall kan vi anta att värdet av produktionen är 25 000 kronor. Kostnadseffektkvoten för individer som *inte* kan arbeta under överlevnadstiden blir då:

$$\frac{(100\,000\text{ kr} + 30\,000\text{ kr}) - 60\,000\text{kr}}{4,3\text{ QALYs} - 4,2\text{ QALYs}} = \frac{70\,000\text{kr}}{0,1} = 700\,000\text{ kr/QALY}$$

Kostnadseffektkvoten för individer som kan arbeta under överlevnadstiden blir istället:

$$\frac{(100\,000\text{ kr} + 30\,000\text{kr} - 25\,000) - 60\,000\text{kr}}{4,3\text{ QALYs} - 4,2\text{ QALYs}} = \frac{45\,000\text{kr}}{0,1} = 450\,000\text{ kr/QALY}$$

Alltså kan vi även här se att produktion och konsumtion spelar en stor roll för kostnaden per QALY. Att produktions- och/eller konsumtionskostnader vägs in skulle i det här fallet kunna innebära att gruppen med det lindrigare tillståndet ges behandling men att gruppen med det svårare tillståndet som inte kan återgå i arbete nekas behandling (om vi tillämpar Socialstyrelsens gränser). Detta beror emellertid på hur man värderar att något går från medelhög till hög kostnad per QALY. I vissa fall kommer naturligtvis skillnaden i kostnad per QALY mellan olika grupper att bli ännu större än i vårt exempel. För den ena gruppen kanske kostnaden fortfarande blir medelhög per QALY medan det för den andra gruppen blir en mycket hög kostnad per QALY (dvs. över 1 000 000 kronor om vi tillämpar Socialstyrelsens gränser), något som skapar ännu mer tveksamhet kring huruvida behandlingen bör erbjudas eller inte.

PRODUKTIONSPÅVERKAN OCH FRAMTIDA
KONSUMTION I RELATION TILL
DEN ETISKA PLATTFORMEN

Människovärdesprincipen

Att ta hänsyn till huruvida människor är i lönearbete eller inte och dra gränsen för detta vid pensionsåldern förefaller strida mot två aspekter av människovärdesprincipen, förbudet mot att väga in kronologisk ålder och hänsynstagandet till social och ekonomisk ställning.

Eftersom patienters bidrag till produktionen och därigenom till den samhälleliga nyttan genom nettoinbetal-

ning av skatt på lön slutar att räknas vid pensionsåldern tar man uppenbarligen hänsyn till kronologisk ålder – dvs. även om det finns grupper som bidrar med informell produktion efter pensionsåldern så tar man normalt inte hänsyn till detta i sina kostnadseffektivitetsberäkningar. Men oavsett om man skulle höja gränsen för när produktionspåverkan räknas så skulle det innebära att man tar hänsyn till kronologisk ålder – så länge man drar en gräns. Även om man skulle ta hänsyn till informell produktion (dvs. sådana aktiviteter som inte är lönearbete men ändå är värdefulla för samhället) är det troligt att ju äldre man blir, desto mindre har man möjlighet att bidra med. Även om detta inte skulle innebära att man drar en skarp åldersgräns så innebär det fortfarande (om beräkningen skall vara realistisk) att man väger in ålder och hur möjligheterna att vara produktiv förändras med åldern.

Skulle det kunna ses som att man snarare tar hänsyn till biologisk ålder? Ett argument som framförts har varit att skälet till att man pensioneras vid en viss ålder är att personers biologiska möjligheter att arbeta försämras, vilket sätter gränser för hur länge man kan arbeta. Det är visserligen sant – men i den etiska plattformen kopplas snarare biologisk ålder till möjligheten att tillgodogöra sig en viss hälso- och sjukvårdsåtgärd, och de flesta personer som pensioneras har fortfarande en biologisk ålder som inte hindrar att de tillgodogör sig effekten av olika medicinska åtgärder. Om vi skulle göra en bedömning av vikande möjligheter till informell produktion i relation till ålder skulle det dock kunna ses som att vi snarare utgår från biologisk ålder, dvs. personers försämrade biologiska möjligheter att vara aktiva och produktiva. Samtidigt förefaller det vara en alltför vid tolkning av hur

biologisk ålder tillåts att vägas in i den etiska plattformen. I propositionen kopplas biologisk ålder till möjligheten att göra nytta med en viss åtgärd för personen, och i detta fall är det ju inte den direkta effekten av biologisk ålder på en åtgärds nytta för individen som räknas in. En person som har försämrade möjligheter att bidra till formell eller informell produktion kan ju i många (de flesta) fall tillgodogöra sig hälso- och sjukvårdsåtgärder.

Oavsett om vi skulle dra en viss åldersgräns eller inte för när vi tar hänsyn till produktionspåverkan är det ändå problematiskt att vi tar hänsyn till huruvida en grupp kan återgå i arbete eller inte, eftersom vi då tar hänsyn till gruppens sociala ställning (och indirekt även deras ekonomiska ställning). I den mån man använder sig av gruppindelad lönestatistik för att beräkna produktionskostnader kan hänsyn till faktiska skillnader mellan män och kvinnor, eller mellan olika yrkeskategorier (i den mån det aktualiseras), leda till att man ytterligare väger in social ställning. I vilken mån detta leder till skillnader i kostnadseffektivitet när det gäller konkreta åtgärder är en öppen fråga – men om det är åtgärder som framförallt riktar sig till kvinnor eller män kan det naturligtvis få genomslagskraft. Hänsyn till produktionspåverkan och framtida konsumtion kan alltså leda till att en viss åtgärd får en sämre kostnadseffektivitet för en viss grupp. Beroende på hur stor hänsyn som tas till kostnadseffektiviteten kan det innebära att denna grupp inte får tillgång till denna åtgärd. De grupper som då framförallt riskerar att drabbas av att man tar hänsyn till produktionspåverkan och framtida konsumtion är grupper som inte arbetar eller som generellt har lägre lönenivåer – dvs. grupper över en viss ålder eller som har en viss social ställning.

Behovs-solidaritetsprincipen

Enligt behovs-solidaritetsprincipen skall prioriteringen framförallt vägledas av hur stort behovet hos patientgruppen är vägt mot effekten av åtgärden. Ju större behovet är, desto mer angelägen anses åtgärden vara. Eftersom det i den ursprungliga formuleringen av plattformen betonas att behovs-solidaritetsprincipen väger tyngre än kostnadseffektivitetsprincipen kan vi vid ett större behov acceptera en högre kostnad per QALY. Om hänsyn till produktionspåverkan och framtida konsumtion i kostnadseffektivitetsbedömningen påverkar en grups möjligheter att få tillgång till en åtgärd de har ett behov av och detta behov bedöms som stort är det enligt behovs-solidaritetsprincipen mer problematiskt att väga in dessa aspekter. En tolkning av detta skulle kunna vara att det är mindre problematiskt att väga in produktions- och konsumtionspåverkan när det gäller åtgärder riktade mot mer lindriga tillstånd (men det kan fortfarande vara problematiskt om vi tolkar människovärdesprincipens ramar som mer absoluta). Detta eftersom den etiska plattformen generellt signalerar att om vi måste avstå från vård och behandling så bör detta i första hand drabba lindriga tillstånd (se Sandman och Tinghög 2011). Vilka effekter skulle det då ha att endast ta hänsyn till indirekta effekter när det gäller lindriga tillstånd?

Om vi jämför åtgärder som riktar sig till två olika grupper som båda har lindriga tillstånd men varav bara den ena gruppen kommer att kunna återgå i arbete (den andra gruppen kan inte det på grund av ålder eller sjukdom), så kommer man att få en produktionsintäkt hos gruppen som kan återgå i arbete men inte hos den andra gruppen. Det innebär, beroende på vad kostnadseffektkvoten för

de olika åtgärderna blir, att den grupp som inte kan återgå i arbete kan bli utan åtgärden trots att den kommer att ges till gruppen som kan återgå i arbete. För lindriga tillstånd blir frågan om konsumtion sällan aktuell då åtgärder som riktar sig till dessa tillstånd sällan har som syfte att förlänga livet.

Om vi däremot jämför åtgärder riktade till en grupp med lindriga tillstånd som kan återgå i arbete och en grupp som har svårare tillstånd (och där vi enligt ovanstående resonemang inte väger in indirekta effekter), så kan gruppen med de lindriga tillstånden få en fördel i jämförelse med gruppen med svårare tillstånd eftersom den förra gruppen vinner på att vi väger in produktionspåverkan. Detta eftersom kostnadseffektkvoten för gruppen med det svårare tillståndet, där vi inte väger in produktionspåverkan eller framtida konsumtion, då inte påverkas alls medan gruppen med det lindrigare tillståndet kan tillräknas en extra intäkt i form av ökad produktion.

Om vi i enlighet med den etiska plattformen balanserar behovets storlek mot kostnadseffektiviteten och prioriterar det svårare tillståndet framför det mindre svåra tillståndet, så skapar alltså hänsyn till produktionspåverkan när det gäller lindriga tillstånd möjlighet till att de lindriga tillstånden kan få en fördel som motverkar intentionen hos plattformen. Denna effekt kan bli än mer påtaglig om det handlar om tillstånd som ligger precis över och under gränsen för när dessa hänsyn skall tas respektive inte tas. Här är det viktigt att betona att man enligt plattformen bör acceptera en högre kostnad per QALY när det gäller svårare tillstånd – på det sättet kanske hänsynstagandet till produktionspåverkan för lindrigare tillstånd ändå kompenseras för de svåraste tillstånden. Problemen kan trots

det kvarstå för de tillstånd som ligger i direkt anslutning till den gräns vi drar mellan lindriga och svårare tillstånd.

Detta leder över till ett annat problem med en sådan gränsdragning som handlar om *var* vi skall dra gränsen mellan lindriga tillstånd (där vi ta hänsyn till produktionspåverkan) och svårare tillstånd (där vi inte ska ta hänsyn). När blir alltså ett tillstånd tillräckligt allvarligt för att vi inte skall ta hänsyn till dessa indirekta effekter längre? Överhuvudtaget måste man noga undersöka vilka effekter på systemnivå sådana skilda måttstockar kan få. Utan en sådan noggrann analys förefaller det problematiskt att tillämpa skilda måttstockar för skilda tillstånd.

Solidaritetsaspekten av principen säger att vi bör eftersträva att utfallet av hälsa i befolkningen blir så lika som möjligt – vilket innebär att de som har en god hälsa eller bättre möjligheter till hälsa bör vara solidariska och i vissa fall avstå resurser för att de med sämre möjligheter eller som ligger längre från en acceptabel hälsa skall få möjlighet att uppnå ett mer lika utfall. Om hänsynen till produktionspåverkan och framtida konsumtion leder till att vissa patientgrupper får sämre möjligheter att uppnå ett lika utfall, så förefaller det strida mot behovs-solidaritetsprincipen och det kan anses vara mer problematiskt om det handlar om en grupp som ligger längre från ett sådant lika utfall (dvs. har ett svårare tillstånd) än om det rör sig om en grupp som ligger närmare ett lika utfall (dvs. har ett lindrigare tillstånd).

Kostnadseffektivitetsprincipen

I relation till formuleringen av kostnadseffektivitetsprincipen sades det ovan att kravet på kostnadseffektivitet inte får innebära att man underlåter att ge vård till vissa

specificerade grupper: döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra i en liknande situation. Eftersom det i stort sett är dessa grupper som skulle påverkas om man väger in produktions- och konsumtionspåverkan är det ytterligare ett argument utifrån den etiska plattformen att inte väga in dessa aspekter – om det leder till att deras lika tillgång till vård och behandling påverkas. I detta sammanhang sägs även att vi kan acceptera en sämre kostnadseffektivitet vid svårare tillstånd. Även om de som skulle drabbas av att vi väger in produktions- och konsumtionspåverkan inte faller in under de grupper som räknas upp här men trots det lider av svåra tillstånd, så bör vi även i det fallet vara försiktiga med att låta det påverka tillgången till vård och behandling.

Avvisandet av en nyttoprincip

Ett sätt att tolka avvisandet av en nyttoprincip är att när vi bedömer nyttan av en åtgärd så skall det begränsas till att bedöma nyttan för den enskilda patienten eller patientgruppen. Att därmed bedöma nyttan för samhället (i form av huruvida patientgruppen kan återgå i arbete eller annan produktiv sysselsättning) förefaller strida mot det ställningstagandet.

SLUTSATSER UTIFRÅN DEN ETISKA PLATTFORMEN

En övergripande slutsats av hur den etiska plattformen förefaller förhålla sig till att vi väger in produktions- och konsumtionspåverkan är att den på flera olika sätt ger argument för att vi inte bör låta det vägas in, eller åtmins-

tone inte vara avgörande för huruvida en viss grupp (framförallt med ett svårt tillstånd) får tillgång till behandling eller ej. Nu är det viktigt att påpeka att den etiska plattformen inte är huggen i sten utan kan ifrågasättas på olika grunder och att det finns etiska argument som skulle kunna stödja att vi väger in indirekta effekter. Exempelvis om vi breddar diskussionen av vad det är som skall fördelas lika och tillåter hänsyn till kronologisk ålder, eller om vi intar ett mer utilitaristiskt synsätt som fokuserar på den totala nyttan av ett visst handlingsätt snarare än hur denna fördelas (se exempelvis Harris 1985 och Tännsjö 1998). Det finns dock inte utrymme att gå in på dessa alternativa synsätt i detta sammanhang.

ÄR DET ETISKT FÖRSVARBART ATT STRUNTA I PRODUKTIONSPÅVERKAN OCH FRAMTIDA KONSUMTION?

Enligt resonemanget ovan är det alltså inte etiskt opproblemiskt att väga in produktionspåverkan och framtida konsumtion utifrån den etiska plattformen. Skall vi således strunta i det? Ett problem är att om vi *inte* väger in vilka gemensamma resurser som kan genereras, så kan vi hamna i en situation där vi får en rättvis fördelning i termer av en fördelning som åstadkommer så lika möjligheter eller ett så lika utfall som möjligt – men på en lägre nivå (Williams 1992). Är detta ett troligt och i så fall ett önskvärt scenario?

För det första bygger detta på att hänsyn till produktions- och konsumtionspåverkan faktiskt tillåts att spela en roll för huruvida åtgärder erbjuds inom hälso- och sjukvården eller inte. Om de ingår i bedömningen men sällan

eller aldrig spelar någon roll för beslut om att erbjuda åtgärder kommer sådana hänsyn inte ha någon påverkan på den totala fördelningskakan och därmed förefaller de ju inte fylla någon positiv roll – men kan fortfarande fylla en negativ roll genom sin påverkan på vår bedömning av huruvida vi lever i ett rättvist samhälle eller ej.

Om vi skulle ta hänsyn till produktions- och konsumtionspåverkan och låta det påverka i vilken mån vi erbjuder åtgärder inom hälso- och sjukvård så kan det naturligtvis påverka den totala fördelningskakan i samhället på ett positivt sätt. Och vice versa, på ett negativt sätt om vi inte tar hänsyn till det. Skulle en sådan förändrad kaka påverka tilldelningen till hälso- och sjukvården? Kan vi på ett övertygande sätt argumentera för att om vi inte väger in produktions- och konsumtionspåverkan så kommer det att påverka människors möjligheter till hälso- och sjukvård totalt sett (och därmed den totala hälso-/livskvalitetsnivån som kan kopplas till hälso- och sjukvård i samhället) på ett negativt sätt? Ett problem med det resonemanget är att befolkningen i vårt och även andra välfärdssamhällen förefaller vara starkt motiverad att lägga en ansevärd del av sina skattekröner på just hälso- och sjukvård, och ofta uttrycks detta som att man är mer motiverad att lägga pengar där än på många andra samhällssektorer. Om det stämmer skulle en minskad total kaka inte i första hand drabba hälso- och sjukvården, dvs. den skulle i stor utsträckning få behålla storleken på kakan, utan detta skulle snarare drabba andra samhällssektorer. Detta kan naturligtvis i sin tur ha en indirekt påverkan på människors hälsa och framförallt livskvalitet. Men om inte den totala kakan påverkas radikalt mycket skulle man trots en sådan påverkan åtminstone kunna få

fortsatt samma hälso- och sjukvård för att bidra till hälsa/livskvalitet (det är ju många andra faktorer som bidrar till att påverka detta).

Om vi å andra sidan väger in produktions- och konsumtionspåverkan på ett sätt som faktiskt kan påverka den totala kakan på ett substantiellt sätt, så kräver det förmodligen att vi i större utsträckning differentierar när det gäller att erbjuda åtgärder till de grupper som inte bidrar till fortsatt produktion. Vi skulle då ha en större kaka men en fördelning av hälso- och sjukvård som inte följer fördelning efter behov – något som förmodligen strider mot många människors uppfattning om hur man skall fördela något så viktigt som hälso- och sjukvård. Skulle då denna ökade kaka användas för hälso- och sjukvård och hur skulle den fördelas? Skall den användas till att finansiera ytterligare hälso- och sjukvård och i så fall för de grupper som nekats åtgärder (Olsen och Richardson 1999)? I så fall förefaller vi vara tillbaka där vi startade – dvs. att alla får hälso- och sjukvård efter behov. Om inte, skall dessa resurser användas för att ytterligare förstärka skillnader när det gäller hälso- och sjukvård?

Michael Drummond och medarbetare (2005) har gett ett antal förslag på hur man skulle kunna väga in produktions- och konsumtionspåverkan för att till viss del hantera de svårigheter som vi diskuterat. Låt oss ta upp tre av hans förslag som framförallt förefaller ha en inverkan på den etiska diskussionen.

- Rapportera de indirekta kostnaderna i analysen (dvs. sådant som produktions- och konsumtionskostnader) separat och på så sätt ge beslutsfattare möjlighet att ta ställning till om de vill väga in det eller inte.

- Redovisa antalet dagar i arbete som man förlorar eller vinner separat från det pris som används för att värdera dem.
- Beakta vilka implikationer på rättvisa som kan uppstå av att inkludera produktions- och konsumtionspåverkan och använda känslighetsanalyser (där man varierar olika faktorer) för att bedöma hur användning av mer rättvisa skattningar skulle påverka resultatet. Ett exempel är att testa hur analysens resultat skulle påverkas av att använda mer generella lönenivåer istället för löner justerade för ålder, kön eller sjukdom.

I det första förslaget ger man alltså beslutsfattare möjlighet att välja huruvida de vill väga in produktions- och konsumtionspåverkan eller inte. Beslutsfattare får i det läget möjlighet att få en bild av hur detta kan påverka den totala kakan men ges samtidigt möjlighet att bortse från det om rättvisaspekterna anses överväga. I detta fall överläts alltså beslutet till de beslutsfattare som har i uppdrag att göra prioriteringen mellan olika vårdåtgärder eller behandlingar. Detta innebär att man egentligen inte tar ställning generellt till huruvida produktions- och konsumtionspåverkan är etiskt acceptabelt att väga in eller inte, utan snarare gör det till en fråga om vad som är socialt acceptabelt (eller motsvarande). Detta är i linje med en rekommendation från den amerikanske filosofen Dan Brock (Brock 2003). Ett problem med det är att det kan göra bedömningen godtycklig och beroende av vad de beslutsfattare som för tillfället skall fatta beslutet har för uppfattningar. Och om vår tolkning när det gäller den etiska plattformen stämmer så skulle det dessutom innebära att man, om man följer Drummonds första förslag,

gör avsteg från denna. Det skulle kunna leda till att förtroendet för plattformen urholkas. Här förefaller det vara mer i linje med tanken på öppna prioriteringar (som är en stark värdering i plattformen) att försöka komma fram till i vilka situationer indirekta effekter bör vägas in och förtydliga eller modifiera plattformen så att det finns en överensstämmelse.

Ett sätt att tänka mer systematiskt kring en sådan situation med koppling till den etiska plattformen som redovisades ovan är att säga att man generellt inte skall ta hänsyn till dessa faktorer om det leder till ojämlig tillgång på vård när det handlar om svåra sjukdomstillstånd – medan det är mer berättigat att väga in om det rör sig om lindrigare tillstånd. Men vi sade ovan att det finns problem med ett sådant synsätt som i så fall måste redas ut ytterligare genom fördjupad normativ analys. Huruvida det är tillräckligt för att kunna göra skillnad när det gäller den totala kakan är även det en öppen empirisk fråga. Likaså om detta skulle vara acceptabelt utifrån ett medborgarperspektiv eller hur det skulle påverka vår upplevelse av huruvida vi lever i ett rättvist samhälle eller inte. Här kan det i så fall även behövas empiriska studier för att besvara frågan.

I det andra förslaget finns det ju möjlighet att lägga fokus på i vilken utsträckning en viss vårdåtgärd eller behandling påverkar patientgruppens möjlighet att återgå till normala aktiviteter oavsett om detta är arbete eller andra aktiviteter. I den mån man endast fokuserar på den aspekten (och den berör ju endast produktionspåverkan) och inte väger in kostnaden eller värdet av denna aktivitet ur ett ekonomiskt samhällsperspektiv, så förefaller den vara mindre problematisk ur ett rättviseperspektiv. Detta

eftersom det generellt kan sägas vara bättre om en vårdåtgärd eller behandling leder till att patientgruppen kan återgå till normala aktiviteter tidigare snarare än senare. Ett problem med detta är dock fortfarande att vissa grupper kanske inte kan gagnas av den typ av normal aktivitet som åtgärden kan möjliggöra. Handlar det exempelvis om att personer snabbare kan bli fysiskt aktiva så kanske personer med vissa fysiska funktionshinder inte gagnas av det i samma utsträckning. Om sådana skillnader vägs in i kostnadseffektivitetsanalysen kvarstår ett rättviseproblem.

Redan i nuläget ger dock den etiska plattformen utrymme för att väga in effekten på patientens tillstånd av den bedömda vårdåtgärden eller behandlingen, och om vi skall uppnå ett mer lika utfall när det gäller hälsa/livskvalitet blir effekten av åtgärden (även i termer av återgång till normal aktivitet) viktig. Gör vi en sådan bedömning och inte tar hänsyn till det ekonomiska värdet av dessa aktiviteter har vi emellertid förlorat möjligheten att påverka den totala kakan. I princip innebär det alltså att vi *inte* tar hänsyn till produktionspåverkan i ovanstående bemärkelse.

I det tredje fallet varierar man alltså olika faktorer för att se hur detta påverkar utfallet av kostnadseffektivitetsbedömningen och bedömer om dessa olika faktorer faller ut olika utifrån ett rättviseperspektiv. Förslaget från Drummond om att undvika att specifika grupper pekats ut kan då bestå i att man använder mer generella lönenivåer etc. och inte kopplar detta till specifika löner för vissa åldrar, till kön eller att man generellt saknar arbete efter en viss ålder, eller att olika sjukdomar möjliggör olika former av arbete. Ju mindre specifika beräkningar som görs, desto mindre problematiskt förefaller det vara ur ett rätt-

viseperspektiv. Liksom i fall två innebär det samtidigt att vi i mindre utsträckning kan påverka hur stor den gemensamma ekonomiska kakan kommer att vara. Vi har egentligen inte fått någon ytterligare vägledning för hur vi skall avväga mellan ett rättviseperspektiv och ett mer utilitaristiskt perspektiv när det gäller frågan om produktions- och konsumtionspåverkan.

Fördelen med alla dessa tre förslag är att bedömningen görs mer transparent och att vi på ett tydligare sätt kan välja huruvida vi vill ta hänsyn till produktions- och konsumtionspåverkan och i så fall hur mycket hänsyn vi skall ta till detta. Men vi har inte fått något mer principiellt verktyg för att kunna göra denna avvägning – förutom hänvisningen till behovs- och solidaritetsprincipen i den etiska plattformen i fall ett. Det finns vissa förslag för hur avvägningen mellan rättvisa och effektivitet skulle kunna se ut – men de är lite väl tekniska för att tas upp här och bygger mer på faktiska preferenser hos en viss befolkning än på principiella avvägningar (Olsen och Richardson 1990).

ETT EGET BLYGSAMT FÖRSLAG

Utifrån den ovanstående diskussionen befinner vi oss alltså i en situation där vi måste väga storleken på den kaka vi har att fördela (till hälso- och sjukvård och annat) mot att denna kaka är rättvist fördelad. Om vi väljer att fokusera på rättvisan riskerar det att leda till en mindre kaka – dvs. vi får alla mindre även om det är rättvis fördelat. Om vi väljer att fokusera på effektiviteten får vi en större kaka – men den riskerar att vara orättvist fördelad. Inom den filosofiska rättvisediskussionen finns det för-

slag om att vi bör se på rättvisa inom olika sfärer på olika sätt, exempelvis att rättvis betygsfördelning i skolan skall följa ett annat mönster än rättvis fördelning av vård inom hälso- och sjukvården (se exempelvis Kamm 1993). I det första fallet bör man fördela efter prestation eller förtjänst, i det andra fallet bör man istället fördela efter behov. Här finns inte utrymme att fördjupa oss i diskussionen kring rättvisa inom olika sfärer, men vi låter oss inspireras av den tanken för vårt eget blygsamma förslag. Vi skiljer dock inte mellan sfären hälso- och sjukvård och andra sfärer utan snarare mellan olika typer av fördelningsbeslut inom hälso- och sjukvården.

Om vi väger in produktions- och konsumtionspåverkan vid prioritering och beslut kring enskilda vårdåtgärder eller behandlingar, så kan vi hamna i en situation där en patientgrupp inte får tillgång till en behandling som har effekt på deras ohälsotillstånd och som skulle ha en acceptabel kostnadseffektivitet om vi inte vägde in produktions- och konsumtionspåverkan – men som får en oacceptabel kostnadseffektivitet om vi väger in dessa faktorer. Detta förefaller strida mot mångas (och även våra) intuitioner kring rättvisa när det gäller hälso- och sjukvård eftersom det villkorar den konkreta vården till att delvis bero på vilken grupp man tillhör (och premierar den grupp som samtidigt på andra sätt redan är privilegierad i samhället genom att ha eller kunna återgå i arbete).

Att tydliggöra hur hänsyn till faktorer som produktions- och konsumtionspåverkan skulle påverka kostnadseffektiviteten kan dock vara värdefullt som underlag för beslut när det gäller ett vidare perspektiv på hur samhällets resurser skall användas för hälso- och sjukvård. Vi ser inga problem med att göra alternativa kostnadseffek-

tivitetsberäkningar där detta vägs in (lämpligtvis genom att använda sig av Drummonds förslag ett och även tre) för att belysa även dessa aspekter. Detta bör emellertid inte ligga till grund för enskilda beslut, och det kan därmed möjligtvis vara problematiskt att vara öppen med att det görs sådana beräkningar eftersom det kan skapa osäkerhet hos befolkningen om huruvida detta tillåts vägas in när det gäller enskilda behandlingar eller ej. Detta leder i så fall vidare till en diskussion kring vad vi menar med att våra prioriteringar skall vara öppna, dvs. om det rör alla detaljer i en beslutsprocess eller om det endast rör beslutet och de grunder som faktiskt avgjorde eller låg till grund för beslutet (se exempelvis de Fine Licht 2011). På en annan fördelningsnivå kan det däremot vara rimligt att ta hänsyn till hur vi åstadkommer en så stor kaka som möjligt, även när det gäller det som vi kan påverka med hälso- och sjukvårdsåtgärder. Att göra speciella satsningar genom exempelvis sådant som rehabiliteringsgaranti eller motsvarande för att underlätta för patientgrupper att återgå i arbete kan vara exempel på den typen av fördelningsbeslut som väger in det som produktions- och konsumtionspåverkan är tänkt att fånga.

Utifrån ett strikt rättviseperspektiv (exempelvis som det uttrycks i den etiska plattformen) kan dessa satsningar kritiseras för att fokusera på vissa grupper (och därmed utesluta andra grupper) och kan leda till problematiska undanträngningseffekter som man bör vara uppmärksam på. Det kan dock finnas flera skäl till att de inte lika tydligt uppfattas som problematiska från rättvisesynpunkt. Ett skäl till detta är att denna form av rehabiliteringsinsatser (eller liknande) inte innebär att man ställer olika grupper mot varandra och konkret och explicit väljer bort

behandling för en viss grupp med ett svårt tillstånd men samtidigt tillhandahåller behandlingen för en annan grupp med ett lika svårt tillstånd. Samtidigt kan det invändas att de medel som används till en sådan satsning kunde ha satsats någon annanstans inom hälso- och sjukvårdssystemet, exempelvis på svårt sjuka patienter oberoende av möjlighet till fortsatt produktion, och därmed indirekt strider mot vår syn på rättvis fördelning av hälso- och sjukvård enligt den etiska plattformen. Ett liknande resonemang kan samtidigt föras när det gäller alla samhällliga satsningar inom andra områden (exempelvis satsningar på skola, omsorg, försvar, näringslivsutveckling etc.) som naturligtvis även de kunde ha använts för satsningar på svårt sjuka patientgrupper inom hälso- och sjukvården. Det handlar alltså om en större rättvisefråga kring hur fördelningen i stort av våra samhällliga medel skall se ut och hur avvägningen mellan rättvisa och effektivitet skall se ut. Även om vi tar medel från den existerande hälso- och sjukvårdsbudgeten för den typen av satsningar kan vi ju följa plattformen genom att se till att det i så fall framförallt drabbar patientgrupper med lindriga tillstånd och där hälso- och sjukvårdens åtgärder och behandlingar har mer marginell effekt (om det är tillräckligt ur ett resursperspektiv). Men en viktig aspekt i detta sammanhang är även det symbolvärde och den upplevelse av rättvisa som olika beslut ger upphov till. Att ställa grupper mot varandra och tydligt peka på att en grupp väljs bort på bekostnad av en annan (på många sätt redan prioriterad) grupp har ett mycket starkt negativt laddat symbolvärde ur ett rättviseperspektiv. När vi alltså behöver göra vad vi menar är nödvändiga avvägningar mellan effektivitet och rättvisa inom hälso- och sjukvårdssystemet.

met kan det alltså finnas skäl att ifrågasätta öppenhet och transparens när det gäller vilka prioriteringar som görs, i den bemärkelsen att vi inte explicit pekar ut vilka grupper som drabbas av dessa effektivitetsöverväganden i faktiska fall. Däremot tror vi att det kan finnas skäl att förtydliga och utveckla den etiska plattformen för att på ett mer principiellt plan kunna ge vägledning kring hur och i vilka sammanhang sådana avvägningar bör ske (se Prioriteringscentrum 2007 för ett sådant förslag).

Liksom Drummond (ovan) har vi alltså inte kommit med en principiell avvägningsmodell för hur man kan balansera rättvisa mot effektivitet, utan snarare antytt i vilka beslutssituationer det kan vara respektive inte vara lämpligt att väga in effektivitetshänsyn ur ett bredare samhällsperspektiv – vilket kan innebära att man åtminstone kommer tillrätta med vissa av de rättviseproblem som patientgrupper och andra medborgare reagerar på.

LITTERATUR

- Brock, D. W. (2003), "Separate spheres and indirect benefits", *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 1:4, doi: 10.1186/1478-7547-1-4.
- de Fine Licht, J. (2011), "Do We Really Want to Know? The Potentially Negative Effect of Transparency in Decision Making on Perceived Legitimacy", *Scandinavian Political Studies* 34:3, s. 183-201.
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J. och Torrance, G.W. et al. (2005), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford: Oxford University Press.
- Harris, J. (1985), *The Value of Life*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Kamm, F.M. (1993), *Morality, Mortality. Volume I: Death and Whom to Save from It?* Oxford: Oxford University Press.

- Olsen, J.A. och Richardson, J. (1999), "Production gains from health care: what should be included in cost-effectiveness analyses?" *Social Science and Medicine* 49, s. 17–26.
- Sandman, L. och Tinghög, G. (2011), Att tillämpa den etiska plattformen vid ransonering. Fördjupad vägledning och konsekvensanalys. Rapport, Linköping: PrioriteringsCentrum 2011:7.
- Socialdepartementet (1995), Vårdens svåra val. Prioriteringsutredningens slutbetänkande, SOU 1995:5.
- Socialdepartementet (1996/97), Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Proposition, 1996/97:60.
- Socialdepartementet (2002) lag om läkemedelsförmåner m.m., SFS 2002:160.
- Socialstyrelsen (2010), Bilaga 4, Metod. Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – Stöd för styrning och ledning, Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN 978-91-86301-88-0.
- Socialstyrelsen (2011), Metodbilaga. Metod för Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd 2011 – Stöd för styrning och ledning, Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN 978-91-86585-77-8.
- Tännsjö, T. (1998), *Värdeetik*, Stockholm: Thales.
- Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Rapport, Linköping: PrioriteringsCentrum 2007:2.
- Williams, A. (1992), "Cost-effectiveness analysis: Is it ethical?" *Journal of Medical Ethics* 18, s. 7–11.

Medverkande

INGALILL RAHM HALLBERG, professor i Vårdvetenskap, tidigare vice- och prorektor för Lunds universitet, ordförande i Region Skånes etiska råd.

ÅSA HALLGÅRDE, regional chefläkare, Region Skåne.

EMELIE HEINTZ, doktor i medicinsk vetenskap med inriktning på hälsoekonomiska utvärderingar vid Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings Universitet och hälsoekonom på Statens beredning för medicinska utvärderingar (SBU).

GÖRAN HERMERÉN, professor emeritus i medicinsk etik vid Lunds universitet, ordförande i Vetenskapsrådets etikkommitté och i ALLEA:s (All European Academies) stående kommitté för vetenskap och etik, tidigare sakkunnig i Prioriteringsutredningen och många andra statliga utredningar.

CARL HAMPUS LYTTKENS, professor i nationalekonomi, Lunds universitet.

LARS SANDMAN, professor i vårdetik vid institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås. Gästprofessor vid Prioriteringscentrum, Linköpings universitet och etisk rådgivare i prioriteringsfrågor inom Västra Götalandsregionen.

ULRIKA WINBLAD, forskarassistent vid institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet.