

# Om världens svåra prioriteringar

Samma år som "Retningslinjer for prioriteringer" (NOU 1987) publicerades i Norge, lanserades den första prioriteringslistan i delstaten Oregon i USA. Ett antal diagnoser/tillstånd rangordnades i förhållande till de åtgärder som kunde vidtas, och av listans 709 diagnoser ansågs 587 stycken ha den angelägenhetsgrad/åtgärdbarhet att de lämpligen kunde ingå i det offentliga åtagandet. Denna prioriteringslista väckte stort intresse runt om i världen, men inte i något annat land valde man att följa denna kategoriska modell. Den svenska utvecklingen kom istället att inspireras av den norska utredningen med fyra breda prioriteringsgrupper, i första hand rangordnade efter angelägenhetsgrad. Den svenska prioriteringsutredningen publicerade en delrapport (SOU 1993) och en slutrapport (SOU 1995) med en i stora stycken norsk ansats. Riktlinjerna stadfästes i riksdagen 1997 och Sverige hade därmed också antagit en prioriteringslista, om än bara med fyra kategorier.

Femton år efter Oregonförsöket presenterades, lite oväntat, en svensk prioriteringslista med ett femtiotal tillstånd/åtgärder. I Östergötland hade man under ett antal år tråget och metodiskt arbetat med att ta fram ett medicinskt underlag för öppna, politiska prioriteringar. Nu, hösten 2003, var stunden kommen att presentera listan. Reaktionerna blev mycket starka, men också blandade. Många hävdade att östgötarna gjort en pionjärinsats och visat stort mod och angett en färdriktning även för övriga, skuldtyngda, landsting. Andra reagerade mot såväl valet av diagnoser som ambitionen att försöka fånga komplexa, mångfacetterade vårdbehov i en enkel rangordningslista. Denna diskussion lär fortsätta länge, men det går inte att blunda för det grundläggande problem som östgötalistan försöker bemästra: gapet mellan behov/efterfrågan och resurser som växer oavbrutet, och som är en av anledningarna till att flera landsting idag finansierar driften med lånade pengar. Finns det något alternativ till att begränsa det offentliga åtagandet?

Inte minst visar de nationella prioriteringsriktlinjerna att någon form av klassificering eller rangordning är av nöden då vi försöker värdera hälso- och sjukvårdens insatser. Hur många kategorier får en sådan lista innehålla innan den övergår från att vara lag till att istället bli oetisk och stötande? Kan socialstyrelsen ange en norm om 6-8 grupper eller ska man kringgå socialministerns bannbulla genom att presentera ett åtgärdspaket per vecka istället för att ge en samlad bild?

Det finns anledning att påminna om att flera av de åtgärder som nämns i östgöta-listan saknar bevisad effekt, flera av de insatser som nämns är sådana som inte utförts på många år. Vissa vårdbehov måste betraktas som ytterligt marginella och det handlar alls inte om det som många krönikörer och journalister gett uttryck för: ett val mellan liv och död. Det handlar ibland om att vissa patienter får betala en större andel av vårdkostnaden själv, andra gånger om att de hänvisas till andra vårdgivare. Likaså har alla rätt att få sitt vårdbehov bedömt. Framför allt är det viktigt att förstå att eftersom resurserna inte räcker till allt, så sker dagligen och stundligen dolda prioriteringar i vården. Det framstår inte som helt uppenbart att det är en bättre metod att hantera det växande underskottet med "prioriteringar på sängkanten" istället för att tala öppet om hur patienternas vårdbehov värderas. Detta är kanske östgötalistas största bidrag – att den återigen ställer de frågor som vi allt desperatare söker svar på.

*Per Rosén*  
Temaredaktör