

Hur ska vi få en rättvisare fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser?

Bengt Brülde

Prioriteringsutredningens tre principer har inte omsatts till praktisk handling. Det kan bero på att principerna saknar legitimitet eller på att de inte förstås. Ett sätt att underlätta styrning av resurser mot allmänt accpeterade mål vore att komplettera principerna med en procedurrell ansats. Det skulle innebära krav på öppenhet och fasta former för prioriteringsbeslut.

Det finns emellertid också andra hinder för ett allmänt accepterat resursutnyttjande, till exempel politikens starka betoning av tillgänglighetsmål samt rättighetslagstiftning, som utnyttjar hälso- och sjukvårdens resurser. Båda dessa faktorer riskerar att leda till oönskade undanträngningseffekter.

Bengt Brülde diskuterar regelbundet etiska frågor i radions P3. Han har i år givit ut böckerna *Hälsa och sjukdom – en begreppslig undersökning* (tillsammans med Per-Anders Tengland) och *Teorier om livskvalitet*. Brülde är fil. dr. i praktisk filosofi och verksam vid Göteborgs universitet och vid Högskolan i Trollhättan/Uddevalla.

Kontakt: Bengt Brülde, Filosofiska institutionen, Göteborgs universitet, Box 200, 405 30 Göteborg. E-post: bengt.brylde@phil.gu.se

Inledning

Det är nu tio år sedan den första versionen av prioriteringsutredningens skrift "Vårdens svåra val" (SOU 1993:93) kom ut, och sex år sedan utredningens betänkande (med samma titel; SOU 1995:5) fick riksdagen att fatta beslut om hur prioriteringarna inom hälso- och sjukvården bör gå till (1996/97:SoU14, rskr 1996/97:60). Detta beslut innebar bland annat att HSL (i paragraf 2) tillfördes tilläggat att "[d]en som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården." Prioriteringsdelegationen påbörjade sitt arbete med att föra ut riksdagens beslut året därpå, närmare bestämt hösten 1998, och slutbetänkandet "Prioriteringar i vården" kom 2001 (SOU 2001:8).

Det verkar med andra ord finnas en stark politisk vilja att åstadkomma en rättvis *Socialmedicinsk tidskrift nr 5/2003*

fördelning av vårdens knappa resurser. Det sätt på vilket vårdens resurser fördelas i praktiken avviker emellertid ganska kraftigt från den fördelning vi skulle ha haft om man hade följt utredningens principer. Detta verkar i första hand bero på att beslutsfattare på olika nivåer inte alltid följer utredningens principer när de fattar sina beslut.

Detta är naturligtvis problematiskt ur rättvisesynpunkt, och vi måste därför fråga oss vilka tänkbara lösningar som finns, vilket i sin tur väcker frågan om hur problemet ska förklaras (då ju lösningar på problem ofta består av att man undanröjer problemets orsaker). Alltså: Vad är orsakerna till problemet, hur ska detta missförhållande förklaras? Var i systemet sitter till exempel huvudorsaken? Och hur kan vi se till att vårdens re-

surser fördelas på ett mera rättvist sätt, och på ett sätt som ligger närmare lagstiftarnas intentioner?¹

Jag är medveten att jag som filosof inte är speciellt väl skickad att ge några fullständiga svar på dessa empiriska frågor. Jag har dock en del funderingar som kanske kan ha ett visst värde i detta sammanhang. En del av dessa reflektioner är av mera strikt filosofisk karaktär, medan andra bygger på det arbete jag utfört som etisk konsult i vården (se Brülde 2002). Artikeln är så uppbyggd att jag först kommer att söka förklaringar (och lösningar) på makronivån ("den politiska nivån"). Jag kommer därefter att titta närmare på mesonivån ("den administrativa nivån") och mikronivån ("den kliniska nivån"). Denna undersökning kommer att utmytna i tesen att problemen i första hand hör hemma på den kliniska nivån. Att implementera utredningens principer på denna nivå kan emellertid visa sig vara så svårt att man bör överväga att ersätta dagens "slutresultatstänkande" med ett mera procedurellt orienterat prioriteringstänkande. Det kanske bästa exemplet på en sådan rättviseteori är Norman Daniels teori om "accountability for reasonableness".

Den politiska nivån: Tillgänglighetsmål och rättighetslagstiftning

Det finns inga skäl att tro att roten till det onda i första hand ska sökas på den politiska nivån. Det är ju trots allt på denna nivå man har fattat beslut om att prioriteringsutredningens tre principer ska följas, att den så kallade behovsprincipen ska skrivas in i lagen och så vidare. Även politiker ger emellertid ibland uttryck för ett tänkande som utgör ett hot mot en rättvis fördelning av resurser. Den starka betoningen på tillgänglighet i vården är ett exempel på ett sådant tänkande, och stiftandet av så kallade rätt-

tighetslagar ett annat.

Den bristande tillgängligheten i vården betraktas ofta som ett stort problem som måste åtgärdas. I regeringens proposition "Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården" (från 1999) framhävs exempelvis att den bristande tillgängligheten i primärvården (särskilt till läkare) ska förbättras, att tillgängligheten till vård för barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa och psykiskt funktionshindrade måste bli bättre, samt att den palliativa vården måste utvecklas. Detta samtidigt som man hävdar att det är ett problem att inte alla får vård i tillräckligt god tid. Några landsting har börjat planera utvecklingsprojekt för att öka tillgängligheten enligt så kallad Genombrottsmetodik.

Kan man då utan vidare förutsätta att tillgänglighet alltid är något bra? Är det rimligt att hävda att ju mer tillgänglighet, desto bättre? Det beror naturligtvis på vad man menar med "tillgänglighet". Hur skall då detta begrepp analyseras? Låt oss först slå fast att tillgänglighet alltid innebär att någon (ett subjekt) har tillgång till något (ett objekt) i en eller annan grad eller utsträckning. I vårdssammanhang är objektet alltid en tjänst eller vårdinsats, till exempel en första kontakt med primärvård eller allmänläkare, en viss diagnostisk procedur eller en viss behandling.

Den centrala frågan i detta sammanhang är emellertid *vem* som skall ha tillgång till de relevanta insatserna för att man skall kunna tala om en god tillgänglighet. Är det till exempel endast de personer som är i *behov* av "vård" (jag inkluderar här även de "riskgrupper" som är i behov av preventiva åtgärder), eller handlar det även om dem som *efterfrågar* "vård"?

I den mån tillgänglighet handlar om att de som *efterfrågar* olika insatser ska ha tillgång

till dessa insatser så är det ganska uppenbart att god tillgänglighet inte alltid är något bra. Att tillgodose efterfrågan är inte minst orimligt ur rättvisesynpunkt, då de "svaga grupper" som har det största vårdbehovet sannolikt skulle få stå tillbaka. Det kan även vara bra att begränsa tillgängligheten av ekonomiska skäl: köer är ju inte minst nödvändiga av logistiska skäl, för att förhindra överkapacitet.

Det är alltså orimligt att alla som efterfrågar vård skall få det, och detta oavsett vilken slags vårdinsats vi har i åtanke. Återstår då "behovstillgänglighetstanken" att vi alla ska få den "vård" vi behöver när vi behöver den, eller åtminstone inom rimlig tid. (Jag förutsätter här att behov och efterfrågan är två olika saker, och att man inte utan vidare kan anta att den som söker vård också har ett behov av vård) Är detta en rimlig målsättning? Knappast ur ett rättviseperspektiv. De som har behov av vård har ju olika stora behov, och risken är stor att om alla som har behov av vård skulle få det, så skulle detta innebära att de som har det största behovet av vård inte skulle få den vård de behöver. Slutsatsen måste bli att politikerna bör vara försiktiga när de formulerar sina tillgänglighetsmål.

Ett annat möjligt hot mot rättvisa fördelningar som har sprungit ur politikernas agerande är den rättighetslagstiftning (till exempel LSS) som bland annat påbjuder att vissa multihandikappade patienter skall få all den vård och omsorg de behöver i hemmet, och detta oavsett hur god eller dålig den totala tillgången på resurser är. Denna lagstiftning bakbinder i hög grad politiker och administratörer på kommunal nivå när tillgången på resurser är dålig, eftersom de är tvungna att avsätta miljonbelopp till vissa vårdkrävande patienter, inte minst för att undvika sanktioner. Det är möjligt att denna rättighetslagstiftning utgör ett så stort

hot mot rättvisa fördelningar att den helt bör avskaffas.

Mesonivån

Jag tror inte att denna nivå utgör något större problem. Man kan tvärtom notera att såväl kommunalpolitiker som sjukhusledning verkar uppvisa en hög medvetenhet om prioriteringsfrågornas betydelse. Frågan om hur vårdens knappa resurser bör fördelas var till exempel en av de absolut vanligaste frågorna jag stötte på i mitt arbete som etisk konsult i vården (Brülde 2002), i synnerhet då jag träffade politiker och chefer (ledningsgrupper).²

Klinisk nivå: "Att göra gott för sina egna patienter, och helst genast!"

Mycket tyder på att det i första hand är på denna nivå som problemet ligger. Dels är det här många av de (individuella) kostnadsdrivande besluten fattas, och dels följer man inte (i alla fall inte medvetet) de rättvisepprinciper riksdagen fattat beslut om.

Vad beror då detta på? Beror det på att lagens principer saknar förankring, det vill säga att man är okunnig om eller struntar i dessa principer? Beror det på att man fattar beslut efter andra principer (till exempel nyttoprincipen), eller kanske på att man inte följer några principer alls, det vill säga agerar på ett *ad hoc*-betonat sätt?

Jag tror inte att det handlar om någon allmän "principlöshet". Jag tror istället att det handlar om en stark drivkraft att göra gott för *sina egna patienter*, och gärna snarast möjligt, vilket får som konsekvens att man inte tar någon större hänsyn till huruvida de resurser man lägger beslag på skulle kunna användas bättre på annat håll. Att man ser till sina egna patienters bästa kan alltså innebära att man lägger beslag på mer resurser än vad som är befogat utifrån exempelvis be-

hovsprincipen. Man tar ansvar för sina egna patienter snarare än för populationen som helhet, helt enkelt.

Ibland verkar detta ansvarstagande för de egna patienterna vara av nyttomaximerande karaktär, medan det vid andra tillfällen snarare handlar om att man försöker gynna de svårast sjuka inom den egna patientgruppen (de med det största vårdbehovet). Min erfarenhet som etisk konsult i vården tyder på att man är långt ifrån omedveten om prioriteringsfrågornas betydelse. Man måste ofta fatta beslut om hur de begränsade resurser man har ska fördelas inom den patientgrupp man anser sig ha ansvar för, och man månar i hög grad om att fördela dessa resurser rättvist inom den egna verksamheten.

Den starka viljan att göra gott för sina egna patienter gör det naturligtvis svårt att inta det helhetsperspektiv som ett prioriteringstänkande kräver. En rättvis fördelning av resurser förutsätter ju att man som vårdpersonal inte bara tar ansvar (gör gott) för sina egna patienter, utan för hela populationen. Det handlar så att säga om att "hålla sin position i laget", och detta kan ibland innebära att man måste avstå från att hjälpa personer som söker hjälp, detta för att de som är i allra störst behov av vård skall få den vård de behöver. I detta sammanhang kan man notera att Sveriges läkarförbunds etiska regler numera (beslutet togs 2002) innehåller en regel som markerar läkarkårens ansvar för fördelningen av de medicinska resurserna. Enligt denna regel (nr 14) skall läkaren i sin gärning "aldrig medverka till att bereda enskilda patienter eller patientgrupper otillbörlig ekonomisk, prioriteringsmässig eller annan fördel." Det är också viktigt att notera att cheferna kan göra en viktig insats i detta sammanhang, till exempel genom att ge stöd och belöningar, speciellt med tanke på att den belöning som ligger i att man gör

gott inte längre är lika omfattande, eller med tanke på det obehag som kan uppstå när man tvingas säga nej till folk som efterfrågar vård. Ledningen måste ge sina medarbetare beröm för att de jobbar för helheten, för att de "håller sin position i laget". Cheferna kan även göra en viktig "motiverande" insats, och detta genom att se till att alla intar ett helhetsperspektiv, det vill säga att alla är med och tar ansvar för hela populationen, och inte bara för sina egna patienter.

Kanske måste läkare och andra hälsoprofessioner bli mera av "civil servants" och mindre av "patients' advocates". Man måste i högre grad bli medveten om att varje beslut som innebär att man på ett eller annat sätt använder sig av resurser faktiskt är ett fördelningsbeslut. Eller annorlunda uttryckt: Man bör i högre grad lägga ett prioriteringsperspektiv på de beslut som fattas, i synnerhet då kostnadsdrivande beslut som till exempel beslut om att införa nya och bättre läkemedel.

Det är också sannolikt att de beslut som fattas på klinisk nivå präglas av en viss kortsiktighet, att man så att säga känner att man hela tiden måste hantera det som kommer upp *just nu*. Att en stor del av den vård som ges är "akut" (i betydelsen oplanerad) utgör naturligtvis ett hot mot såväl rationella som rättvisa beslut.

Bör vi övergå till ett procedurellt tänkande?

Såväl allvarlighetsprincipen ("behovs-" eller "solidaritetsprincipen") som kostnadseffektivitetsprincipen är exempel på "slutresultatsprinciper". Huruvida en viss fördelning av resurser är rättvis eller inte beror i dessa fall uteslutande på vilken slags hälso- eller välfärdsfördelning den resulterar i. ("Människovärdesprincipen" är egentligen ingen fördelningsprincip alls, utan snarare

en "ram" för hur prioriteringar får se ut, en princip som talar om för oss hur man *inte* får prioritera.) Kanske är det delvis detta som orsakar problemet, kanske vore det bättre om man istället övervägde att agera utifrån någon typ av procedurell idé, det vill säga utifrån någon slags formell princip snarare än utifrån ett knippe substantiella principer. Detta skulle då innebära att en resursfördelning är rimlig eller rättvis om den har uppstått i enlighet med en viss typ av procedur ("fair process"), till exempel om den har uppkommit genom fria överenskommelser, i demokratisk ordning eller på en fri marknad.

Det finns åtminstone fyra tänkbara skäl till att man bör föredra en procedurell ansats framför en "resultat-orienterad ansats":

(1) Det kanske inte är möjligt att finna substantiella fördelningsprinciper som alla kan vara överens om (speciellt inte i ett pluralistiskt samhälle). Att vi kan komma överens om hur en rättvis procedur ser ut är däremot mera troligt. Man behöver bara tänka på vårt demokratiska system, där såväl alla riksdagspartier som nästan alla väljare betraktar valresultaten som legitima. Om det inte finns några gemensamma principer man kan hänvisa till när man är oeniga om hur en viss resurs ska fördelas så är detta det enda sättet att etablera någon slags legitim konsensus. En svagare variant av samma argument är att det är betydligt lättare att finna en procedur som alla kan godta än att finna gemensamma substantiella principer.

(2) De gemensamma principer man kan tänka sig (till exempel utredningens principer) är sannolikt för generella för att ge beslutsfattare god vägledning i praktiken: steget från de tre principerna till de fyra prioriteringsgrupperna är till exempel långt ifrån självklart. Att ha tillgång till

en "fair procedure" kan onekligen göra det lättare att tillämpa sådana generella principer.

(3) Att man kommer överens om att agera i enlighet med en rättvis procedur är sannolikt bra för demokratin, inte minst genom att det främjar en offentlig diskussion om hur våra gemensamma resurser ska fördelas. Tanken är då att en sådan procedur inte enbart är värdefull för att den leder till en önskvärd fördelning av resurser, utan att det så att säga är "viktigt i sig" att de beslut som fattas är explicita och transparenta, att de fattas av folk som har legitimitet och så vidare.

(4) Ett fjärde argument är att legitimitet i vissa fall är viktigare än substantiell rättvisa, och att legitimitet hos beslut är en fråga om "process" snarare än "outcome". Den mest rättvisa fördelningen bör sannolikt inte alltid realiseras, till exempel om detta gör folk sura eller mindre benägna att betala skatt. Av sådana skäl är det viktigt att alla kan acceptera de beslut som fattas, att alla uppfattar dessa beslut som legitima. Det är till exempel antagligen praktiskt omöjligt att fördela de knappa resurser som finns efter behovsprincipen, då detta skulle innebära att många (mindre behövande) skulle bli av med den vård de får idag. (Vi vill alla ha vård för lindrigare åkommor osv.) Detta tyder på att det inte är praktiskt genomförbart att fullt ut anpassa verkligheten efter utredningens principer.

Norman Daniels procedurella teori: "Accountability for Reasonableness"

Det mest inflytelserika exemplet på en sådan processorienterad idé är sannolikt Norman Daniels teori, "Accountability for Reasonableness" (se exempelvis Daniels 2000).³

Enligt denna teori är en fördelning rättvis om den har uppstått i enlighet med en rättvis och legitim procedur ("fair process"), vilket i detta fall i stort sett är detsamma som en demokratisk process. Enligt Daniels kännetecknas en sådan beslutsprocess av att tre villkor är uppfyllda:

- Såväl de beslut som fattas som grunderna för dessa beslut är "transparenta", det vill säga explicita och offentliga. Det finns offentlig insyn i de beslut som fattas och i de resonemang som ligger bakom dessa beslut.
- De skäl man ger för sina beslut är moraliskt relevanta, i betydelsen att "fair minded people" accepterar dem som relevanta i en fördelningskontext, det vill säga i relation till frågan om hur en rättvis fördelning av världens knappa resurser ska se ut. Detta förutsätter sannolikt inte att alla grupper kommer till tals, men väl att någon för deras talan, så att hänsyn tas till alla relevanta intressen och behov.
- De som berörs av ett beslut har möjlighet att överklaga detta beslut, att "få sin sak prövad". Det finns också en möjlighet att få redan fattade beslut reviderade.

Detta är sannolikt en procedur som alla kan acceptera som rimlig och legitim. Det är dock tänkbart att det kan uppstå oenigheter om vilka skäl som skall betraktas som relevanta, det vill säga vissa av de problem som är förknippade med försöket att hitta gemensamma substantiella principer kanske kvarstår. Man kan också notera att det är här som utredningens principer skulle kunna komma in, dvs. som ett sätt att tala om vilka slags faktorer som är relevanta (till exempel vårdbehov och kostnadseffektivitet) och vilka slags faktorer som inte är det (till exempel kön, ålder eller sexuell orientering).

Slutsatser

För att vi ska kunna komma till rätta med de missförhållanden som råder så bör vi alltså (enligt min mening) fråga oss

- om inte olika typer av tillgänglighetsmål har för stor vikt i politiken;
- om inte den så kallade rättighetslagstiftningen borde avskaffas;
- om inte kliniker borde se mindre till sina egna patienter och mer till populationen som helhet, det vill säga i högre grad betrakta den egna verksamheten ur ett helhetsperspektiv; samt
- om inte utredningens tre principer borde om inte ersättas så åtminstone kompletteras med någon form av procedurrell ansats.

Referenser

1. Brülde, B. 2002. *Moralfilosofi I vården: någonting att satsa på?* Stockholm: Landstingsförbundet
2. Daniels, N. 2000. *Accountability for Reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles.* *BMJ* 2000; Vol. 321: 1300-1.
3. *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.* Regeringens proposition 1999/2000:149

Fotnoter

- ¹ Den mest rättvisa fördelningen och den fördelning som lagen påbjuder måste naturligtvis inte sammanfalla. Själv anser jag till exempel att det är orimligt att i alla lägen sätta behov framför kostnadseffektivitet. Se Brülde 2002.
- ² Sjukhusledningen på Kungälv's sjukhus var t.ex. upptagna av frågan om man inte

borde lägga en större andel av de befintliga resurserna på elektiv (planerad) vård och en mindre andel på akutvård (i betydelsen oplanerad vård).

³ Det är värt att notera att det finns andra procedurella ansatser vid sidan om Daniels teori, till exempel olika typer medborgarinflytande, omröstningar eller remissförfaranden.