

# Redaktörens kommentar till artiklarna om medicinska prioriteringar

**Ingvar Karlberg**

Sex artiklar i detta nummer av SMT belyser prioriteringar i hälso- och sjukvården från etiskt, demokratiskt, ekonomiskt, procedurellt och medicinskt perspektiv. Varje artikel innehåller tre delar:

- definition av rättvisa som det kommer till uttryck i prioriteringar
- metoder att skapa koncensus om rättvis fördelning av hälso- och sjukvård samt
- möjligheter och hinder för genomförandet.

Politiken, professionen och allmänheten har olika uppfattning om rättvisa. Koncensus kan därför inte uppnås om en rättvis fördelning av skattemedel avsedda för hälso- och sjukvård. Fördelning av resurser genom politiska och medicinska beslut befinner sig på olika plan och gäller olika perioder och samsyn är inte möjlig. Politiska beslut är normativa och öppna till sin karaktär. Men även medicinska beslut, som uppfattas som "evidensbaserade" är i hög grad normativa.

Prioriteringar i vården kan inte ske fristående. Efterfrågan, utbud, tillgänglighet och avgifter, medicinska behov och metoder, finansiering och incitament, kontrakt och avtal är alla faktorer som styr vårdutnyttjande och resursbehov. I denna komplexa kontext kan öppna diskussioner om prioriteringar ha ett värde, men saknar enligt författarna koppling till resursutnyttjande, som styrs genom andra mekanismer.

Ingvar Karlberg är professor i hälso- och sjukvårdsforskning och redaktör för SMT.

Kontakt: CHSA, Gibraltargatan 1, Göteborg. e-post [ingvar.karlberg@chsa.med.gu.se](mailto:ingvar.karlberg@chsa.med.gu.se)

## Inledning

Den här artikeln tar upp de nyckelord, som de sex föregående artiklarna handlar om. Utgångspunkten är möjligheterna för medicinska prioriteringar att påverka ett

- rättvist och
- rationellt

resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Eftersom det inte är ekonomiskt rimligt att

genomföra allt det som är medicinsk möjligt rör det sig om metoder för

- ransonering.

För politiker och finansärer handlar ransoneringsbesluten om

- populationer och tidsperioder,

	Faktorer som svarar på efterfrågan	Faktorer som styrs av medicinska behov	Faktorer som har med åtgärder att göra
Dessa kan stimulera produktion och konsumtion	Stort utbud, närhet, långa öppettider, inga eller låga avgifter, många vårdplatser, tredjepartsfinansiering, politiska prioriteringar av tillgänglighet, rättighetslagar	Individuella beslut, medicinsk kultur, "läroboken", poliklinisering, statlig tillsyn	Kliniska riktlinjer, tillämpning av nya medicinska metoder, nya läkemedel
Dessa kan ransonera produktion och konsumtion	Långa avstånd, begränsade öppettider, köer, väntetider, höga avgifter, remisstvång, telefonrådgivning	Vårdprogram, prioriteringslistor, samverkan mellan vårdgivare	Begränsning av resurser som personal, lokaler och utrustning

Figur 1. Prioriteringar i sitt sammanhang.

För de medicinska professionerna handlar det om

- kontinuerliga beslut inför enskilda vård sökande.

Processen kompliceras ytterligare av

- tredjepartsfinansieringens logik,
- den statliga tillsynen över legitimerade grupper,
- den demokratiska processen.

Till detta kommer att effektivt resursutnyttjande kan vara antingen

- tekniskt, att rätt metod används, att hög produktivitet uppnås

eller

- allokativ, att rätt personer får del av den begränsade resursen.

Dessa kan obetingat kombineras.

Begreppet tillgänglighet till vård betyder antingen

- geografisk närhet eller

- tillgång till bästa möjliga medicinska kompetens.

Dessa kan inte obetingat kombineras. Koncentration av kompetensskäl leder ofta till centralisering.

Tillgång skapar efterfrågan, därför är det skillnad på

- efterfrågan och
- behov

Uppgifter om vårdkonsumtion svarar inte på frågan om vilka medicinska behov som finns i en befolkning. De kan både överskattas och underskattas. (se tabell)

Låt oss granska de olika delarna i inledningen i tur och ordning och se om det finns framkomliga vägar att klara dialogen mellan politik, profession och allmänhet, den senare i rollerna som finansjär, vårdsökande och väljare.

## Rättvisa

De klassiska rättviseteorier, som har betydelse för beslutsfattande inom hälso- och sjukvården, bygger på någon av följande nyckelord:

- makt – skall den som bestämmer ha företräde? Ekonomisk makt, att köpa sig förbi köer?
- jämlikhet – i utbud, tillgång eller utfall?
- förtjänst – skall den som är samhällsnyttig skall ha företräde? Skall den som genom ohälsosam livsstil bidragit till sin ohälsa stå tillbaka?
- nytta – för samhället? för familjen? för individen?
- rättigheter – har jag rätt till vård när jag betalat min skatt, och i så fall till vilken vård? Annan service t ex intyg ingår det?
- behov – av hälsa, eller hälso- och sjukvård? Oavsett möjlig effekt?
- plikt – utan tanke på konsekvenser?

Se till exempel Björn Slaug: "En rättvis hälso- och sjukvård – enligt Mill, Rawls och Nozick" (Slaug 1996, Karlberg 1996)

Det framgår av alla sex artiklarna ett det är pliktetiska motiv som styr de demokratiskt utsedda befolkningsföreträdarna. Det är "behoven" av hälso- och sjukvård som skall styra resursfördelningen. HSL säger: "Alla har rätt till en medicinsk bedömning" oavsett vad det leder till och "Den som har störst behov av hälso- och sjukvård skall gå först".

Ett förhållningssätt som förutsätter jämlik rätt till vård baserad på individuella behov utan hänsyn till effekter, förtjänster, makt eller pengar förutsätter också omfördelning av resurser och är närmast att betrakta som marxistiskt.

För de professionella grupperna spelar patienternas medicinska behov stor roll, men nyttoperspektivet är starkare: "Det är oetiskt

att slösa resurser där de inte gör största möjliga nytta." I Norge gick utvecklingen från "Lönning 1" med behovsorientering (NOU 1987: 23) till "Lönning 2" med betoning på konsekvenser (NOU 1997: 18). "Lönning 1" hade följande kriterier för rangordning: allvarlighet, jämlikhet, väntetid, effekt och förtjänst. Den svenska utredningen (SOU 1993:3 och 1995:5) använde kriterierna omedelbart hot, allvarlig risk på sikt, mindre allvarlig risk, övriga nyttoeffekter och inga nyttoeffekter. I rapporten från Norge konstateras att effekterna av "Lönning 1" var svaga därför att den etiska plattformen saknade intern legitimitet. Det stämmer väl överens med erfarenheterna i Sverige.

Deontologisk kontraktetik eller pliktetik byggd på regler till exempel prioriteringslistor karakteriserar det politiska paradigmet. Mot det står vårdpersonalens konsekvensetiska utilitarism. I hälsoekonomin talar man om "severity of disease versus ability to benefit" (Williams 1994). Skillnaden i etisk plattform: pliktetik mot nyttoetik, är en av de viktigaste förklaringarna till konflikter mellan politiken och professionen om resursanvändning i hälso- och sjukvården.

## Prioritering som ransonering

Redan när den första budgeten skrevs tillämpades prioritering med ransonering. Den "vertikala prioriteringen" mellan patienter inom samma sjukdomsgrupp gjordes av klinikchefen byggd på föregående års produktion och förväntan om nytillkommande metoder och patienter. Den "horisontella" fördelningen mellan klinikerna gjordes av sjukhus- och landstingsledning. Utbudet svarade i huvudsak mot efterfrågan, som i sin tur begränsades av egenavgifter.

Det som hänt under de senaste decennierna är att

- gamla behandlingsmetoder erbjuds till nya

grupper av patienter framförallt äldre, vi kallar det för indikationsglidning

- nya behandlingsmetoder kommit till som erbjuds nya grupper av patienter
- människor lever i huvudsak friska till hög ålder, men får upprepade, korta behov av sjukvård under de sista åren av livet

När man införde nya behandlingar för vanliga tillstånd som kranskärlsoperation och höftprotesoperation uppstod prevalenspucklar och köer till behandling. Prevalenspuckel innebär att det finns många i befolkningen som har tillståndet och som nu kan få behandling. För att ordna köerna infördes rangordning av de väntande byggd på medicinska kriterier, prioriteringslistor, som bygger på

- sjukdomens allvarlighet,
- behandlingens bevisade nytta och
- kostnaden för att uppnå ett visst mål

När den centrala vårdgarantin infördes 1992 byggde fördelningen av patienter till olika nivåer av förtur på "vertikala listor" utarbetade av socialstyrelsens expertgrupper i samverkan med Landstingsförbundet. "God vård i rätt tid" (Socialstyrelsen 1991:11) får betecknas som de första nationella vertikala prioriteringslistorna. Kriterierna var allvarlighetsgrad och förbättringspotential. Efterlevnaden visades i upprepade utvärderingar vara god (Socialstyrelsen 1997.)

En rangordningslista som tillkommit för att ordna kön inom ett visst medicinskt område kallas vertikal. Om man inför en ribba för det som kan erbjudas respektive det som inte kan erbjudas skapar man underlag för en administrativ ransonering, "objektiv" teknik att rensa bort "onödiga" eller "ineffektiva" insatser. Det hela sker "under en slöja av okunnighet" (om den egna vinsten eller förlusten) (Rawls 1972). Om processen sker

helt öppet kan den anses legitim (Daniels 2000), vilket framgår både av Bengt Brülde och Peter Garpenbys artiklar.

En väl underbyggd prioriteringslista tar hänsyn till behov, kostnader och nytta ("Lönning 2"). Eftersom effekten av en insats, till exempel vunna levnadsår, i relation till risken för komplikationer alltid är sämre ju äldre en person är, kommer den tekniken att i huvudsak sortera bort de äldre. Vi kallar det med ett engelskt uttryck för "ageism". Mot det står teorin om "The fair innings" det vill säga den som har haft sin chans – till ett gott liv – måste acceptera att yngre personer prioriteras. Ett resonemang om dessa motsatta uppfattningar mellan utilitaristen Alan Williams och pliktetikern John Harris finns i en artikel i *Medical Ethics* (Harris 1987).

Modellen för ransonering med hjälp av listor är Oregonlistan (1992), vars ändamål var att ransonera bort särskilt kostsamma behandlingar, så att de tillgängliga resurserna skulle räcka till mer angelägna vardagsproblem. Listan består av tripletter av diagnos + möjlig åtgärd och effekt + kostnader. Finansieringen avser Medicare, det federala bidraget till staten Oregon. Listan tillkom genom samverkan mellan professionella, administrativa och medborgargrupper. Det motsvarar den modell som Garpenby kallar "Kombinerat beslutsfattande" det vill säga pluralistisk förhandling (i Oregon med olika medborgargrupper) byggd på vetenskaplig grund, i den mån sådan finns.

Det är ett normativt och inte ett objektivet avgörande om det är acceptabelt att i en prioriteringslista dra ett streck, som utesluter personer, som efterfrågar vissa behandlingar, även om sjukdomen är "självförvårdad" till exempel orsakad av alkoholmissbruk eller om behandlingen är särskilt kostsam till exempel hjärttransplantation. Den svenska Prioriteringsutredningens svarade på den

frågan genom att placera så gott som all rutinsjukvård i de högst prioriterade nivåerna. Det måste tolkas så, att utredningen menade att medicinska prioriteringslistor kan användas för gradering av medicinska behov men inte som instrument för ransonering.

Resultaten från befolkningsstudierna i Skåne, som Per Rosén redovisar, talar starkt mot den modell som Landstinget i Östergötland avser genomföra enligt den beskrivning, som Erling Karlsson och Gunilla Nyrén ger i sin artikel. Den externa legitimiteten kan försvagas även om proceduren är öppen. Den procedurella ansats som Bengt Brülde förespråkar och som Norman Daniels beskrivit tycks inte vara tillräcklig att döma av de färskaste resultaten från Skåne (och från tidigare studier av Per Rosén). Det tycks dels som öppenheten i sig orsakar problem, vilket kan bero på stelhet och brist på möjligheter till individualisering i skrivningarna, dels vill människor inte prioritera bort sjukvård för "bagateller". Man vill ha både ock.

## **Population och period vs individ och nu**

En budgetprocess eller en upphandling gäller alltid en tidsperiod på ett eller flera år. Det betyder att politiker – och eventuella andra finansiärer – fattar beslut på överordnad nivå för en viss tidsrymd, medan de professionella grupperna fattar beslut kontinuerligt, i enskilda fall "här och nu." Med periodperspektivet är det möjligt att beräkna den samlade resurs som "behövs" för en viss befolkning baserat på befolkningens storlek och medelbehov, medelåtgärd och medelkostnad. Med månadsvisa bokslut kan man följa avvikelser från prognosen.

För personalen tas beslut i varje enskilt fall, i bästa fall i enlighet med ett formellt eller informellt vårdprogram – prioriteringsbeslut. Om patientblandningen innebär

större medelinsatser än planerat, eller om tillströmningen är större än beräknat, kan det innebära att "pengarna är slut" redan innan budget- eller upphandlingsperioden är slut, även om varje enskilt beslut fattats i enlighet med planen eller vårdprogrammet.

Av alla vårdkontakter – 25 miljoner per år i Sverige – sker 95% i öppen vård, större delen oplanerat. I den slutna vården har 80% av alla patienter kommit in till sjukhuset oplanerat, inom internmedicinen nära 100%. Den mycket stora andelen oplanerad ("akut") vård gör det ytterligare vanskligt att anpassa beslut inför enskilda vårdsökande i en lång ström för att vid årets slut motsvara en fastlagd budget.

I den norska rapporten beskrivs hur prestationsersättning ytterligare kan försvåra efterlevnaden av prioriteringsbeslut. När varje ny patient är en tillgång, kommer även bagateller att behandlas som viktiga. "Supplier Induced Demand", SID, återkommer i strukturdiskussionen nedan. Redan här kan vi konstatera att prestationsersättning slår prioriteringslistor.

För medicinska verksamheter som har sin huvudsakliga efterfrågan som oplanerade insatser är problemet mycket svårt att lösa. Så länge dörren till akuten är öppen och lampan tänd kommer det att finnas efterfrågan på tjänsterna. En metod att anpassa kostnaderna är att skärpa indikationerna för det egna utbudet och hänvisa till vårdgrannar, en annan att minska insatsernas omfattning till exempel förenklade utredningar och mindre omfattande behandlingar. För att anpassa verksamheten till månadsvisa bokslut kan det innebära att vårdprogram måste omprövas under verksamhetsåret. I prioriteringslistor måste ribban höjas. Det innebär att vård inte kan ges på lika villkor till alla vårdsökande.

Norman Daniels, amerikansk läkare och

medicinetiker nämns i flera av artiklarna. Vid den internationella prioriteringskonferensen i Stockholm 1999 framförde Daniels farhågor att Managed Care inom Health Maintenance Organisations (HMOs) innebär att regler som bygger på resursperspektiv hindrar läkare och patienter att genomföra ändamålsenliga utredningar och lämpliga behandlingar. I flera av artiklarna – dock inte alla – framförs liknande varningar; prioriteringslistor leder till stelbenthet, långsam utveckling och hindrar patienter från att få tillgång till adekvat vård.

### **Tredjepartsfinansiering och allokativ effektivitet**

Ett klassiskt problem inom socialektorn är "tredjepartsfinansiären". Med det menas att klienter och professionella företrädare gör upp om ett åtgärds paket, varefter räkningen skickas till finansiären, som inte deltar i beslutsfattandet. Problemet är detsamma oavsett om finansiären är det allmänna eller ett privat försäkringsbolag. I Sverige innebär det att utredningar och behandlingar kan beslutas och genomföras i samråd mellan patienter och läkare enligt medicinska utgångspunkter, utan att finansiären – befolkningsföreträdaren – kan påverka det enskilda beslutet.

Det finns flera sätt att påverka tredjepartsproblemet. Ett sätt att hålla nere kraven är att införa "självrisk" eller egenavgifter. I det svenska systemet finns en viss gradering av egenavgifterna för att styra vårdsökandet till kostnadseffektiva insatser. Ett annat sätt är att producent-vårdgivare och beställare-finansiär kommer överens om vårdprogram eller riktlinjer. I sådana överenskommelser kan prioriteringslistor utgöra en del.

Tredjepartsfinansiering som bygger på styckprisersättning med fasta priser leder nästan undantagslöst till ökat tempo, ökat

utbud, bättre tillgänglighet, ökad efterfrågan och ökade kostnaderna för vården. Rapporten från Norge visar att finansieringssystemet motverkat prioriteringsbesluten. Det har dessutom inneburit att resurser omprioriterats till områden som lämpar sig för styckprisersättning, genom att dessa expanderat på bekostnad av medicinska områden, som inte haft prestationsersättning.

I allmänhet leder styckprisersättning alltså till ökad teknisk effektivitet och produktivitet, däremot är det ofta svårt att uppnå ökad allokativ effektivitet det vill säga ge rätt vård till rätt patient så att hälsan i samhället ökar. Om allmänt accepterade medicinska prioriteringar skall kunna slå igenom måste därför avtal, kontrakt, uppdrag och finansiering styra åt samma håll. Eftersom den ekonomiska styrkraften är betydande, tycks det här finnas instrument för prioritering som rör sig i riktning mot önskvärda insatser.

Även inom begreppet prestationsersättning finns varianter. Den raka ersättningen innebär styckpris per utförd åtgärd och ingenting annat. Den tillämpas i privat finansierad och producerad vård. Den modell som använts i Norge och i många landsting i Sverige bygger på en basfinansiering i budgettermer och en tilläggsersättning baserad på prestationer. Andelen av det ena och det andra kan varieras för att uppnå önskvärt resultat. I Norge inleddes modellen, som beskrivs i artikeln, under Gudmund Herness med 60/40 fördelning. I svenska landsting har liknande former etablerats, men ofta kompletterade med takkonstruktioner. Det innebär till exempel att prestationer över ett visst tak får lägre ersättning (marginalkostnad + ransonering).

För att medicinska prioriteringslistor skall ha genomslag när en – ökande – del av vården produceras av fristående – privata eller offentliga – vårdgivare, som ersätts för

utförda prestationer, fordras styrinstrument i form av uppdragshandlingar och kontrakt. Emellertid visar erfarenheter med ersättning byggd på DRG (diagnosrelaterade grupper) att indikationsglidningar är mycket vanliga och fordrar särskild hantering ("DRG creep"). Det är således tveksamt om vertikala eller horisontella prioriteringar kan styra mot allokativ effektivitet. Åter är det den norska slutsatsen att "finansiering slår prioritering", som gäller.

En annan konstruktion har familjeläkar-systemet i Västmanland. En andel av totalkostnaden avsätts som kapitering och en andel som besöksersättning. Genom att variera andelarna i årliga revisioner kan en balans upprätthållas som accepteras av parterna och som också innehåller totalkostnadskontroll. Det skall också nämnas att för medicinska åtgärder som patienterna erhåller hos någon annan vårdgivare, kan familjeläkaren i vissa fall bli ersättningskyldig, om den åtgärden ingår i åtagandet. Den medicinska prioriteringen har här utan regler eller listor placerats på den professionella nivån. Den horisontella prioriteringen avser totalkostnaden för familjeläkar-systemet.

## Tillsyn

Oavsett om landstingsskatten fördelas genom budget eller genom avtal och kontrakt lever den offentliga produktionsapparaten i linjeorganisations paradig. Den bygger på hierarkiska, stegvisa ansvarsnivåer där var och en chef är ansvarig uppåt för den egna enhetens verksamhet. Det gäller i sjukvården i sista hand verksamhetscheferna, som är ansvariga både för vårdens innehåll och finansiering.

Verksamhetscheferna är i allmänhet legitimerade läkare eller sjuksköterskor, som utom att de finns i linjeorganisationen

dessutom skall förhålla sig till den statliga tillsynen, som styr "vinkelträtt" mot linjeorganisationen. Tillsynen gäller de legitimerade grupperna i vården, inte politiska och administrativa funktioner.

En viktig konfliktyta är därför kollisionen mellan linjeorganisationens krav på verksamhetschefer och vårdcentralchefer att hålla verksamheten inom angivna ekonomiska ramar å ena sidan och å andra sidan den statliga tillsynens krav att varje patient skall behandlas enligt "vetenskap och beprövad erfarenhet." I den mån resurserna inte räcker till detta för dem som efterfrågar vård, kommer antingen linjen eller tillsynen att få stå tillbaka.

Horisontella prioriteringar riskerar att leda till en sådan konfliktsituation. Erfarenheten från tillsynsverksamheten visar att vertikala prioriteringar har litet värde som stöd i denna komplexa situation: det finns ett behov av sjukvård och det finns en möjlig åtgärd, då bör den tillämpas. Det sammanfaller också med grundtanken i HSL: alla har rätt till bedömning och behandling skall ges i samråd med patienten.

Erfarenheterna från projektet i Skåne talar i samma riktning. Befolkningen förväntar sig ett professionellt omhändertagande utan att den legitimerade personalen sneglar på ekonomin när beslut fattas om individuella behov och åtgärder. Det danska exemplet är ännu tydligare: det finns ett medicinskt behov, det finns en åtgärd som har en viss effekt – då skall den tillämpas.

Även om förhållandena i Danmark delvis förändrats sedan Beta-interferon affären, är problemställningen hela tiden aktuell. I Sverige har vissa landsting ifrågasatt behandlingen av patienter med reumatoid artrit med nya mycket effektiva men också mycket dyra läkemedel. Här finns utan tvekan ett

medicinskt, objektiviserbart behov och en evidensbaserad behandling. Även om ransoneringsbeslutet är öppet och kommunicerat enligt Garpenby kan det inte anses förenligt med grunddragen i HSL. Ett beslut på professionell nivå att avstå från behandling för att anpassa verksamheten till en politiskt beslutad budget (=horisontell prioritering) skulle därför leda till signifikant kritik i tillsynsmyndigheten. Kritiken skulle rikta sig mot den legitimerade personalen, inte mot den horisontella prioriteringen.

Strukturfrågor är mycket komplexa i tillsynssammanhang. Väntan på medicinsk åtgärd kan bli så lång att riskerna för komplikationer och möjligheterna till framgångsrik behandling påverkas. Brist på vårdplatser kan leda till olyckliga medicinska beslut. En starkt decentraliserad organisation riskerar att få sviktande kompetens för lågfrekventa åtgärder. Alla dessa mycket vanliga situationer har sin förklaring i horisontella prioriteringar, men i det enskilda fallet är det den legitimerade personalen som klandras.

## Behov vs efterfrågan

Bengt Brülde pekar på den fundamentala konflikt som ligger i skillnaden mellan efterfrågan, upplevda behov och medicinska behov. Alan Williams brukar också poängtera skillnaden mellan behov av hälsa å ena sidan och behovet av hälso- och sjukvård å den andra: om sjukvården inte kan bidra till bättre hälsa, finns inget behov av hälso- och sjukvård. (Williams 1996)

Brülde menar att den kolossala fokusering som politiker har på tillgänglighet som kvalitetsmått är ett avgörande hot mot rättvis fördelning av sjukvårdens resurser. Vårdgarantier i specialistvården och tillgänglighetsgarantier i primärvården leder till prioritering av vissa tydliga grupper

varav en del med begränsade behov på bekostnad av grupper med mycket stora behov, som drabbas av undanträngningseffekter. Brülde menar dessutom att rättighetslagar som LSS ytterligare bidrar till snedfördelning av resurser.

I en prospektiv, empirisk studie visade Ingemar Månsson och Barbara Rubinstein att så gott som alla patienter kunde graderas enligt Prioriteringsutredningens grupper. Resultatet visade dessutom att de flesta patienterna i primärvården tillhörde lägre prioriteringsgrupper än de som specialistsjukvården behandlar. En strikt prioritering byggd på behovskriterier skulle därför leda till att primärvården avvecklades så länge inte alla specialissjukvårdens patienter tagits omhand. (Månsson&Rubinstein 2000).

Demokratiprojektet i Skåne demonstrerar också enligt Rosén att vården förväntas vara efterfrågestyrd. Det stämmer överens med Brüldes slutsats att det inte är praktiskt möjligt att fördela resurser efter behovsprincipen, då detta skulle hindra många (mindre behövande) från att få vård. Vi vill alla ha vård både för allvarliga och mindre allvarliga åkommor. Det betyder att Prioriteringsutredningens bas att vården skall fördelas efter behov varken har extern eller intern legitimitet.

Vid några svenska sjukhus har "triagesköterskor" utsetts. Triage innebär att dela upp patienterna i tre grupper, en grupp som är för dålig för att vara meningsfull att satsa resurser på, en grupp som kommer att klara sig även utan vård och en mellangrupp, som resursena skall satsas på. På en sådan akutmottagning är det inte efterfrågan som styr, inte heller behov utan en renodlat utilitaristisk princip, att göra mesta möjliga nytta med en begränsad resurs. Inte heller finns det inslag av öppna prioriteringar.



## **Vertikala och horisontella prioriteringar – objektiva och normativa beslut?**

I Erling Karlssons och Gunilla Nyréns artikel från Östergötland redovisas den process, som leder till vertikala prioriteringslistor. Det är alltså rangordningar av tillstånd inom respektive medicinskt område eller inför en viss behandling. Inom varje verksamhet rangordnas tillstånden efter behov, i bästa fall kopplat till effektiva behandlingar. Ibland adderar landstingen volymer (= föregående års vårdkonsumtion + köer) till underlagen. (Observera att dessa volymer i sin tur beror på utbudet och därför inte är detsamma som behov.) Denna form av rangordning, utan ransonering, som kallas vertikal prioritering genomförs av medicinska företrädare och uppfattas i allmänhet som ett resultat av ett medicinskt beslutsfattande.

Men bygger de vertikala prioriteringarna på "strikt" medicinskt beslutsfattande, eller finns det också normativa inslag? Om utformningen – och inte minst tillämpningen – av listorna skall vara normfria fordras mycket detaljerade beskrivningar av varje nivå. Det fordrar dessutom att det finns skarpa gränser för när en åtgärd är lämplig respektive icke lämplig. I engelskspråklig litteratur används begreppet "appropriate" (Lowe m fl 2001). Man måste också komma överens om vilka kriterier som innebär att en åtgärd är "appropriate": livsförlängande, kostnadseffektiv i jämförelse med någon annan norm till exempel för kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (går gränsen vid 50 000 eller 500 000?), livskvalitetshöjande eller någon annan allmänt accepterad målsättning.

All erfarenhet visar att denna typ av värderingar i högsta grad är normativa och att det i få fall är helt klart när och i vilken form en åtgärd är "appropriate". Ett

exempel är RAND-studien av indikationer för hjärtkirurgi, som genomfördes av SBU och Svenska Läkaresällskapet i mitten av 1990-talet. Ett antal experter uttalade sig om lämpliga åtgärder för ett antal väl beskrivna patientfall och deras åsikter täckte ett vitt fält av normalfördelade uppfattningar (SBU 1996). Sven Dahlgren, professor i kirurgi vid Umeå universitet, skickade ut ett antal fallbeskrivningar av personer med gallstensbesvär till sjukhusen i Norrland och fick på samma sätt ett normalfördelat spektrum av beslutsförslag från "ingen indikation" till "omdelbar åtgärd indicerad".

När den centrala vårdgarantin infördes 1992 opererades året dessförinnan cirka 25 000 personer för grå starr. Det fanns dessutom en väntelista på ca 3 000 patienter. Det samlade "behovet" kunde uppskattas till knappt 30 000 operationer per år. Tio år senare genomfördes för en i stort sett identisk population mer än dubbelt så många operationer. Det talar för att "behov" inte grundas på en "strikt" medicinsk bedömning utan på tillgängliga resurser, förväntningar och utveckling av behandlingsmetoder. Det innebär att beslut om indikationer för medicinska åtgärder och rangordning mellan personer i högsta grad är normativa.

I demokratiprojektet från Skåne förväntar sig allmänheten att deras valda ombud skall genomföra de överordnade resursfördelningarna. Det horisontella instrumentet tycks därför angeläget att behålla och utveckla. I beskrivningen från Östergötland går man emellertid delvis i en annan riktning. Genom att jämföra de vertikala listorna så att patienter tillhörande samma nivå på respektive lista anses ha samma "behov" kan den horisontella prioriteringen reduceras till en medicinskt administrativ uppgift. Fördelningen av resurser kan baseras på antalet sökande inom respektive medicinsk område med det

definierade och numrerade medicinska behovet. Politiken skulle därmed kunna lämna prioriteringsprocessen och den horisontella prioriteringen kan bli "objektiv".

### Vårdstruktur

Ökande efterfrågan på hälso- och sjukvård i vårt land beror inte på sämre hälsa, epidemier eller liknande. Det förklaras inte heller enkelt av "den åldrade befolkningen". Befolkningen lever längre och är friskare än någonsin tidigare: "rektangulariseringen" eller "compression of morbidity". Det som hänt är att befolkningen är så frisk att det "lönar sig" med medicinska insatser för akuta problem och för åldersrelaterad funktionsnedsättning även i hög ålder. Metodutvecklingen har bidragit till att minska riskerna. Operationer för grå starr är ett av många exempel. Erling Karlsson och Gunilla Nyrén kallar det för "den medicinska paradoxen": Ju bättre hälsa och ju fler medicinska instanser desto större behov av ytterligare instanser. Det ökade tryck som finns på sjukvården att inom befintliga ramar erbjuda bot och bättring till allt fler innebär att metoder för rationellt resursutnyttjande blir allt viktigare.

Rationellt resursutnyttjande innebär bland annat koncentration till färre utbudspunkter. Det innebär ofta men inte nödvändigtvis nedlagda sjukhus. Ibland kan en modernisering av vårdstrukturen innebära ett nytt uppdrag för det lokala sjukhuset. I vissa fall som centrum för planerad medicinsk behandling och dagkirurgiska operationer, ibland som närsjukvårdsnav i samverkan mellan allmänmedicin och andra specialitetssområden.

Det är akutsjukvården som behöver samlas till färre enheter. Det är den planerade sjukvården som kan decentraliseras. Mycket konkret kan konstateras att i vårt land kan sjukhus som servar färre än ett hundra tusen

invånare inte bära kostnaden för kompletta jourlinjer. Problemet ökar efter införandet av EU-direktiv om arbetstidsreglering. Det innebär att kostnaden per invånare för sjukhusvård på sjukhus med färre än hundra tusen invånare i upptagningsområdet är högre än för befolkningar som replierar på större sjukhus. (Ett annat problem är avvägningen mellan geografisk närhet och tillgängligheten till kompetens och nya medicinska metoder.)

Många av de stora skillnaderna i praxis mellan landsting och delar av landsting till exempel i vårdutnyttjande kan förklaras av vårdstrukturen. "Sjukhuset som vårdmagnet" kan avläsas i statistik över intagningar, beläggningar och behandlingar (Adamiak m fl 2003). Människor som bor i sjukhuskommuner använder mer sjukhusvård än andra. Människor som bor i kommuner med regionsjukhus använder mer högspecialiserad vård än andra. Vården ges därför inte på lika villkor: resurser omprioriteras från befolkningen kring det större sjukhuset till befolkningen kring det mindre. Den ekonomiska effekten överstiger många gånger om det som kan uppnås genom ransoneringar i prioriteringslistor.

### Sammanfattande slutsatser

Även om prioriteringar alltid gjorts, kan man konstatera att alla svenska landsting under de senaste femton åren mer medvetet diskuterat prioriteringar i hälso- och sjukvården. Huruvida detta lett till konkreta resultat är däremot oklart.

Aktörerna har olika attityder till fördelningen av skattemedel till hälso- och sjukvården. Politiken prioriterar tillgänglighet – "alla har rätt till bedömning" – inom en viss tid, även om det leder till undanträngningseffekter, som drabbar svagare grupper. Professionen prioriterar nytta; de med störst

behov kanske inte kan räddas eller botas och kan därför inte prioriteras. Allmänheten vill ha bedömning, utredning och behandling både för bagateller och för svåra sjukdomar. En viss kördning kan accepteras, men inte en explicit ransonering.

Prioriteringar måste ses i sitt sammanhang och leder inte till omfördelning eller besparing förrän utbudet minskat så att personal- och driftskostnaden kan dras ner: strukturförändring. Utmaningen för demokratin är inte att välja mellan att medverka i medicinska prioriteringar, att slå vakt om servicekvaliten eller förändra vårdstrukturen utan att utnyttja alla vägar för att skapa förutsättningar för en fortsatt medicinsk utveckling som svarar mot befolkningens behov. Sådana beslut fordrar långsiktighet och politisk samsyn, vilket saknas i många landsting.

## Referenser

1. Adamiak G, Karlberg I, Rosenqvist U (2003). Impact of proximity and hospital specialisation on appropriateness of emergency readmissions. *Accepted J Evaluation Clinical Practice*.
2. Daniels N (2000). Accountability for reasonableness. *BMJ* 321:1300-1301.
3. Harris J (1987). QALYfying the value of life. *J Med Ethics* 13:117-123.
4. Health Services Commission (1992). Prioritized list of health services, Portland, Oregon.
5. Karlberg I (1996). Medical priorities in clinical praxis based on cost, effects and distributive justice. Utilitarian and contractarian ethics in the case of organ transplantation. Masteravhandling, Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg.
6. Lowe (2001). "Appropriate standards for "Appropriateness research. *Ann Emergency Medicine* 37:629-632.
7. Månsson I, Rubinstein B (2000). Riksdagens beslut om principerna för prioritering i vården. Prioriteringsbeslutets gruppering är kliniskt tillämpbar. *Läkartidningen* 16: 1969-72.
8. Rawls J (1972). *A theory of justice*. The Belknap Press of Harvard University Press.
9. Slaug B (1996). En rättvis hälso- och sjukvård - enligt Mill, Rawls och Nozick *Socialmedicinsk Tidskrift* 4:147-51.
10. Socialdepartementet, Stockholm (1993 och 1995). Vården svåra val. Delbetänkande och slutbetänkande. *SOU* 1993:3 och 1995:5
11. Socialstyrelsen, Stockholm (1991). God vård i rätt tid. *Allmänna råd* 1991:11.
12. Socialstyrelsen, Stockholm (1997). Fyra år med vårdgaranti - erfarenheter och effekter.
13. Sosialdepartementet, Oslo (1987). Retningslinjer for prioritering innen norsk helsevesen. *NOU* 1987: 23.
14. Sosialdepartementet, Oslo (1997). Prioritering på ny - Gjenomgang av retningslinjer for prioriteringen innen norsk helsetjeneste. *NOU* 1997: 18.
15. Williams A (1994). Economics, society and health care ethics. I Gillon (red) *Health care ethics*. John Wiley & sons.
16. Williams A (1996). Prioriteringsutredningen förvirrar. Tydligare definitioner och bättre fakta krävs. *Läkartidningen* 39: 3376-81.