

# Prioriteringar i sjukvården – en process utan enkla svar

**Det finns inga enkla lösningar eller beslut som avgör frågan om prioriteringar i sjukvården. Att prioritera är en process som måste omfatta alla: allmänhet, vårdpersonal och beslutsfattare.**

**Det fastslogs vid den första internationella konferensen om prioriteringar i sjukvården som hölls i Stockholm 13–16 oktober.**

– Människors lika värde är grunden. Diskussionen gäller inte om vi ska prioritera, utan hur: öppet och ärligt. Diskussionen är nästan lika viktig som resultatet, men det finns inga enkla svar, framhöll Sveriges socialminister Margot Wallström i sitt inledningsanförande. Hennes norska kollega, Gudmund Hernes, tidigare ordförande i den norska maktutredningen, konstaterade:

– Medicinens möjligheter att hjälpa ökar snabbare än vi har råd med. Det finns en ökad efterfrågan på sjukvårdens tjänster, människor ställer ökade krav: det man ser vill man också ha.

I Norge har diskussionen förts i flera år, sedan den första prioriteringsutredningen presenterades 1987. En ny utredning har tillsatts i år, för att göra en uppdatering. Den blir klar våren 1997.

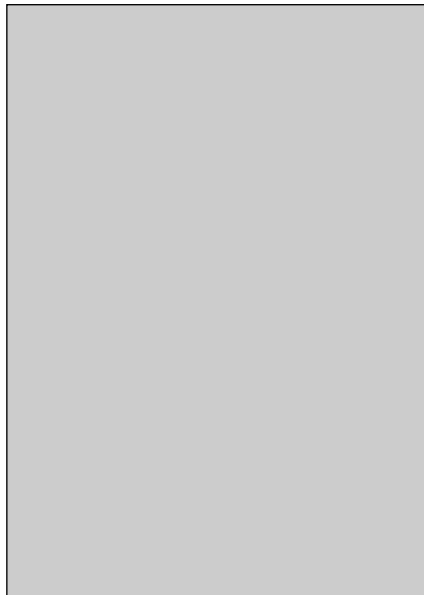
## Inget samhälle kan ge allt

Diskussionen om prioriteringar fick sin grundstruktur när den amerikanske ekonomen Victor Fuchs 1974 publicerade sin bok »Who shall live?». Fuchs fanns också med i Stockholm som en av inledningstalarna, och anses vara en av de internationellt ledande gestalterna inom området.

Fuchs konstaterade att inget samhälle kan förse alla medborgare med all den medicinska vård som de skulle kunna vara betjänta av. Därför måste prioriteringar göras och resurser fördelas.

Prioritering är en kontinuerlig process, ingen engångsåtgärd. De samhällsliga målen är att fördela sjukvårdsresurserna så rättvist som möjligt och så att de gör så stor nytta som möjligt. Tänkandet kring effektivitet och jämlikhet underlättas av två »vertyg», menade Fuchs.

– Maximerad nytta genom jämlikhet på marginalen innebär att den tid som läkaren satsar på en patient ska göra lika mycket nytta som om den tiden i stället spenderades på en annan patient. Om nyttan är mindre bör läkaren ägna sig åt någon annan patient.



– Att ta del av andras misstag är mer lärorikt än att lyssna till succéerna, anser Victor Fuchs, ekonomiprofessor från USA och en av pionjärerna inom området prioriteringar i sjukvården.

Det andra hjälpmedlet är att göra prioriteringarna bakom en »slöja av okunighet» (the veil of ignorance), ett begrepp som myntats av den amerikanske moralfilosofen John Rawls. Människors uppfattningar styrs av den situation de befinner sig i.

Med en anhörig som är cancersjuk blir uppfattningen att man måste satsa mer på cancersjukvården.

– Okunighetens slöja innebär att man försöker göra sina överväganden så oberoende som möjligt. Ungefär som om man kunde föreställa sig att en ännu inte född människa betraktade denna världen. Det är ett värdefullt sätt att tänka över resursallokering – men förvisso svårt, medgav Fuchs.

## Allmänheten måste ha inflytande

En rent teknokratisk lösning på sjukvårdens prioriteringsproblem är inte acceptabel. Allmänheten måste ha inflytande på beslutsprocessen och jämlikhet över generationsgränserna är nödvändig.

– Men av demografiska och ekonomiska skäl är det mycket osannolikt att vi kan tillhandahålla dagens förmåner för nästa generations äldre.

Hur skapar vi rättvisa mellan generationerna? Och i vilken grad är det acceptabelt att ta resurser från vården av patienter idag till forskning som ger resultat först om fem–tio år?

– Samhällssolidaritet är ett annat viktigt begrepp, välkänt i Norden, men inte tillräckligt i USA enligt min mening, förklarade Victor Fuchs.

Enligt en tidigare modell för beslutsfattande betraktades värderingar och teknologi som givna storheter. Värderingarna kom från traditionen, historien, kulturen, medan teknologin var resultatet av vetenskaperna.

– Den modellen var gångbar under 1800-talet och det tidiga 1900-talet, men ifrågasattes av ekonomer som ansåg att det finns ett samspel mellan värderingar, teknologi och policy.

Fuchs hänvisade till den svenske ekonomen Assar Lindbeck, som diskuterat välfärdsstatens roll och hur den påverkar värderingarna i samhället. I ett samhälle med luthersk arbetsmoral och preussisk förvaltning går modellen som ett urverk. Men efter 30 år har välfärds-samhället påverkat vanor, normer och värderingar och blivit en källa till socio-ekonomiska problem.

Fuchs menade att samma sak kan inträffa när många länder nu introducerar marknadsmekanismer i sjukvården i syfte att uppnå ökad effektivitet och valfrihet. Introduktionen av marknadsmentalitet innebär att relationen mellan sjukvården och patienten förändras. En uppsättning vanor, normer och värderingar byts ut mot en annan.

– Om 20–30 år kommer man kanske att se hur dagens värderingar i sjukvården eroderats och att någonting värdefullt gått förlorat i utbyte mot kortsiktiga vinster, menade Victor Fuchs.

## Olika prioriteringsmodeller

I sju länder har försök till formell prioritering gjorts: Oregon (1987), Norge (1987), Nederländerna (1992), Nya Zeeland (1992), Finland (1994), Frankrike (1995), och Sverige (1995).

Två poler märks, kommenterade Johan Calltorp, professor vid Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg. Oregon är ensamt om att ha formulerat en uttrycklig lista över åtgärder som tillhandahålls inom sjukvården (gäller dock enbart inom Medicaid-systemet för den del av befolkningen som saknar annan sjukvårdförsäkring).

Den andra motpolen är de nordiska länderna, som formulerat breda etiska principer. Någonstans däremellan hamnar Nya Zeeland och Nederländerna med beskrivningar av en basal sjukvård för alla (basic package).

– Det är viktigt att komma ihåg att prioriteringsmodellerna är knutna till ländernas sjukvårdssystem. Skillnader i historia, lokala traditioner och värderingar gör att en modell inte kan överföras från ett land till ett annat, men det är fruktbart att lära av andras erfarenheter, menade Johan Calltorp.

### Benmärgstransplantation

Utifrån tre fall av konflikter kring patienters rätt till benmärgstransplantation diskuterades vad som händer när politiker, pressade av medierna, ingriper i medicinskt motiverade beslut.

»Child B» i Cambridge handlade om en flicka vars föräldrar i mars 1995 begärde att hon skulle få genomgå en andra benmärgstransplantation.

Behandlingen nekades av två sjukhus, och en domstol avslog föräldrarnas överklagande. I stället finansierade de vården privat. I september 1995 avled flickan.

Fallet redovisades av Stephen Thornton, chef för den lokala hälsovårdsmyndigheten. Han såg fyra lärdomar:

- Det finns inget »rätt» svar.
- Vår legitimitet som beslutsfattare bygger lika mycket på beslutsprocessen som på slutresultatet.
- Mediainplikationerna: man måste vara tydlig när det gäller hur beslutsprocessen går till och vilka värderingar den bygger på.

– Man måste vara tydlig i sitt budskap och hålla fast vid det. Man ska utnyttja medierna för att ta ett bredare grepp om frågan, ansåg Stephen Thornton. Man ska inte vara rädd för tabloidtidningarna, och man ska försöka påverka de förnuftiga tidningarna.

• Fallet har lärt oss att sätta pris på verksamheten. 75 000 pund till benmärgstransplantation kan bekosta 75 höftledsoperationer.

– Politikernas och den högsta ledningens stöd har varit varierande. Politikerna har förklarat att »vi står bakom er» – ibland dock långt bakom, sade Stephen Thornton.

Men »Child B»-fallet har också haft positiva följder:

– Regeringen har insett att val i sjukvården måste träffas. Den medicinska professionen börjar stödja en ökad öppenhet i fråga om prioriteringar, något den tidigare bestämt motsatte sig.

– Men vi saknar en ram att föra diskussionerna inom.

Fallet har utmanat sjukvårdmyndighetens legitimitet i allmänhetens ögon – det finns ett lokalt demokratiunderskott beroende på att myndigheterna inte är lokalt valda utan tillsatta av regeringen.

Malcolm Dean, redaktör på dagstidningen The Guardian, berättade att en grupp sociologer funnit att endast fem av 16 tidningar rapporterat att beslutet

om »Child B» gjorts utifrån kliniska bedömningar, inte ekonomiska.

– Var mer aktiva. Dra in reportrarna i processen, presentera fakta och fråga hur de skulle ha gjort. Bryt slutenheten, tillhandahåll fakta, var öppna, löd hans råd.

»Child B»-fallet har i alla fall haft det goda med sig att det startat en prioriteringsdiskussion i Storbritannien.

### Politiker måste vara konsekventa

– Det är förvånande att politiker i stället för att stödja alliansen med sjukvården engagerar sig i enskilda fall och därigenom skapar orättvisa för andra patienter, förklarade professor Stein A Evensen, Rikshospitalet i Oslo.

Han var som ansvarig läkare inblandad i ett beslut som innebar att en patient nekades benmärgstransplantation. Men genom mediakontakter förmåddes sjukvårdsministern att ändra beslutet. Fem månader efter transplantationen avled patienten.

Läxan vi lärt av detta är att prioriteringar, i motsats till vad folk tror, är praktiskt fullt möjliga att göra på ett försvarbart sätt. Läkare ska väga nytta mot lidande, lika för lika patienter inom givna resurser, ansåg Stein A Evensen.

Politiker och myndigheter måste vara rättvisa och konsekventa i sina beslut för att inte förlora i trovärdighet, framhöll Evensen, som avslutade med att efterlysa politiker som agerar konsekvent och som förmår motstå medietrycket.

Kontrasten var slående när Bolivias hälsovårdsminister Javier Torres-Goitia redogjorde för den prioriteringsdiskussion som förs i hans land. Befolkningen består av 10 procent rika, 20 procent medelklass och 70 procent fattiga.

Där handlar prioriteringarna om fattigdomsbekämpning och födelsekontroll, utbildning av »healers» om vikten av renlighet i samband med förlösningar, och utbildning av sjukvårdspersonal, etniskt och kulturellt, så att de förstår varför kvinnan i vissa minoritetsbefolkningar vill ta med sig livmoderkakan efter förlösningen.

– Vi måste tillgodose grundläggande behov innan vi kan tänka på den högteknologiska sjukvården, framhöll han.

### WHOs utopiska hälsobegrepp

I diskussionerna kritiserades Världshälsoorganisationens hälsobegrepp som utopiskt och orealistiskt, och att det lett till orimliga förväntningar.

I den avslutande summeringen efterlyste professor Povl Riis, Danmark, ett tydligare och klarare språk för att man ska kunna diskutera prioriteringar tvärsöver alla gränser.

– Det är en nödvändighet för att vi ska kunna mötas. Risker är annars att vi bara talar förbi varandra. Bort med obegripliga förkortningar och internt fikonspråk!

Povl Riis efterlyste en ordlista till nästa konferens som förklarar svåra ord, t ex paretooptimal, och han ville också utfärda gult kort till alla som använder internt gruppspråk som utestänger övriga.

Professor Rudolf Klein, England, ansåg att det varit en styrka att även politiker deltagit i konferensen.

– Akademiker har en förkärlek för modeller. De ser politikerna som några som fördomsfullt och irrationellt kastar grus i maskineriet och förstör modellerna. Men det är viktigt att politikerna deltar i diskussionerna – och det finns en politisk rationalitet också.

Till en kommande konferens efterlyste Klein fler beskrivningar och redogörelser av prioriteringar i verkligheten.

– Hur går klinikerna tillväga för att fördela resurser? Det finns knappast någonting alls skrivet om det i litteraturen.

– Vi har heller inte talat mycket om jämlikhet här. Men om man skär bort delar av sjukvårdens åtgärder så kommer de att finnas på den öppna marknaden i stället, vilket skapar ojämlikhet i tillgången till vård. I så fall: Spelar det någon roll?

Wendy Edgar, Nya Zeeland, undrade om alla diskussioner och prioriteringsförsök i olika länder lett till praktiska resultat. Också hon efterlyste fler praktiska exempel.

– Beslutsfattarna måste våga hålla fast vid sina beslut, framhöll hon, med anspelning på de tidigare redovisningarna från Norge och England.

Sätt in prioriteringarna i sitt sammanhang, manade hon. Patienterna i England som till sist lyckades få tillgång till benmärgstransplantation erkände efteråt att de med den kunskap de fått hellre hade valt palliativ vård än underkastat sig den högteknologiska behandlingen.

– Exemplet från Bolivia och andra länder i tredje världen kan kanske också lära oss att se vår sjukvård i perspektiv, vilket kan minska ångesten när frågan ställs om prioriteringar i sjukvården.

Jan Lind

## Nästa konferens i London 1998

Nästa internationella konferens om prioriteringar i sjukvården kommer att hållas i London 1998.

Stockholms-konferensen arrangerades av de finska, norska och svenska regeringarna med stöd av WHO och EU. Drygt 500 personer från 49 länder deltog, representerande tolv vetenskapliga discipliner, inklusive regeringsföreträdare från flera länder.