

Prioriteringskommittén missar målet

# BETÄNKANDET ÄR KOSTNADSDRIVANDE!

**Oavsett hur mycket pengar som tillförs sjukvården kommer det alltid att finnas ett behov av att fördela medlen på ett rättvist sätt – dvs att prioritera. När sjukvårdssektorns kassa krymper, skärps fördelningskraven ytterligare.**

**Därför är Prioriteringskommitténs betänkande en besvikelse, eftersom det inte ger någon vägledning i fråga om val av sparbetning eller vilka grupper av patienter som skall stå tillbaka för andra. Tvärtom är det behoven som skall styra, anser man.**

I kontakter som jag har med landstingsföreträdare och sjukhusledning framkommer ofta synpunkten att den svenska Prioriteringskommittén gjort ett värdefullt arbete som kan ligga till grund för lokala prioriteringar och val av sparbetning. Detta har förvånat mig, eftersom Prioriteringskommittén enligt min bedömning inte alls givit underlag för sådana jordnära prioriteringar [1].

Kommittén har med avsikt avstått från att diskutera hur grupper av patienter skulle kunna stå tillbaka för andra. Det man nämner som möjliga områden för nedprioritering är resursmässigt helt obetydliga områden. Kommitténs synsätt är att behandling av alla patienter är lika angelägen. Det är behoven och inte de möjliga behandlingseffekterna som skall styra.

Betänkandet blir därför kostnadsdrivande. Nödvändigheten att säga nej till vissa åtgärder eller grupper har inte tagits på allvar av utredningen, trots att den konstaterar att prioritering inte är att skapa nya resurser. Jag menar att prioritering innebär att fördela och omfördela tillgängliga medel enligt principer för prioriteringarna.

## Författare

INGVAR KARLBERG  
medicinalråd, Socialstyrelsen.

Torbjörn Tännjö har i tidningsartiklar och i föredrag framhållit att av de tre basala principer som Prioriteringsutredningen lanserat är »en (är) intetsägande och två (är) motsägande». Björn Slaug [2] har påpekat att detta beror på att kommitténs ytliga analys saknar förankring i etisk tradition eller ideologi. Frågor om resursfördelning har sysselsatt etiker och politiska filosofer i hundratal år och det finns ett antal väldefinierade filosofiska riktningar som kan ligga till grund för en etisk diskussion om resursfördelning mellan individer och mellan grupper. Slaug beklagar att denna månghundraåriga kulturskatt, som kan utnyttjas för att underlätta och klargöra alternativen, tyvärr inte utnyttjats av Prioriteringskommittén. Detta är egendomligt eftersom kommittén haft tillgång till experter som tidigare givit ut texter i ämnet.

## Managing scarcity

Tre engelska forskare från Centre for the Analysis of Social Policy (CASP) i Bath har i en nyutkommen skrift redovisat »Priority setting and rationing in the national health service» [3]. De beskriver de återkommande försöken att skapa system för ransonering, som både är rättvisa och tar hänsyn till behoven. De pekar också på svårigheten att i sjukvården definiera begreppen rättvisa och behov. »The definition of need and what is essential change with the state of the budget.»

Författarna redovisar utvecklingen och berättar bland annat om sjukvårdsminister Enoch Powell som 1966 konstaterade den politiska dubbelmoralen i att förneka förekomsten av varje form av ransonering inom sjukvården samtidigt som budgetbehandlingen just handlade om hårdhänt ransonering. Författarna använder formuleringen: »The NHS: a history of institutionalized scarcity». Man konstaterar att ransonering är ett »no-word» medan prioritering är ett »yes-word» även om inbörden i genomförandet är densamma.

Under rubriken »A cacophony of principles» kommenteras några andra länders ransoneringsdiskussion. Om den svenska Prioriteringsutredningen konstateras att den »... explicitly rejects

the efficiency principle ... ». Man konstaterar som så många andra (se nedan) att alternativkostnaden, »opportunity cost», är ett viktigt instrument i fördelningsprocessen: man kan inte satsa resurser på ett område utan att veta vilket annat område som därigenom blir utan. En sådan jämförelse blir meningslös om effekterna inte kan jämföras.

## Alan Williams och det hälsoekonomiska perspektivet

Vid en turné genom vårt land som den engelske hälsoekonomen professor Alan Williams gjorde under våren 1996 framförde han i princip samma kritik som ovan. Hans synpunkter redovisas i Läkartidningen 39/96 i svensk översättning. Det är en välgörande kritik från en utomstående observatör. Den kritik han framför sammanfattas i följande:

För det första innebär prioriteringar att säga nej till något, vilket den svenska Prioriteringskommittén inte har uppfattat.

För det andra, påpekar Alan Williams, är »behoven» inte definierade. Han konstaterar att många människor har mycket stora behov av bättre hälsa – vilket inte är detsamma som att de har behov av sjukvård, ifall sådan inte kan leda till bättre hälsa.

För det tredje konstaterar Williams att begreppet kostnadseffektivitet betraktats som mindre väsentligt av Prioriteringskommittén.

I prioriteringsdiskussionen är detta givetvis den centrala punkten eftersom det är resurser som skall fördelas. Alan Williams' sammanfattande kommentar är därför att Prioriteringskommittén inte har förstått sitt uppdrag.

Kommitténs synpunkter hävdas nu åter av Jan-Otto Ottosson, sekreterare i utredningen. Huvudpunkten är att man inte kan rangordna andra etiska principer mot effektivitetsprincipen. Denna måste stå tillbaka för principer om människovärde, jämlikhet och rättvisa.

## Exempel på oetisk resursfördelning

Mot det hävdar jag – liksom Alan Williams – att det inte hjälper att lyfta fram dessa okontroversiella men »intetsägande» (Tännjö, se ovan) principer ▶

**ANNONS**

**ANNONS**

om en insats saknar effekt eller nytta. Detta synsätt blir särskilt tydligt för grupper av patienter för vilka det fortfarande saknas effektiva behandlingsmetoder. Exempel är patienter med cancer i avancerat skede, som alla har trängande behov av bättre hälsa och botande behandling. Sådan saknas i många fall. Trots det görs omfattande behandlingsförsök till höga kostnader och med tveksamma effekter, betydande biverkningar och låg livskvalitet.

Prioriteringskommittén och Socialstyrelsen ordnade tidigt i kommitténs arbete ett gemensamt seminarium, med ett urval av Socialstyrelsens vetenskapliga råd. En av slutsatserna från det seminariet var att meningslösa och felaktiga insatser måste minimeras för att skapa resurser inom de områden där hälso- och sjukvård kan åstadkomma störst nytta.

Det innebär *inte* att patienter inte behöver tas om hand där medicinsk metod för botande behandling saknas, eller att behov inte föreligger om det saknas effektiva metoder. Omhändertagandet måste vara anpassat till de metoder medicinen erbjuder och patientens egna preferenser. Denna typ av kostnadseffektivitetsresonemang, som i andra prioriteringsdiskussioner är central, har inte uppfattats som viktig av Prioriteringskommittén.

### Hälsorelaterad livskvalitet

Ett annat problem, som Alan Williams lyfter fram och som Prioriteringskommittén undvikit, är livskvalitetsmätningar. I det avseendet är inte Alan Williams en objektiv betraktare eftersom han är en av de aktiva forskarna bakom begreppet kvalitetsjusterade levnadsår. Jag menar emellertid att det är både felaktigt och historielöst av Prioriteringskommittén att avfärda problemet genom att konstatera att hälsorelaterad livskvalitet hos olika individer inte går att jämföra eller mäta. Bara för att mätmetoderna är dåliga försvinner inte problemet. I det internationella arbetet med kostnadseffektivitetsbeskrivningar som underlag för resursfördelning och prioriteringar blir hälsorelaterade livskvalitetsmätningar ett allt mer centralt inslag, och utvecklingen inom detta forskningsfält ökar för närvarande.

### Rättvisebegreppet

När Alan Williams lyfter fram problemen med »rättvis sjukvård» och den avtagande marginalnyttan undviker Jan-Otto Ottosson frågorna genom att i stället tala om demokrati. Williams är inte antidemokrat. Han är klarsynt och frågar: »Är det en rättvis sjukvårds uppgift att jämna ut skillnader i livslängd mellan individer till vilket pris som

helst?», »Är det bättre att lyfta en mycket sjuk person, som fordrar mycket kostsam behandling, till en något bättre hälsa än att för samma resurs ge ett större antal måttligt sjuka individer full hälsa?»

Som Slaug påpekar (se ovan) går det inte utan en etisk förankring att på ett konstruktivt och konsekvent sätt besvara frågorna. Prioriteringskommittén har inte besvarat dem.

### Åldersproblematiken

Ottosson påpekar åter att ålderskriterier inte är acceptabla vid prioriteringar. Från praktisk sjukvård vet vi emellertid – grundat på mycket god statistik – att transplanterade organ fungerar längre hos yngre än hos äldre patienter. Många äldre patienter avlider på grund av andra åldersrelaterade sjukdomar långt efter transplantationen och med fungerande transplantat. Hade organen erbjudits yngre patienter hade de fungerat under längre tid och fler patienter hade därför kunnat erbjudas behandling.

Risken för sena åldersrelaterade komplikationer till all behandling ökar förstås med åldern. Detta är det faktiska förhållandet. Självklart påverkar denna kunskap valet av behandlingsförslag och patienturval. Motsvarande diskussion förs inom alla områden. Det är idag tabu att tala om ålderskriterier. I stället borde dessa diskuteras öppet bland annat utifrån Alan Williams' påpekanden om sjukvårdens rättviseroll.

### Mer resurser eller mer prioriteringar?

Vid IHE-konferensen (Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, Lund) om sjukvårdens ekonomi i Lund den 6 september 1996 antydde Bengt Holgersson, Landstingsförbundets ordförande, att den svenska sjukvården troligen skulle kunna utnyttja mer resurser på ett meningsfullt sätt. Först måste emellertid en bättre prioritering och ett effektivare resursutnyttjande åstadkommas. Ett betydande resurstillskott idag skulle stoppa effektiviseringsprocessen. Utvecklingen av sjukvårdskostnaderna står också i relation till samhällets resurstillväxt, där Sverige under det senaste decenniet haft en av de lägsta inom OECD. Resurserna måste tas från samhällets gemensamma kaka och finansieringsformen är i det sammanhanget ointressant.

Prioriteringsutredningens betänkan- de är ett politiskt dokument. Jag tolkar dess grundtanke så, att det som är medicinskt möjligt också är resursmässigt rimligt. Det innebär enligt utredningen att hälso- och sjukvården borde tillföras mer resurser. Genom att tillföra mer resurser kan prioriteringar undvikas.

Prioriteringskommitténs betänkan-

de skall ligga till grund för en aktivitet från regeringens sida. Vilken form denna skall ha – lagstiftning, pengar eller något annat – tycks ännu vara oklart. I underlagen för beslut om statliga åtgärder ingår också överläggningar mellan staten och huvudmännen om sjukvårdens framtida kostnader byggt på bl a rapporterna från HSU 2000.

Det är möjligt att sjukvården i Sverige på ett meningsfullt sätt skulle kunna utnyttja mer resurser, men oavsett hur mycket pengar som tillförs sektorn, kommer det alltid att finnas ett behov av att fördela dessa på ett rättvist och effektivt sätt. Diskussionen om prioriteringar och fördelningar inom hälso- och sjukvården kommer därför att fortsätta och är också nödvändig. Den bör utgå från förhållandet att en rättvis fördelning inte står i motsats till ett effektivt resursutnyttjande, utan tvärtom är beroende av ett sådant.

### Referenser

1. Världens svåra val. Slutbetänkande av prioriteringsutredningen, Socialdepartementet. SOU 1995:5.
2. Slaug B. En rättvis hälso- och sjukvård – enligt Mill, Rawls och Nozick. Socialmedicinsk tidskrift 1996; 73(4): 147-51.
3. Klein R, Day P, Redmayne S. Managing scarcity. Priority setting and rationing in the national health service. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 1996.