

Socialutskottet säger ja till prioriteringspropositionen

Människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen ska utgöra den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Det föreslog regeringen i prioriteringspropositionen, 1996/97:60, och detta har nu Socialutskottet ställt sig bakom.

Socialutskottet konstaterar att förväntningarna på hälso- och sjukvården idag är större än någonsin. Samtidigt finns det behov av ekonomisk åtstramning. Det medför att klyftan växer mellan å ena sidan vad som efterfrågas och som det finns medicinska och tekniska möjligheter att göra och å andra sidan vad resurserna räcker till. Alldeles oavsett hur den ekonomiska situationen ser ut kommer dock prioriteringar att behöva göras, menar utskottet.

Utskottet konstaterar också att varje gång det fattas beslut om resurser av något slag görs en prioritering, ett val, och det innebär att man samtidigt avstår från att använda resurserna till något annat. De val som görs i sjukvården grundar sig enligt utskottet alltid på värderingar av något slag. När alla behov av vård inte kan tillgodoses måste man föra en mer öppen diskussion för att grunderna för prioriteringen ska bli klara.

Utskottet anser att de värderingar som styr såväl tillgången till hälso- och sjukvård som de prioriteringar som sker i princip måste kunna delas av flertalet i befolkningen.

All hälso- och sjukvård ska bedrivas

AT-BLOCK. Antalet AT-block har minskat de senaste åren. För 1997 har landstingen utannonserat endast 798 AT-block i Läkartidningen. Det är en minskning med 25 block jämfört med 1996. 1995 utannonserades 842 AT-block och 1990 utannonserades 932 block.

Antalet examinerade läkare har sjunkit något under senare år. Hittills under 1990-talet har 700–750 läkare examinerats årligen. Förutom examinerade läkare behöver läkare med utländsk examen som åläggs att göra AT för svensk legitimation också AT-block. Hur många det är finns det inga siffror på, men under 1990-talet har mellan 200 och 300 utländska läkare årligen fått svensk legitimation. Sannolikt har flertalet haft AT-block. •

i samråd med patienten. Men utskottet konstaterar att det ligger i sakens natur att prioriteringar som måste göras på grund av otillräckliga resurser verkar inskränkande på valfriheten i stort. Samtidigt anser utskottet att nödvändiga prioriteringar måste uppfattas som rimliga och rättfärdiga.

Patientens ställning stärks

Den demokratiska förankringen är viktig, inte minst för att vidmakthålla förtroendet för vården. Genom de redovisade riktlinjerna förstärks, enligt utskottet, patientens ställning i vården ytterligare.

Utskottet delar alltså regeringens uppfattning om vilka principer som ska ligga till grund för prioriteringar. Utskottet delar också regeringens bedömning att kostnadseffektiv vård är något eftersträvt, eftersom det innebär att resurserna används på bästa sätt. Därmed räcker också resurserna till fler.

Precis som regeringen anser utskottet att kostnadseffektivitetsprincipen ska vara underordnad människovärdes- och behovs-solidaritetsprincipen. Men utskottet påpekar att det är angeläget att skilja på kostnadseffektivitet när det gäller behandling av enskilda patienter

och när det gäller sjukvårdens verksamhet i stort. Vid val mellan olika metoder för den enskilda patienten ska kostnadseffektivitetsprincipen vara underordnad de andra principerna.

Regeringen har föreslagit fyra prioriteringsgrupper som riktlinjer för prioriteringar (LT 1–2/97). Utskottet ställer sig bakom också detta.

Regeringen har föreslagit att palliativ vård och vård i livets slutskede ska hänföras till prioriteringsgrupp I. Utskottet anser att det bör vara en av de högst prioriterade uppgifterna inom vården att skapa förutsättningar för att varje människa ska kunna få en värdig död. Enligt utskottet bör detta innebära att smärtlindrande behandling och god omvårdnad prioriteras framför andra medicinska insatser om dessa inte kan höja patientens livskvalitet.

När det gäller preventiva insatser, som regeringen hänfört till prioriteringsgrupp II, ställer utskottet upp på bedömningen att värdet av olika preventiva insatser måste vara säkerställt.

Representanter för vänstern, folkpartiet, moderaterna och miljöpartiet har i olika delfrågor reserverat sig mot majoriteten i Socialutskottet.

Kristina Johnson

Kammarrätten

HSAN kan pröva Medanalys' ägare

Det finns inget hinder för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, att pröva om Medanalys' ägare ska få behålla sin legitimation. Det framgår av ett beslut i Kammarrätten i Stockholm.

I början av 1996 begärde Socialstyrelsen att Medanalys' ägare Lennart Ransnäs ska delegitimeras av HSAN. Anledningen var enligt Socialstyrelsen att han varit grovt oskicklig vid utövningen av sitt yrke och på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket.

Ransnäs begärde att HSAN skulle avvisa Socialstyrelsens anmälan. Men HSAN beslutade i höstas att det inte fanns något hinder för att pröva anmälan (LT 44/97). Detta beslut överklagade Lennart Ransnäs till Kammarrätten. I mitten av mars kom Kammarrätten till samma slutsats som HSAN: det finns

inte något hinder för en prövning av legitimationen i nämnden.

Även på de andra punkterna, om bl a föreläggande mot Socialstyrelsen om komplettering och utlämnande av handlingar, avslog Kammarrätten Lennart Ransnäs' överklagande.

Chefsåklagaren i Göteborg beslutade strax före årsskiftet att lägga ned utredningen om Medanalys och alltså inte väcka åtal i frågan som gällde misstanke om framkallande av fara för annan och bedrägeri (LT 3/97). •

FORSKNING. Regeringen ska i vår tillsätta en utredning som ska se över det svenska forskningssystemet. Utredningen ska göra en bred analys av organisation och ansvarsfördelning inom det svenska forskningssystemet utifrån samhällets behov och resurser samt forskningens möjligheter. Utredningen ska vara underlag för nästa forskningsproposition hösten 1999. •