

PRIORITERINGAR I VÅRDEN. Sedan landstinget i Östergötland 2003 offentliggjorde sin omdiskuterade lista på bortprioriterade åtgärder har få politiker velat ta i den laddade frågan. Men nu gör man i Västerbotten ett nytt försök. Denna gång får professionen ta ett större ansvar för den horisontella prioriteringen.

TEXT: MICHAEL LÖVTRUP ILLUSTRATION: HELENA LUNDING

Ny prioriteringsmodell ger läkarna större ansvar

Som första landsting i landet beslutade Östergötland 2003 att en rad specificerade behandlingar inte längre skulle omfattas av den allmänna sjukvården. Bakom den radikala åtgärden låg bland annat sparkrav.

Reaktionerna på beslutet blev starka. Socialministern var skeptisk och den lokala läkarföreningen misstänkte att vissa delar kunde strida mot lagen. Den borgerliga koalition som tog över styret i Östergötland 2006 har inte visat något större intresse för att uppdatera den »svarta listan«. När chefen för landstingets kirurgi- och onkologisentrum tidigare i år efterlyste politiskt ansvarstagande för konsekvenserna av de åtstramningar man beslutat om blev det avvärjande svaret från politikerna att medicinska prioriteringar inte skulle ske genom »stelbenta politiska beslut«, utan hanteras »inom det medicinska ledningsansvaret«.

Det skulle i stället bli politikerna i Västerbotten som på nytt plockade upp den heta

potatisen. Där har man i höst inlett en process för att omfördela sammanlagt tre procent av landstingets totala resurser. Alla landstingsfinansierade verksamheter berörs – cancervård och psykiatri lika väl som kollektivtrafik och museer – och målet är att processen ska leda till en omfördelning av 160 miljoner kronor under de kommande två åren.

Alla partier i landstinget stöder prioriteringsprocessen, säger landstingsstyrelsens ordförande Levi Bergström (s).

– Vi kommer att behöva 200 miljoner under de kommande två åren för satsningar på exempelvis psykiatri, nya läkemedel och geriatrikisk vård. Då räcker det inte med rationaliseringar, utan vi måste göra direkta omfördelningar. Vi har sagt att detta måste vi politiker ta ansvar för, vi kan inte lägga



Levi Bergström

ansvaret för att inte ge en viss behandling på läkarna.

Grundtanken med processen är att behandlingar och åtgärder inte ska sållas bort i det tysta, utan öppet, säger Levi Bergström.

– Det handlar om öppenhet mot verksamheterna – personalen hjälper till med beredningen, men vi politiker tar det slutliga ansvaret – men också om att processen och resultatet redovisas för media och allmänhet.

Om legitimitet är öppenhetsmyntets ovansida, är – som det östgötska exemplet tydligt visar – sårbarhet för negativ opinion dess undersida. Per Carlsson, professor och chef för Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, tror ändå att förutsättningarna för att vinna acceptans för prioriteringarna är större den här gången.

– En väsentlig skillnad är att det har gått fem år. Det finns en annan mognad både i organisationerna och i samhället i stort. Man har också dragit lärdomen från Östergötland att man måste jobba

mycket mer med att bredda förankringen. Det räcker inte med att involvera en kärntrupp bestående av klinik- och centrumchefer.

Det som kanske tydligast utmärker den västerbottniska prioriteringsmodellen är att man lagt in en ny nivå mellan de vertikala prioriteringarna på verksamhetsnivå och den politiska nivån, där den slutliga avvägningen mellan olika områden sker. Efter att varje verksamhetschef tillsammans med sin personal pekat ut nedprioriterade åtgärder motsvarande tio procent av nettokostnaden, möts verksamhetschefer från skilda verksamhetsgrenar för att tillsammans skära ner listan till fyra procent. Först när det är gjort tar politikerna över stafettpippen.



Leif Hognert

Mellansteget kom till efter att man granskat östgötarnas arbetssätt, berättar biträ-



Alla landstingsfinansierade verksamheter berörs av prioriteringarna – cancervård och psykiatri lika väl som kollektivtrafik och museer – och målet är att processen ska leda till en omfördelning av 160 miljoner kronor under de kommande två åren.

dande landstingsdirektör Leif Hognert, samordningsansvarig för prioriteringsprocessen.

– Vi tyckte att det horisontella perspektivet saknades. Tanken är att öka den kollegiala förståelsen av varandras verksamheter och därmed komma fram till ett resultat som upplevs som hyggligt rättvist av professionen.

En annan sak man lärt sig av Östergötland är vikten av tydlighet i kommunikationen, både internt och externt, säger Leif Hognert. I Östergötland kom prioriteringsprocessen hos allmänheten att uppfattas som en åtstramning.

– Vi har haft ett tydligt bud-

skap att det här inte är en sparprocess utan en omfördelningsprocess. Samtidigt med att vi meddelar vad vi prioriterar bort talar vi om vad vi prioriterar in.

Det konkreta prioriteringsarbetet inleddes i augusti, då varje verksamhetschef ålades att peka ut de tio lägst prioriterade procenten av sin verksamhet. Utgångspunkten för de medicinska prioriteringarna har varit Socialstyrelsens nationella modell för



Anders Sylvan

vertikala prioriteringar. Det har dock funnits en viss frihet att välja hur detaljerat man velat bryta ner kostnaderna.

– Vi valde att se till hela vårdkedjan för varje diagnosgrupp, berättar Anders Sylvan, verksamhetschef för kirurgikliniken vid Norrlands universitetssjukhus (NUS), Umeå. Efter att alla grupper rangordnats på en tiogradig skala plockade vi ut de lägst prioriterade diagnoserna, där läkarna gjorde en mer ingående avvägning mellan kostnad och nytta.

För kirurgins del var bedömningen relativt enkel, säger Anders Sylvan.

– Vi tittar på åkomma, åtgärd och resultat. Jag kan tän-

ka mig att det är svårare om det handlar om diagnoser av mer kronisk karaktär.

För primärvården har det varit en stor utmaning att hitta åtaganden motsvarande hela tio procent att prioritera bort, säger Sara Lirell-Stenman, verksamhetschef för Tärnabys och Storumans sjukstugor – trots att man precis som i andra landsting är van vid rationaliseringar och sparber-

ting. – Det är helt klart lättare att använda osthyvelsprincipen än att plocka bort hela uppgifter. Men jag har haft en mycket bra diskussion med de andra cheferna för närsjukvården i södra Lappland där

PRIORITERINGAR I VÅRDEN

vi utbytt idéer, säger Sara Lirell-Stenman, som hoppas att en del av de insparade pengarna ska föras tillbaka till när-sjukvården i glesbygden, exempelvis i form av utbyggd palliativ vård.

– Som den första instansen när man söker vård är primärvården otroligt viktig, särskilt om man har 23 mil till närmsta sjukhus.

När verksamheterna var klara med sitt arbete i slutet av september tog nästa steg vid. Gruppvis fick verksamhetscheferna banta ner listan till fyra procent av den verksamhet de gemensamt representerar.

Grupperna har medvetet satts samman för att omfatta ett så brett spektrum av verksamheter som möjligt, förklarar landstingets prioriteringsstrateg Susanne Waldau.

– Varje grupp representerar hela landstingets åtagande. Ingen grupp representerar bara sjukvård, administration eller regional utveckling.

Att den medicinska ledningen på detta sätt tvingas ta ansvar för avvägningen mot andra verksamhetsområden kan tyckas kontroversiellt. Men Johan Ljungberg, ordförande i Västerbottens läns läkarförning, ser positivt på att professionen involveras i den horisontella prioriteringen.

– Som verksamhetschef måste man kunna ta ansvar

för att andra verksamheter fungerar, annars finns risk att patienterna dyker upp någon annanstans om de prioriteras bort från den egna verksamheten.

Lika entusiastisk är inte Yngve Gustafson, professor i geriatrik vid NUS och ordförande i Sjukhusläkarförningens lokalavdelning i Umeå. Han ser det hela mest som ett smart sätt för beslutsfattarna att lägga ut ansvaret på personalen.

– Politikerna kan säga att »ni blev tillfrågade, så nu får ni ta ansvaret för prioriteringarna«.

Johan Ljungberg upplever att det generellt i läkarkåren finns en relativt stor förståelse för att en prioriteringsprocess är nödvändig. Många anser dock att tidsramarna varit för snäva.

– Instruktionerna gick ut i augusti och man skulle vara klar i slutet av september. En del menar att det skulle behövas ett år för att garantera kvaliteten. Det finns också en oro för att man lägger ner väldigt mycket jobb på något som i slutändan blir en tumme.

Enligt Yngve Gustafson är dock det allvarligaste problemet att det demografiska perspektivet försummas. Fokus har legat på att frigöra resurser för nya behandlingar.

– I en sådan här prioriteringsprocess måste man se var man har de största systemfelen i dagens sjukvård.



Sara Lirell-Stenman är positiv till att verksamheterna involveras i processen, trots att det inneburit ett större ansvar. »Det betyder inte att det gör mindre ont när prioriteringen ska genomföras, men vi har i varje fall fått framföra vår synpunkt«, säger hon.

Jag vill hävda att det tveklöst är det sätt vi tar hand om den stora och snabbt växande gruppen multisjuka äldre. Men det perspektivet saknas helt i de papper som cirkulerat.

Arbetsgrupperna lämnade sina förslag i mitten av oktober, och för närvarande pågår den politiska delen av processen. Det slutliga beslutet om vilka åtgärder som ska bort-prioriteras kommer att fattas av landstingsstyrelsen den 18 november.

Man kommer dock inte att gå ut offentligt med någon »svart lista« à la Östergötland, säger Levi Bergström.

– Vi kommer inte att räkna upp 80 åtgärder som inte längre är kvar. Däremot kommer vi att peka ut vilka verksamheter som får mindre ramar samtidigt som vi ger exempel på åtgärder som vi satsar på, som ny behandling mot förändringar i gula fläcken eller HPV-vaccin för unga tjejer.

Att inte gå ut med en lista, helst en där man för varje punkt förklarar hur beslutet bottnar i de etiska principerna, vore dock att missa poängen med öppna prioriteringar, menar Per Carlsson.

– Idén med öppenhet är ju att man blottlägger grunderna för det man gör. Medier och allmänhet kommer ändå att efterfråga detta, säger han.

Om den modell som nu provas i Västerbotten i förlängningen leder till att medborgarna lättare accepterar att inte längre få viss vård finansierad av det allmänna återstår att se. Levi Bergström tror för sin del att förutsättningarna att lyckas är större än de var i Östergötland.

– Framför allt för att vi inte gör det som en besparing utan för att kunna prioritera annat. Vi kommer till exempel att kunna visa att om vi tar bort en vårdcentral i Umeå har vi råd att ha kvar en i inlandet. Det är argument som västerbottningarna förstår.

Michael Lövtrup

michael.lovtrup@lakartidningen.se

Förändringar av prioriteringsriktlinjer föreslås



Den gällande »etiska plattformen« för prioriteringar i sjukvården antogs av riksdagen 1997. Enligt den ska tre principer vara vägledande för beslut om vem som ska få vilken behandling. Principerna är i fallande rangordning:

- Människovärdesprincipen – alla människor har lika rätt till vård.
- Behovs- eller solidaritetsprincipen – svårt sjuka går före mindre svårt sjuka.
- Kostnadseffektivitetsprincipen – när det finns olika behandlingar för ett tillstånd bör man eftersträva rimlig relation mellan kostnad och effekt.

För att underlätta det konkreta prioriteringsarbetet finns därutöver fyra priorite-

eringsgrupper listade, från »vård av livshotande akuta sjukdomar« ner till »vård av andra skäl än sjukdom och skada«.

2004 konstaterade Riksrevisionen att varken statsmakter eller myndigheter gjort särskilt mycket för att se till att dessa riktlinjer omsätts i praktiken. Socialstyrelsen gav efter det i uppdrag åt Prioriteringscentrum i Linköping att föreslå förändringar av plattformen för att göra den till ett bättre stöd i prioriteringsarbetet.

Baserat på analysen från Prioriteringscentrum har Socialstyrelsen föreslagit ett antal förändringar av plattformen. En är att en ny princip, ansvarsprincipen, skulle läggas till som rör individens eget ansvar för sin hälsa.

Mer kontroversiellt är förslaget att låta kostnadseffektivitetsprincipen utvidgas till att gälla även valet mellan patientgrupper, inte bara mellan olika behandlingar för en och samma åkomma. En effekt av det är att mycket dyra behandlingar som ger svårt sjuka patienter enbart marginell lindring skulle kunna få stå tillbaka vid resursbrist. Man föreslår också att prioriteringsgrupperna tas bort eller arbetas om från grunden.

Socialdepartementet har enligt uppgift till Läkartidningen ännu inte tagit ställning till om en revision av prioriteringsplattformen ska ske. ■

Formulering kring etik splittrar delföreningar

Läkarförbundets centralstyrelse vill att regeln att läkare aldrig får medverka till att påskynda döden förtydligas, så att syftet med åtgärden betonas mer. Men frågan splittrar Läkarförbundets delföreningar. Några vill ha kvar status quo, andra förordar att paragrafen stryks helt.

Sedan 2002 finns en skrivning i Läkarförbundets etiska regler som säger att läkare aldrig får medverka till att aktivt påskynda döden. Någon motsvarande skrivning finns inte i ICME, WMAs läkarkod. Inför årets fullmäktige har Läkarförbundets etik- och ansvarsråd (EAR) därför diskuterat möjligheten att stryka den aktuella skrivningen ur de svenska reglerna.

– Det är både naturligt och praktiskt att reglerna harmonierar. Läkaretiken är till sin natur gränsoverskridande, och de internationella reglerna är mer kända än de svenska, säger Thomas Flodin, ordförande i EAR.

När frågan remissbehandlades var instanserna splittrade. Sju var för att skrivningen skulle slopas, sju var mot. Tre kunde inte enas i frågan.

Ett argument som fördes fram för att behålla formuleringen var att den stimulerar till diskussion kring döds hjälp och andra viktiga frågor, medan tolkningssvårigheter anfördes som ett skäl att lyfta bort den.

En av de remissinstanser som skarpast argumenterade för att stryka meningen var Svenska Läkaresällskapet.

– Skrivningen kom till i ett upphetsat tillstånd 2002 som en markering mot att man legaliserat dödshjälp i Nederländerna. Problemet är att den riskerar stjälpas mer än hjälpa. Jag vet att en del läkare känner en osäkerhet om vad

»Läkaren skall besinna vikten av att skydda och bevara människoliv... Läkaren får aldrig medverka till att aktivt påskynda döden.«

Nuvarande lydelse

»Läkaren ska besinna vikten av att skydda och bevara människoliv och får aldrig medverka i åtgärder som syftar till att påskynda döden.«

Föreslagen lydelse

som gäller exempelvis i livets slutskede, vilket kan leda till att patienter får en suboptimal smärtlindring, säger Niels Lynöe, professor i medicinsk etik och ordförande i Läkarsällskapets etikdelegation.

Göteborgs läkarförening tyckte däremot att paragrafen skulle lämnas orörd.

■ **Bör formuleringen »Läkaren får aldrig medverka till att påskynda döden« strykas från de etiska reglerna?**

JA

Svenska Läkaresällskapet
Värmlands läkarförening
Ångermanlands läkarförening
Samfundet äldre läkare
Svensk förening för allmänmedicin
Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri
Svensk förening för klinisk farmakologi

NEJ

Malmö läkareförening
Göteborgs läkarförening
Västerbottens läns läkarförening
Blekinge läkarförening
Svensk geriatrisk förening
Svenska skolläkarföreningen
Sylf, Sveriges yngre läkares förening

Kunde inte enas

Sjukhusläkarföreningen
Svenska militärläkarföreningen
Mellersta Skånes läkarförening

– Att ta bort meningen i ett läge när det sker en glidning i hela Europa mot en mer tillåtande inställning till döds hjälp, och när en debatt om dödshjälp pågår även i Sverige, riskerar att tolkas på ett sätt som inte är avsett. Jag tycker inte att det ska råda någon oklarhet om att aktiv dödshjälp är något som läkare inte ska delta i, säger Christina Berntsson, ordförande för Göteborgs läkarförening.

Eftersom meningarna bland remissinstanserna gick så starkt isär valde EAR att skicka över tre olika förslag till centralstyrelsen: behålla, ta bort eller omformulera paragrafen.

Själv förordade EAR kompromisslösningen att omformulera, vilket också är den linje Läkarförbundets centralstyrelse gått på i sin proposition till fullmäktige. Förslaget är nu att frasen »medverka till att aktivt påskynda döden« ersätts med »medverka i åtgärder som syftar till att påskynda döden«.

– Den föreslagna formuleringen betonar syftet med åtgärden tydligare än den gamla. Om syftet med en åtgärd är att lindra lidande är den inte etiskt klandervärd, även om en effekt kan bli att döden påskyndas, säger Thomas Flodin.

Niels Lynöe tycker att det är bra att den föreslagna formuleringen är mindre kategorisk. Men inte heller den är helt invändningsfri, anser han.

– Syfte är ett mångbottnat begrepp. Precis som en åtgärd kan ha flera konsekvenser, kan den ha flera syften. Jag kan leva med den nya formuleringen, men det bästa vore att ta bort den helt. Alla läkare vet att dödshjälp inte är tillåtet i Sverige.

Michael Lövrup

Nya diagnos- och behandlingsmetoder bör etikprövas

Läkarförbundet är positivt till att nya diagnos- eller behandlingsmetoder som kan påverka respekten för människovärdet eller den personliga integriteten ska bedömas ur etisk synvinkel innan de omsätts i praktisk sjukvård.

I en promemoria föreslår Socialdepartementet att en sådan prövning blir obligatorisk genom att man inför en ny bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen. Bakgrunden är den snabba utvecklingen inom områden som fosterdiagnostik, genetik, nanoteknik och bildbehandling av hjärnan. Teknikerna rymmer nya möjligheter till behandling och bot, men kan också föra med sig etiska dilemman.

Läkarförbundet betonar att inte bara nya metoder bör kunna granskas, utan även sådana som redan införlivats i vården. Om sådana metoder visar sig ha oönskade konsekvenser för integritet eller människovärde bör de kunna avvecklas. ■

SFAM vill ha miniminivå i värdighetsgarantin

Svensk förening för allmänmedicin, SFAM, tycker att en värdighetsgaranti för äldreomsorgen bör innehålla en väl definierad servicenivå som inte får underskridas. Därmed går man emot Värdighetsutredningen, som ansåg miniminivåer vara ett kommunalt ansvar.

En sådan lägstanivå skulle utgå från fundamentala behov, snarare än att formuleras i timantal eller stödformer. Därmed skulle individen veta vad man har att förvänta sig, samtidigt som kvaliteten blir möjlig att följa upp ur ett nationellt jämförbarhetsperspektiv. Det skulle också göra det naturligt att involvera hälso- och sjukvårds kompetens, eftersom sådan behövs för att identifiera problem och lämpliga åtgärder.

SFAM menar också att utredningen förbiset den svåra frågan om hur personer, exempelvis dementa, som inte själva kan uttrycka sina behov ska garanteras en värdig omsorg.

Enligt föreningen skulle ett förtydligande i lagtexten behövas, som anger hur begrepp som självbestämmande och integritet ska tolkas i sådana lägen. ■