



Illustration: Helena Halvarsson

**PRIORITERINGAR.** För att ro i land primärvårdens stora uppdrag krävs prioriteringar. Kanske betyder det att välja bort vissa behandlingar eller åtgärder. Men om man inte har ett system för prioriteringarna riskerar man att gå rakt emot de etiska principer vården är satt att följa.

TEXT: SARA GUNNARSDOTTER

## »Primärvården saknar öppna och tydliga prioriteringar«

**D**et menar Eva Arvidsson, primärvårdsstrateg i Landstinget i Kalmar län och distriktsläkare. Denna termin är hon ledig från sin distriktsläkartjänst för att arbeta med sina ännu inte publicerade forskningsprojekt om just prioriteringar i primärvården. I en studie, där Eva Arvidsson

är medförfattare, har läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster intervjuats om sin erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar. Det visade sig att prioriteringar hela tiden gjordes, men ofta utan struktur och dokumentation. – Personalen pratade med varandra lite informellt för att lösa de situationer som

uppstår i en överbelastad vardag. Man hittade på gemensamma riktlinjer och valde ut vissa saker som kunde tas bort från verksamheten, säger Eva Arvidsson.

**Personalens kunskap** om den etiska plattformen (se ruta nästa uppslag) för prioriteringar som riksdagen ställt sig

bakom var dålig. Några menade att vårdcentralens uppdrag främst var att ha god tillgänglighet och att kunna erbjuda besökstider till alla akutfall, något som gjorde att patienter med kroniska sjukdomar »tappades bort«.

– Det går ju egentligen stiek i stäv med prioriteringsutredningens intentioner, säger

Eva Arvidsson, och hon tror inte att detta är unikt för primärvården.

– Man missar också det här med öppenheten, som lyftes fram i prioriteringsutredningen, eftersom man inte skrivit ner något.

**Enligt Eva Arvidsson** förlorar man då inte bara debatt och eventuell kritik från patientgrupper utan också möjligheten till stöd från politikerna. Och just det sistnämnda var en tydlig önskan från personalen.

– Man vill ha hjälp med att definiera och tydliggöra sitt uppdrag, men från politikerna finns en tveksamhet till att ens diskutera prioriteringar och en rädsla att uttala vad primärvården faktiskt ska ägna sig åt i första hand. De vill helst att personalen själv tar hand om prioriteringarna.

I en annan av Eva Arvidssons studier framkom att även patienterna helst ser att prioriteringar görs av professionerna inom vården.

– Men där kanske man tänker sig att det handlar om individer: »är det frågan om min behandling, då vill jag att läkaren ska bestämma och inte



Foto: Ingvar Eliasson

Eva Arvidsson, primärvårdsstrateg i Landstinget i Kalmar län och distriktsläkare, efterlyser nationella riktlinjer för primärvården.

en politiker«. Då ser man alltså inte att det handlar om allmän resursfördelning, säger hon.

Eva Arvidsson själv när en förhoppning om att Socialstyrelsens i sitt arbete med nationella riktlinjer inte bara skulle ägna sig åt diagnosgrupp för diagnosgrupp utan också lyfta upp det som ingår i primärvårdsuppdraget. Hon tror inte att det är tillräckligt att man, som nu, stoppar in en och annan distriktsläkare i arbetsgrupperna.

– Om man som allmänlä-

kare blir inbjuden att delta till exempel i en grupp som jobbar med kardiologi så riskerar man att den allra största delen av tiden handlar om specialbehandlingar som distriktsläkaren inte håller på med, även om det går

många fler patienter med hjärtsjukdomar i primärvården än det gör på sjukhusen. Då kanske man tycker att det inte var så väl använd tid.

Eva Arvidsson påpekar att hon inte har några slutgiltiga lösningar på hur prioriteringar i primärvården praktiskt ska gå till.

– Det är väldigt svårt, hade det varit lättare hade vi kommit någon vart, säger hon och tillägger:

– Men låt oss fortsätta och försöka att se om vi inte kan komma ett steg längre, jag tror att det här är något som kan hjälpa oss och det är synd om allmänmedicinen ställer sig vid sidan om och säger att det här passar inte för oss, för det tror jag att det gör. Dessutom fördelas resurser utifrån de nationella riktlinjernas rangordning, och är inte vi med där så är vi inte med på listan man ska fördela utifrån.

**I arbetet med de nationella riktlinjerna görs också listor med områden som behöver utforskas ytterligare, en FoU-lista. Eva Arvidsson säger att det är viktigt att den listan**

## Snuviga 35-åringar prioriteras framför äldre multisjuka

**»Gynna de redan gynnade, som söker hjälp för banala åkommor. Håll dem på gott humör så att de tror på systemet och fortsätter att betala skatt.« Det är enligt distriktsläkaren Peter Baeckström politikernas underförstådda budskap till primärvården.**

– För att kunna hjälpa de multisjuka gamla måste vi frångå de etiska principerna och se till att de i produktiv ålder får det de anser sig ha rätt att begära, säger Peter Baeckström, distriktsläkare, men också tidigare hälso- och sjukvårdsdirektör i Örebro läns landsting.

**Han menar att om »35-åringar som misstänker bihåleinflammation« inte får träffa läkaren på vårdcentralens jourtid så kommer de att börja skaffa sig privata sjukförsäkringar. Något som på sikt verkligen skulle försämra möjligheterna för de multisjuka äldre, som själva inte utgör någon röststark grupp.**

– Det blir ett politiskt tryck i frågan, en skatteop-

position, man vill inte betala för något man upplever att man inte får valuta för. Och då kommer det inte att finnas tillräckligt med pengar för att finansiera den offentliga vården med.

**Enligt Peter Baeckström** ligger det en konflikt mellan prioriteringsmålen – som hävdar rätten till god vård även för dem med nedsatt autonomi – och tanken om god tillgänglighet och valfrihet.



Foto: Magnus Westerborn

Peter Baeckström

– Många läkare och sjuksköterskor mår dåligt av att kronikerna inte får det stöd de har rätt till. Men om de skulle få det så får vi kritik för ökade telefonköer.

Men Peter Baeckström poängterar att han tycker det är bra med god tillgänglighet.

– Men man måste inse att det alltid är något annat som måste bort då!

**Sara Gunnarsdotter**

också tar upp sådant som är angeläget ur primärvårdsperspektiv, inte minst för att det i dagsläget finns så lite evidens kring arbetet i primärvården.

– Vi måste komma fram lite för våra patienters skull, säger hon.

Men Eva Arvidsson tycker också att det behövs initiativ på lägre nivåer.

– I alla landsting och på varje vårdcentral måste vi försöka arbeta bättre med prioriteringar än vi gjort hittills. Och när vi gör prioriteringar mäs-

te vi också fundera runt de etiska principerna.

Men det verkar lättare sagt än gjort. De etiska principerna är enkla att hålla med om i teorin men har visat sig svårare att omvandla till praktiska verktyg. Eva Arvidsson har också genomfört en studie med fokusgrupper där syftet var att kartlägga läkares och sjuksköterskors resone-mang kring begreppen svårighetsgrad, nytta och kostnads-effektivitet vid prioriteringar i vardagen. Begreppen är de-

samma som Socialstyrelsen formulerat för sitt arbete med de nationella riktlinjerna.

– Spontant tänkte många först och främst på svårighetsgrad när de prioriterade enskilda patienter. Men efter att ha använt begreppen vid prioriteringar i vardagen började de också reflektera alltmer kring nytta och kostnadseffektivitet.

En del av deltagarna menade att det är vad det hela handlar om; hur man på bästa sätt ska fördela begränsade resurser. Något som Eva Arvidsson håller med om. Och hennes slutsats är att uppgifterna för primärvården hela tiden blir fler och fler utan att de ekonomiska ramarna förändras.

– **Primärvårdens uppdrag** definieras ganska ofta från sjukhusen, »det här är patientgrupper som vi inte behöver ta hand om, eller inte har resurser att ta hand om, och då får de omhändertas av primärvården«. Samtidigt har vi ett inflöde från andra hållet med fler sjuka, fler som får diabetes, fler med psykosocial ohälsa och allt det... Primärvårdens uppdrag sväller utan primärvården har möjlighet att kontrollera det.

Inte heller de personella resurserna hänger med i det allt större uppdraget. Även om målet för den nationella handlingsplanen, 6 000 allmänläkare 2008, skulle nås så skulle bristen på allmänläkare kvarstå eftersom inte utvecklingen avstannar efter 2008, säger Eva Arvidsson. Men hon tror att chansen för en god läkarbemanning i primärvården skulle öka med ett större fokus på prioriteringar.

– Ett tydligare avgränsat uppdrag som är gjort utifrån ett etiskt riktigt sätt ger också en arbetsmiljö som är bättre. Då blir det kanske lättare att rekrytera, säger hon och tillägger:

– Och med en öppen dialog kring vad vi gör och inte gör ger det nog också mer nöjda patienter!

Sara Gunnarsdotter

# »Av människovärde följer

Etiska principer för prioriteringar bör förändras

**Den etiska plattformen för prioriteringar är otydlig. Dessutom låter »plattform« statiskt, etik måste ständigt diskuteras. Det menar etik-professorn Per-Erik Liss, som också vill lyfta in individens egenansvar i principerna bakom prioriteringar i hälso- och sjukvården.**

På våren 1997 fattade riksdagen beslut om en etisk plattform som ska utgöra riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Plattformen utgörs av tre inbördes rangordnade principer:

**1. Människovärdesprincipen** – alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

**2. Behovs- och solidaritetsprincipen** – resurserna bör fördelas efter behov; mer till

de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Vården har också ett ansvar att utreda och undersöka var de otillfredsställda behoven finns.

**3. Kostnadseffektivitetsprincipen** – vid val mellan olika metoder för behandling av samma sjukdom bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Professor Per-Erik Liss, projektledare vid Prioriteringscentrum i Linköping (se ruta nästa sida) anser att principerna inte ger den vägledning som skulle behövas för dem som ska fatta prioriteringsbeslut i hälso- och sjukvården. Bland annat tycker han att rangordningen mellan de två sistnämnda principerna är för kategorisk.

**»Om man har regler som säger att man får ta ansvar så är det en signal till allmänheten om krav på större ansvarstagande för sin hälsa.«**



Foto: Magnus Westerborn

Professor Per-Erik Liss anser att prioriteringar inte bara ska diskuteras utifrån ekonomi utan också utifrån sin symboliska innebörd.

I samband med sin kartläggning av prioriteringsarbete i hälso- och sjukvården har Prioriteringscentrum föreslagit vissa förändringar av plattformen. Enligt förslaget skulle människovärdesprincipen även i fortsättningen alltid gå först. Däremot ska de följande

## Öppna prioriteringar i vården – en bristvara

Det har nu gått mer än tio år sedan riksdagen fattade beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Beslutet omfattar bland annat en etisk plattform som prioriteringsbeslut ska vila på. Plattformen utgörs av människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen (se artikel intill). I riksdagsbeslutet slogs också fast att diskussionen om prioriteringsgrunderna måste föras öppet.

Trots det finns fortfarande få exempel på öppna prioriteringar.

Politikerna tycker att området är svårt, det saknas strategier för hur man ska arbeta med prioriteringar och sjukvårdspersonalen får ta det reella ansvaret; den är dessutom okunnig om de etiska principerna. Kommunerna känner sig inte alls berörda och medborgarna är inte engagerade i frågan.

Den dystra analysen kommer från Prioriteringscentrum, som för snart två år sedan via Socialstyrelsen fick ett regeringsuppdrag att kartlägga på vilket sätt huvudmännen arbetar med prioriteringar inom

hälso- och sjukvården. I uppdraget ingick också att se om sådant arbete överensstämmer med riksdagens intentioner och Hälso- och sjukvårdslagen. Dessutom innebar uppdraget en analys av eventuella problem i tillämpningen av riktlinjerna och att eventuellt föreslå förändringar. Uppdraget mynnade i våras ut i rapporten »Vårdens allt för svåra val?«

Socialstyrelsen kommenterade att rapporten överensstämde med myndighetens egna iakttagelser, bland annat att resurser fördelas utifrån historiska

mönster och att om prioriteringar görs så är det i stort sett uteslutande inom verksamhetsområden, inte mellan.

I rapporten framskymtar förvisso också en del positiva aspekter, till exempel att staten, i egenskap av Socialstyrelsen och Läke-medelsförmånsnämnden, blivit föregångare på området genom arbetena med nationella riktlinjer respektive prövningar av om läkemedel ska ingå i subventioneringssystemet.

Läs hela rapporten nr 2007:2 Vårdens allt för svåra val? på <<http://e.lio.se/prioriteringscentrum>>

# egenansvar»

## ■ FAKTA Prioriteringscentrum

Prioriteringscentrum i Linköping är ett nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vård och omsorg. Verksamheten startade år 2001 på initiativ av Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting, som tillsammans också är huvudfinansiärer. Prioriteringscentrum har ett nationellt uppdrag att bedriva

forskning och utveckling av processer och metoder kring ämnet öppna prioriteringar och att bidra till kunskapsöverföring mellan akademi och praktisk vård och omsorg. Dessutom ska Prioriteringscentrum skapa forum för kunskaps- och erfarenhetsutbyte samt stimulera till debatt och ökad medvetenhet kring prioriteringar.

principerna vara utan inbördes rangordning och viktas i förhållande till varandra från fall till fall. Behovs- och solidaritetsprincipen delas i två och dessutom skulle en ansvarsprincip läggas till.

– **Människovärdesprincipen** innebär att man ska respektera människors värde, därpå följer att man också ger människor eget ansvar, dels för sin hälsa, dels för sin vård, säger Per Erik Liss.

En person som tagit onödiga risker bör ges en lägre rangordning i hälso- och sjukvården än en person som inte tagit risker. Per-Erik Liss är noga med att poängtera att det ska handla om ett onödigt men frivilligt risktagande och att patienten ska ha haft kunskap om eller möjlighet till kunskap om att beteendet riskerar medföra ohälsa.

**Finns det då något reellt exempel som skulle falla inom ramarna för ansvarsprincipen? Det finns ju faktiskt icke-rökare som drabbas av lungcancer, hur ska man veta om just den här rökande lungcancerpatienten kanske drabbats ändå, även utan cigaretter?**

– Det är viktigt med det kausala sambandet. Råder det minsta tveksamhet om att det är patientens beteende som lett fram till skadan så är det bättre att fria än fälla, säger Per-Erik Liss.

Och han påpekar även att ansvarsprincipen bara är en av flera principer. Vid ett stort vårdbehov finns en konflikt mellan behovsprincipen och ansvarsprincipen. Dessutom är det inte fråga om att en risktagare blir utan vård, utan konsekvensen kan bli att svaret för kostnaden läggs på patienten själv.

**Ett exempel** där ansvarsprincipen är tillämplig skulle enligt Per-Erik Liss kunna vara om en person håller sig med giftormar som husdjur. Kostnaden för att vårdcentralen i området då håller sig med serum, som måste förnyas en gång i halvåret, bör rimligtvis falla på individen och inte det offentliga, säger Per-Erik Liss.

Men varför skulle man lägga till en etisk princip som i praktiken nästan aldrig ska tillämpas? Per-Erik Liss säger man inte ska underskatta principernas symboliska värde.

– Om man har regler som säger att man får ta ansvar så är det en signal till allmänheten om krav på större ansvarstagande för sin hälsa.

Sara Gunnarsdotter

**LÄS MER** Läs mer om ansvarsprincipen på <http://e.lto.se/prioriteringscentrum>, sök efter Rapport 2007:4 Ansvar för sin hälsa?

## Annons