

Prioriteringarna i vården – vad får etiken kosta?

Socialstyrelsen vill att de etiska riktlinjerna för prioriteringar i vården ska omarbetas från grunden, med ökad hänsyn till kostnaderna. I stället bör prioriteringsarbetet på klinik- och vårdcentralsnivå intensifieras med utgångspunkt i den konkreta verksamheten. Läkarna måste spela en ledande roll i den diskussionen.

Debatten om etiska ställningstaganden kontra ekonomiska prioriteringar i hälso- och sjukvården fick under år 2007 förnyad aktualitet. Det arbete som har bedrivits ute i landstingen för att följa upp 1990-talets stora prioriteringsutredning har granskats av Prioriteringscentrum i Linköping (rapporten *Vårdens alltför svåra val?*, mars 2007).

Socialstyrelsen har på denna grundval lagt fram vissa slutsatser för regeringen (*Prioriteringar i hälso- och sjukvården*, maj 2007). Några fall av mycket dyra behandlingar, som inte ryms inom en klinikbudget och kan vara betungande även för ett enskilt landsting, har uppmärksamats i medierna och föranlett kommentarer i bland annat Läkartidningen.

Läkarförbundets etik- och ansvarsråd (EAR) tog vid ett sammanträde i december 2007 upp prioriteringsfrågorna till diskussion i ett skettiskt samtal. Man konstaterade att de tankar som förs fram i Prioriteringscentrums och Socialstyrelsens analys innebär stora förändringar i Prioriteringsutredningens sk



För Läkarförbundets etik- och ansvarsråd: **ULF SCHÖLDSTRÖM** är utredningschef i Läkarförbundet

etiska plattform, som också i allt väsentligt fastställdes av riksdagen.

I korthet såg Prioriteringsutredningen som sin främsta uppgift att lyfta fram grundläggande etiska värderingar som vägledning för beslutsfattare både på politisk/administrativ nivå och i den kliniska vardagen. Utredningen upprättade en värderingshierarki och konkretiserade vårdbehov i fem prioriteringsgrupper (se Fakta 1).

Vad som nu har föreslagits

från Socialstyrelsen är att principen om kostnadseffektivitet jämföras med behovs-/solidaritetsprincipen. Därmed skulle man kunna väga vårdbehov mot kostnad, och inte som i dag tillämpa kostnadseffektivitetsprincipen enbart vid val mellan olika behandlingsmetoder. Endast människovärdesprincipen kvarstår som överordnad. Prioriteringsgrupperna bör slopas helt eller omarbetas radikalt, menar Socialstyrelsen.

EAR fann dessa tankar oroadande. Det är uppenbart att allt prioriteringsarbete ute i landstingen riskerar att avstanna i avvaktan på nya riktlinjer om frågan om prioriteringar återigen ska utredas i grunden. Man kan tvivla på att en ny utredning kan komma till ett bättre resultat som det kan råda enighet om, och som ger vägledning i det dag-

liga arbetet. En princip som säger att det får avgöras från fall till fall, när kostnadseffektivitet ska väga tyngre än vårdbehov, är inget stöd i det kliniska arbetet och ställer tvärtom läkarna inför omöjliga valsituationer.

EAR delade emellertid Socialstyrelsens bedömning att prioriteringsarbetet ute i landstingen inte har gjort så stora framsteg. Framför allt saknas ännu en bred diskussion på verksamhetsnivån (klinik etc), där de konkreta besluten måste fattas.

Hälso- och sjukvården har de senaste åren på många håll präglats av stora omorganiseringar och administrativa reformer som har tagit det mesta av uppmärksamheten och energin i anspråk. Hellre än att börja på nytt med att revidera Prioriteringsutredningens principer bör man nu ägna krafterna åt att engagera läkare och annan vårdperso-

nal i diskussioner med utgångspunkt i konkreta frågeställningar, framhöll EAR.

Ett stort problem, ansåg EAR, är att politikerna ger dubbla budskap. Vårdens allmänna tillgänglighet i form av kortare väntetider betonas allt mer på bekostnad av de sjukare patienterna, bl a som en följd av vårdgarantin. Inte minst märks detta inom allmänmedicinen. »Det är ingen som säger vad man *inte* ska göra«, konstaterade en ledamot.

Ett annat problem är att kostnader för läkemedel och medicinsk service allt oftare läggs inom klinikens eller vårdcentralens budget. Det finns också en tendens att preventiva åtgärder nedgraderas, trots att Prioriteringsutredningen placerade sådana uppgifter i den näst högsta behovskategorin.

Den medicinska utvecklingen fortskrider kontinuer-

FAKTA 1. Prioriteringsutredningens slutsatser

Prioriteringsutredningen lade fram sitt slutbetänkande 1995 (SOU 1995:5). Det innehöll en skettisk plattform med tre grundläggande principer:

1. Människovärdesprincipen; alla människor har lika värde och samma rätt, oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
2. Behovs- eller solidaritetsprincipen; resurserna bör satsas på de områden där behoven är störst.
3. Kostnadseffektivitetsprincipen; vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Kostnadseffektivitetsprincipen bör tillämpas endast vid jämförelser mellan metoder för behandling av samma sjukdom.

Prioriteringsgrupperna, som konkretiserar vilka behov som är mest angelägna, är följande:

- I A. Vård av livshotande akuta sjukdomar. Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död.
- I B. Vård av svåra kroniska sjukdomar. Palliativ vård i livets slutskede. Vård av människor med nedsatt autonomi.
- II. Individinriktad prevention vid kontakter med sjukvården. Rehabilitering/rehabilitering.
- III. Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.
- IV. Gränsfall.
- V. Vård av andra skäl än sjukdom och skada.

FAKTA 2. Om Läkarförbundets etik- och ansvarsråd

Läkarförbundets etik- och ansvarsråd (EAR) handlägger förbundets yrkesetiska frågor och marknadsföringsfrågor rörande läkarverksamhet. Rådet bevakar de delar av hälso- och sjukvårdsförhållningarna som anknyter till läkarnas yrkesansvar.

Rådet verkar för att stärka och utveckla läkarkårens medvetenhet i medicinsk-etiska frågor. Delmål i detta arbete är

bl a att sammanställa och sprida kunskap om nationella och internationella etiska regler, och att tydliggöra etiska frågeställningar i den kliniska vardagen.

Rådets ledamöter är Thomas Flodin (ordförande), Eva Engström, Lotti Helström, Erik Jörtsö, Rune Kaalhus, Thomas Lindén och Åsa Pravitz. Tomas Hedmark från Läkarförbundets kansli är rådets sekreterare.

ligt med nya och kostsamma behandlingsmetoder, t ex inom neonatalvården. Det decennium som har gått sedan Prioriteringsutredningen lades fram har inte gjort problemen lättare utan tvärtom svårare, konstaterade EAR.

Som ett konkret exempel på prioriteringar tog EAR upp frågan om hur extremt dyra behandlingar ska hanteras. Ett fall av Hunters sjukdom, där behandlingen av en enda patient kan kosta 10 miljoner kronor per år, har diskuterats i pressen och lett till krav på gemensamma riktlinjer och eventuellt också gemensam finansiering.

Från läkarets synpunkt finns det en konflikt mellan å ena sidan principen att göra gott, dvs att ge varje patient bästa möjliga behandling, och å den andra rättvisepincipen, dvs att resurserna måste fördelas med hänsyn tagen till andra viktiga behov inom hela patientkollektivet. Om de »dyra« patienterna kostar så mycket att andra viktiga vårdbehov inte kan tillgodoses, kan det vara motiverat att modifiera principen att göra gott.

Det finns emellertid ingen kartläggning av de totala kostnaderna för mycket dyra behandlingar, eller av hur många »extremt kostsamma« patienter det finns i Sverige. Säriläkemedel (preparat som används mot livshotande eller mycket allvarliga tillstånd med en prevalens av mindre än 5 fall per 10 000 invånare) uppges kosta ca 400 miljoner

kronor per år, vilket motsvarar ca 2 promille av de totala sjukvårdskostnaderna.

Det är uppenbart, ansåg EAR, att Hunters sjukdom är en livshotande sjukdom som faller inom Prioriteringsutredningens högsta kategori. Det är svårt att hävda att andra viktiga vårdbehov inte skulle kunna tillgodoses, även

om en större andel än några promille av de totala sjukvårdskostnaderna skulle ägnas åt de sällsynta och dyra patienterna.

Man bör i första hand göra en inventering av behov och kostnader på riksnivå. Sedan kan man ta ställning till vilka resurser som krävs och om medel bör läggas i en fond på riksnivå för att fördela riskerna. Man skulle därmed kunna få ett slags försäkringssystem, där landstingen kan gardera sig för risken att få ett onormalt antal mycket kostsamma fall inom sitt område.

Sammanfattningsvis ansåg EAR att klinik- och vårdcentralsnivån nu bör bli motorn i prioriteringsarbetet. Läkarna måste ta en aktiv roll i granskningen av rådande rutiner och prioriteringar. Det måste

ges tid för uppgiften, vilket hittills inte har varit fallet. De politiska prioriteringarna måste, som Prioriteringsutredningen avsåg, stämma överens med de kliniska prioriteringarna, så att resurser satsas på de mest angelägna områdena. Man bör inventera vårdbehov och kostnader för sällsynta sjukdomstillstånd. För särskilt dyrbara behandlingar bör man söka utforma en solidarisk finansiering på riksnivå.

LÄS MER Tidigare artiklar i serien *Etiskt samtal från Läkarförbundets etik- och ansvarsråd (EAR)* har publicerats i *Läkartidningen*:

nr 41/2004, sidorna 3175-6,
nr 41/2004, sidan 3178,
nr 4/2006, sidan 191,
nr 9/2007, sidorna 686-8.

Säkerhetstänkandet vid kirurgi

■ **Kommentar till artikeln »Säker kirurgi räddar liv – ska Sverige vara med?«** av Jon Ahlberg och Irini Antoniadou (*Läkartidningen* 8/2008, sidorna 544-7).

Vid övre gastrosektionen vid kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro, har vi under många år arbetat med säkerhetstänkandet vid kirurgi. Vi har försökt att efterlikna flygindustrins säkerhetsrutiner i den mån det nu varit praktiskt möjligt.

År 1995 infördes rutinmässig videoinspelning av all vår laparoskopiska kirurgi. Vi fick på så sätt möjlighet att postoperativt analysera operationsteknikerna vid oväntade postoperativa komplikationer. Videoinspelningarna har även kunnat användas i andra situationer för att förbättra utbildningen av kirurger under utbildning, färdiga specialister och övrig vårdpersonal. Vi har haft mycket stor nytta av denna rutin.

De senaste tre åren haft vi

också testat ett system där vi även haft ljudupptagning från operationerna. Operatören och assistenten har haft trådlösa mikrofoner, och deras kommentarer spelas in på videobandet. Man kan på så sätt postoperativt få en god uppfattning av hur operatör och assistent resonerat inför de olika stegen under operationen.

De videosekvenser som vi bedömer har stort utbildningsvärde presenteras fortlöpande på kirurgiklinikens videoarkiv (www.orebroll.se/uso/videoarkiv). Den årliga besöksfrekvensen på videoarkivet tyder på att filmsekvenserna är uppskattade. Årligen spelas filmerna upp ca 130 000 ggr.

För att ytterligare förbättra säkerheten kring operationsstarten har vi i ett par år använt oss av checklistor där vi före operationsstart kontrollerar ett antal punkter så att onödiga avbrott under operationen undviks. Man funktionstestar den apparatur

som skall användas, kontrollerar att samtliga instrument finns på salen, kontrollerar att sladdar, slangar, spol och sug fungerar, m m. Checklistan möttes initialt av viss skepsis av operationssjuksköterskorna men har kommit att bli allt mer uppskattad och fungerar nu utmärkt.

Mycket av säkerhetstänkandet kan omsättas i praktiska rutiner med små ekonomiska resurser, och den kliniska nyttan är odiskutabelt hög. De rutiner som vi infört har kommit att förbättra vår laparoskopiska kirurgi, strama upp rutinerna kring operationerna, och tack vare informations-spridningen via videoarkivet har kollegor i Sverige kunnat ta del av våra erfarenheter; sammantaget har dessa rutiner kommit att öka säkerheten för våra patienter.

Lars-Göran Larsson
överläkare, kirurgikliniken,
Universitetssjukhuset Örebro
lars-goran.larsson4@telia.com