

# Maximalt minskat lidande eller vård efter behov?

Oenigheten tycks vara stor om hur vi vid prioriteringar i sjukvården bör förhålla oss till relationen mellan behovs- och kostnadseffektivitetsprinciperna. Det talar för att vi bör undvika en kategorisk rangordning av principerna. Viktigt är dock att frågorna blir grundligt belysta i den pågående prioriteringsdebatten.

**P**å uppdrag av Socialstyrelsen har Prioriteringscentrum i Linköping genomfört ett kartläggnings- och analysarbete om omfattning och tillvägagångssätt vid prioriteringar inom kommuner och landsting. Kartläggningen bygger på över 150 intervjuer. Resultatet av detta arbete presenteras i rapporten »Vårdens alltför svåra val?» [1].

I rapporten ingår också förslag till förtydliganden och förändringar av riksdagens riktlinjer för prioriteringar. Det reviderade förslaget presenterar fem etiska hänsynsformulerade i termer av principer [2]:

- människovärdesprincipen
- behovsprincipen
- solidaritetsprincipen
- kostnadseffektivitetsprincipen
- ansvarsprincipen.

Både människovärdes- och behovsprinciperna ges en något annorlunda utformning. Behovs- och solidaritetsprinciperna kräver olika etiska hänsyn som kan komma i konflikt; de är därför skilda åt.



**PER CARLSSON**  
professor  
Per.Carlsson@ihs.liu.se



**PER-ERIK LISS**  
professor; båda vid  
Prioriteringscentrum,  
Linköping

Kostnadseffektivitetsprincipen ges en något annan formulering och en vidare tillämpning. En ansvarsprincip har tillkommit. Beträffande rangordningen står människovärdesprincipen över de andra fyra, som i utgångsläget har samma status.

**Vilka principer vi anser** bör ingå i en etisk plattform för att vägleda beslut om resursfördelning inom hälso- och sjukvården samt hur avvägningen mellan principerna bör ske, är beroende av våra värderingar. Det är därför viktigt att dessa frågor blir diskuterade.

Niklas Ekerstad har i en tidigare artikel kommenterat förslaget till reviderad etisk plattform [3]. Vi välkomnar också Jan-Otto Ottossons artikel med kritiska synpunkter [4].

Vi vill här kommentera Ottossons artikel på två punkter: tillämpning av kostnadseffektivitetsprincipen samt avvägningen mellan behovs- och kostnadseffektivitetsprinciperna. Däremot har vi valt att inte kommentera Ottossons koppling av vårt förslag till vårdgarantin, eftersom vi överhuvudtaget inte behandlar denna reform i vår rapport.

**Enligt Ottosson** likställer vi kostnadseffektivitetsprincipen med nyttoprincipen. Vi uppfattar att Ottosson med nyttoprincipen avser maximerad samhällsnytta. Vi me-

nar att vi i rapporten skiljer mellan de två principerna.

Vi framhåller främst två skillnader. Den ena rör effektmåttet. Enligt nyttoprincipen bör effekten bedömas i termer av summan nytta, dvs effekter på samhällsekonomin eller den samlade livskvaliteten i befolkningen. Även om varje enskild patient får liten nytta kan det totalt sett leda till stor mängd nytta när patienterna är många.

Enligt vår definition av kostnadseffektivitetsprincipen bör den förväntade effekten bedömas i termer av hälsa eller livskvalitet för en genomsnittlig individ oberoende av patientgruppens storlek. Det kan därför vara kostnadseffektivt att behandla en liten patientgrupp, men utan maximering av samhällsnyttan. Den andra skillnaden berör kostnaden för en åtgärd. Nyttoprincipen tar ingen hänsyn till kostnader, till skillnad från kostnadseffektivitetsprincipen.

**Ottossons viktigaste bidrag** är hans synpunkter avseende en huvudkonflikt vid resursfördelning inom hälso- och sjukvården. Ottosson uttrycker den i termer av vårdbehov och maximerad hälsa, medan vi uttrycker samma konflikt i termer av vårdbehov och minimerad ohälsa eller lidande. I de flesta fall sammanfaller de etiska kraven på att använda knappa resurser på ett effektivt sätt och att ge vård efter behov, men då de är i konflikt tvingas vi välja mellan dem.

Ottosson förespråkar en kategorisk rangordning mellan de två – vård efter behov bör alltid gå före maximal lidandeminimering (kostnadseffektivitet) oavsett omständigheter. Vi förespråkar, å andra sidan, att de två hänsynen är lika viktiga i utgångsläget och att de får balanseras med hänsyn till omständigheterna.



Foto: Science Photo Press/IBL

**Mycket dyra behandlingar med liten patientnytta skulle kunna dra undan stora resurser för andra angelägna vårdbehov, anser artikelförfattarna.**

Detta innebär sannolikt att vi i de allra flesta situationer gör bedömningen att hänsynen till vårdbehovets storlek, t ex hälsotillståndets svårighetsgrad (hos en patient/patientgrupp), väger tyngre än att minimera lidandet (i samhället). Men det innebär också att vi samtidigt är öppna för att det kan uppstå situationer då lidandeminimering bör gå före (optimal) behovstillfredsställelse.

**Konsekvensen** av vårt förslag blir, som Ottosson nämner, att patienter med stora behov inte är garanterade optimal behovstillfredsställelse i en situation av resursbrist. Å andra sidan är lidandeminimering garanterad att alltid komma i andra hand oavsett omständigheterna när behovsprincipen kategoriskt rangordnas före kostnadseffektivitetsprincipen.

Vi menar att hänsyn till enbart behov, t ex i termer av svårighetsgraden hos patientens sjukdom, kan leda till orimliga konsekvenser. Mycket dyra behandlingar med liten patientnytta skulle kunna

dra undan stora resurser för andra angelägna vårdbehov.

Samtidigt menar vi att behandlingar av svåra sjukdomar måste kunna kosta betydligt mer per hälsovinst än behandling av mindre allvarliga tillstånd. Detta sätt att resonera anser vi är förenligt med en behovsbaserad vård men utan att hamna i kategoriska lösningar.

Enligt vår erfarenhet, grundad i ett flertal seminarier och konferenser, är oenigheten stor om hur vi bör förhålla oss till relationen mellan behovs- och kostnadseffektivitetsprinciperna. Oenigheten talar för att vi bör undvika en kategorisk rangordning av principerna. Vi kan också nämna att den andra norska prioriteringsutredningen – Lönning II-utredningen – föreslår att kostnadseffektivitetsprincipen ges samma etiska status i utgångsläget som behovsprincipen [5]. Denna typ av balansering mellan de två etiska principerna sker dessutom redan i dag inom ramen för de prioriteringar som görs av Läkemiddelsförmånsnämnden och i Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer.

Hur vi med vårt förslag bedömer riskerna för att vårdbehov i praktiken felaktigt får stå tillbaka för lidandeminimering beror till viss del på vilket förtroende vi har för beslutsfattarens etiska kompass. Vi känner oss optimistiska på denna punkt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### REFERENSER

1. Vårdens alltför svåra val? Linköping: Prioriteringscentrum; 2007. Rapport 2007:2.
2. Socialdepartementet. Regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prop 1996/97:60.
3. Ekerstad N. Ny etisk plattform för sjukvården – exit Hippokrates? Läkartidningen. 2007;104:2936-7.
4. Ottosson JO. Vård efter behov eller maximerad hälsa? Läkartidningen. 2007;104:3213.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringar innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18.

#### REPLIK:

## Nytta – för vem?

■ Den springande punkten vid prioriteringar är om vården ska vara till nytta för individen eller samhället. Per Carlsson och Per-Erik Liss menar att de två hänsynen är lika viktiga i utgångsläget och att de får balanseras med hänsyn till omständigheterna.

#### Om man tummar på principen

att vården ska vara till nytta för enskilda individer och inte för samhället i stort riskerar man hamna i konflikt med den grundläggande människovärdesprincipen – alla människors lika värde och rätt. I sin yttersta konsekvens skulle det innebära att människor i arbetsför ålder fick sina behov tillgodosedda framför sjuk- och ålderspensionärer. Vid katastrofer skulle lindrigt skadade som snabbt kan återgå i arbete gå före personer med multipla skador med oviss prognos. Kvinnor med minderåriga barn skulle gå före ogifta.

#### Även om man kan enas om

akut sjuka och skadade alltid ska få optimal vård återstår frågan hur det går med de svårt kroniskt sjuka. Ska en obotligt cancersjuk inte få tillräcklig smärtlindring och annan palliativ vård därför att vårdens resurser används till botbara tumörsjukdomar? Ska unga flickor med självskadebeteenden och instabil personlighetsstörning inte få dialektisk beteendeterapi därför att den psykiatriska kliniken prioriterar behandling av affektiva syndrom? Ska utvecklingsstörda inte få del av samhällets stöd och service därför att de anses onyttiga och tärande? Ska åldersdementa förmenas god omvårdnad därför att resurserna har satts på akutmottagningar? Kan ett samhälle som vill kalla sig humanitärt komma ifrån att ge döende ett värdigt slut på livet? Ska överhuvud-

taget de få med störst behov av vård få stå tillbaka för de många med mindre angelägna behov?

**Den vanliga invändningen** mot att ge kroniskt sjuka, döende och personer med låg autonomi den vård och service de behöver är att det slukar för mycket resurser. För att använda Carlssons och Liss' formulering: »Mycket dyra behandlingar med liten patientnytta skulle dra undan stora resurser för andra angelägna vårdbehov.«

**Två omständigheter** kan minska detta problem.

Den ena är att se det individuella behovet i förhållande till den nytta olika behand-

»Ska lagens krav uppfyllas att de med störst behov ska komma i första hand måste prioriteringar komma till stånd.«

lingar kan ge. Man har bara behov av det man har nytta av, eller, annorlunda uttryckt, man har inte behov av något man inte har nytta av. En person med cancersjukdom som visat sig opåverkbar med cellgiftsbehandling har inte nytta av nya sådana kurer. I stället krävs en omläggning av vårdens innehåll, från kurativ till palliativ. De medicinska resur-

ser som frigörs kan användas på annat sätt.

Det andra är se effektiviteten (nyttan) i förhållande till kostnaden, inte i ett perspektiv av hälsomaximering eller lidandeminimering, utan för den enskilda patientens vård. Av två tänkbara behandlingar kan en anses något bättre i termer av effektivitet och biverkningar, men kosta så mycket mer att endast ett fåtal kan få del av den. Om den första behandlingen ändå har visat sig vara tillräckligt bra kan det vara försvarligt att välja den för att knappa resurser ska komma fler till godo.

Båda fallen visar nödvändigheten av att fortlöpande utvärdera effekten av behandlingar så att det som inte gör någon nytta utan används av tradition eller slentrian sällas bort och indikationerna skärps för kvarstående behandlingsalternativ.

**Den nyintroducerade** ansvarsprincipen behöver problematiseras. Det kan vara frestande att hålla med om att självförvållade skador och sjukdomar bör stå tillbaka för sådana man oförskyllt drabbas av, men hur många ställer upp på att alkoholism är självförvållad? Eller att avsiktlig självsvalt hos en ung flicka är en uttömmande förklaring till att anorexia nervosa utvecklats? Att en olycklig människa som gör det ena självmordsförsöket efter det andra har sig själv att skylla? Analyser på individuell och epidemiologisk nivå brukar visa komplexa orsaksmönster.

Att förlita sig till beslutsfattarens etiska kompass är vanskligt eftersom läkaren i en valsituation är bunden av de resurser som kommuner och landsting ställt till vårdens förfogande. I sin planering av vården har kommun- och landstingspolitiker inte alltid låtit sig styras av lagstiftningen, som i detta fall lyckligtvis är tydlig: patienter med störst behov ska ha företräde i vården.

Förhoppningen att vårdgarantin (vi kommer inte förbi

den) skulle fördela trycket så att landets samlade resurser räcker till för att täcka alla behov har inte kunnat infrias. Ska lagens krav uppfyllas att de med störst behov ska komma i första hand måste prioriteringar komma till stånd.

Att låta omständigheterna avgöra om individens eller samhällets intressen ska prioriteras kan leda till oavsiktliga glidningar. Individnytta framför samhällsnytta (hälsomaximering eller lidandeminimering) är svår att komma förbi

av humanitära (och numera också lagliga) skäl.

**Jan-Otto Ottosson**  
professor emeritus,  
Göteborg; sekreterare i  
Prioriteringsutredningen  
janotto@brikks.com

## Desinformation om snus

■ I en debattartikel i Läkartidningen 12–13/2008 (sidorna 873–4) beskriver professor emeritus Rolf Zetterström våra åsikter om snus på ett sätt som kan förleda läsaren att tro att vi anser snusning acceptabelt under graviditet och amning. Vidare skriver han att vi förnekar alla hälsorisker med snus.

**Vi har sagt det förut** och säger det gärna igen: gravida och ammande kvinnor bör inte använda nikotin i någon form, vare sig från cigaretter, snus eller nikotineläkemiddel. Om detta råder det inget tvivel hos någon. Vi har heller inte någonsin uttalat att snus är helt ofarligt från hälsosynpunkt. Vad vi sagt är att snus i alla situationer är väsentligt mycket mindre farligt än cigaretter. Om detta är den vetenskapliga världen enig. Många sjukdomsrisker skulle försvinna helt och övriga minska betydligt.

**Vår kritik av Gunilla Bolinder** och lobbyorganisationen »Läkare mot tobak« har inte avsett deras bristande vetenskaplighet, utan de negativa effekterna av deras vinklade budskap till allmänheten.

Vi menar att desinformation under vetenskaplig täckmantel om olika tobaksprodukters hälsoeffekter är oredlig och kontraproduktiv. Framför allt bidrar det inte till en förbättrad folkhälsa.

Över hälften av Sveriges vuxna befolkning tror felaktigt att snus är lika farligt som eller farligare än cigarett-rökning. Detta trots att den vetenskapliga världen sedan länge konstaterat att det finns

en dramatisk riskskillnad till snusets fördel.

Desinformationen av befolkningen riskerar medföra att människor blir kvar i sin rökning i tron att snus är minst lika farligt. Gunilla Bolinder och »Läkare mot tobak« måste ta sin del av ansvaret för detta.

**Zetterströms inlägg** innehåller dessutom ett svårbegripligt avsnitt om EU och snusförbudet i Europa. Han refererar till en nyligen publicerad rapport från en vetenskaplig expertgrupp som enligt honom skulle ha rekommenderat ett fortsatt förbud. Zetterströms uppgifter om rapportens innehåll är felaktiga.

Expertgruppen har inte haft uppdraget att uttala sig om nuvarande förbud och gör inte heller det. Rapporten beskriver snusets potentiella hälsoeffekter, men betonar också den gynnsamma effekt

snuset haft på den svenska folkhälsan.

Svenska män röker minst i Europa och har också de lägsta rökrelaterade sjuk- och dödstalerna. Många faktorer har naturligtvis bidragit till denna gynnsamma utveckling, men det som skiljer ut Sverige från övriga europeiska länder är att hos oss har de hälsofarliga cigaretterna bland män till stor del konkurrerats ut av en tobaksprodukt med dramatiskt lägre hälsorisker, nämligen det svenska snuset.

**Lars Erik Rutqvist**  
medicinsk talesman  
för Swedish Match AB;  
tidigare professor i onkologi,  
Karolinska institutet, Stockholm  
lars-erik.rutqvist@  
swedishmatch.com

**Freddi Lewin**  
medicinsk talesman  
för Swedish Match AB,  
docent och överläkare

### REPLIK:

## Är ni beredda att varna gravida för riskerna med snus?

■ Avsikten med mitt inlägg i LT 12–13/2008 var från början att understryka vikten av att Gunilla Bolinders varning för snusets hälsovådliga effekt tas på allvar. Det blev då också tillfälle att framhålla att snusande är särskilt olämpligt under graviditet, eftersom detta bruk allvarligt kan skada det väntade barnet.

**Snusande följs av** att blodkoncentrationen av nikotin

stiger mycket snabbt. Hjärnans dopaminreceptorer aktiveras, dopamin frisätts och hjärnans belöningssystem stimuleras. Nikotin aktiverar också det perifera nervsystemets sympatikotona receptorer varvid arteriella blodkärl kontraheras.

**Det är lätt att förstå** att en på detta sätt åstadkommen strypning av blodflödet till uterus och placenta utgör ett

hot mot fostret. Det kan inte heller glädja sig åt en effekt på dess belöningssystem. Där emot är det möjligt att nikotin försämrar blodflödet till fostrets hjärna och att det också försvårar cirkulationsomställningen vid födelsen.

För övrigt skulle det vara av stort intresse att veta huruvida snusande ökar risken för Bùrgers sjukdom och för att ett eller båda benen måste amputeras.

**Den som läser** mellan raderna i Rutqvists och Lewins brev

får en känsla av att författarna är väl medvetna om att en snusande gravid kvinna utsätter sitt väntade barn för en stor fara. Mot den bakgrunden vore det tacknämligt om Rutqvist och Lewin ville medverka till att snusaskarna förses med texten »Snusning och rökning under graviditet skadar ofödda barn«.

**Rolf Zetterström**

professor emeritus, Karolinska  
Universitetssjukhuset Solna  
rolf.zetterstrom@  
actapaediatrica.se

## Nihilism eller polyteism inom diabetesvården?

■ Vad är behandlingsnihilism? Så benämner Åke Sjöholm och medförfattaren Eva Andersén Karlssons och medförfattares råd att vara försiktig med de nya inkretinbase-erade läkemedelen exenatid (Byetta) och sitagliptin (Januvia), se LT 17-18/2008 (sidorna 1310-2) respektive LT 9/2008 (sidorna 647-8).

**Nihilism står ju** bland annat för förnekande av religionens betydelse, i detta fall snarare förnekande av farmakologisk behandling. Vad skulle då motsatsen vara? När jag studerar Åke Sjöholms och medförfattares digra jävlista kommer jag osökt att tänka på månggudadyrkan – polyteism. Det verkar som om inte något läkemedelsbolag/gud har lämnats i sticket!

**Byettas och Januvias** potentiella och redan påvisade biverkningsmöjligheter är många. Kunskapen om dessa nya läkemedel är ännu inte stor i klinisk praxis. Se på rosiglitazon eller COX-2-hämmarna och uppkomna hjärt-kärlkomplikationer. Det är därför klokt – inte nihilistiskt – att skynda långsamt. Vi behöver se många icke-intentionsstudier av dessa nya diabetesläkemedel.

Ska de då inte användas? Jo,

men de ska förbehållas sekundärvården, där deras effekt kan studeras över tid, innan de eventuellt kan lanseras på bred front. De ska inte ut i primärvården på detta stadium. Men det är tyvärr precis det som händer. Tillverkarna bombarderar primärvårdsläkarna med reklam om dessa nya produkter. Man vill vara först på plan, före landstingens egna informationsaktiviteter. Om primärvårdsläkarna redan informerats och verkar skeptiska, går man över till diabetessköterskorna i primärvården.

**Lansering av nya mediciner** är förvisso inte något ovanligt, men det är desto sällsyntare att försiktighetsprincipen får råda. Låt alltså i detta fall diabetesspecialisterna använda och ansvara för förskrivningen av dessa läkemedel. Det hindrar inte att utvalda primärvårdspatienter kan använda de nya medlen, om uppföljningsansvaret ligger hos diabetesspecialisten. Om sedan vårt sjukvårdssystem är mäktigt en sådan process är däremot tyvärr en helt annan sak. Men allt kan ju förändras till det bättre ...

**Lars Linnersten**

leg läkare, Lund  
linnersten@globalnet.net