

riksdagsbeslutet togs redan 1997 har regeringen inte konkretiserat kraven på prioriteringar varken i uppdrag till myndigheter eller på annat sätt.

Regeringen har inte heller följt upp eller begärt in information om hur prioriteringar görs. Riktlinjerna för prioriteringar är svåra att uttolka såväl för statliga myndigheter som

för dem som arbetar i vården och regeringen har inte tillräckligt aktivt styrt och följt upp efterlevnaden. Dessutom finns det en målkonflikt mellan satsningar på ökad tillgänglighet och kravet på prioritering.

Vi som arbetade med SMTs temanummer om prioriteringar håller med Riksrevisionen. Beställning: www.riksrevisionen.se

Fler öppna prioriteringslistor

Öppna prioriteringar i hälso- och sjukvård

Svenska Läkarsällskapet, 2004

Åter har prioriteringsfrågan hamnat på den sjukvårdspolitiska agendan. Det är inte förvånande med tanke på att allt fler aktörer börjar inse att det ökande resursgapet inte handlar om en osedvanligt seg lågkonjunktur, utan beror på långt mer grundläggande strukturella orsaker som demografiska förändringar, ökade förväntningar och en fortsatt medicinteknisk utveckling. Nu vill man inte i alla landsting förknippa prioriteringsbehovet med den bristande finansieringsförmågan. I *Svenska Läkaresällskapets slutrapport från prioriteringskommittén* hymlar man inte kring denna problematik utan skriver ”Med en allt mer välinformerad och krävande allmänhet och allt större svårigheter att öka skatteuttaget för att finansiera den offentliga sjukvården måste frågan var gränsen går för det offentliga åtagandet diskuteras.” Detta är den egentliga utmaningen, och dagens prioriteringsansatser är just bara övningar inför den stora uppgiften att avgränsa den offentligt finansierade sjukvårdens kärnverksamhet.

Läkaresällskapets rapport är välskriven och man väjer inte för att analysera och ifrågasätta en del dogmer i de nationella prioriteringsriktlinjerna. Framför allt redovisas i rapporten erfarenheter från ett antal

Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004

försök att skapa vertikala rangordningslistor inom ett antal specialiteter, dvs medicinska rangordningar inom olika sjukdomsgrupper. Liknande projekt pågår i Östergötland, Västra Götaland och hos Socialstyrelsen. Även i en del övriga landsting har processen så sakteliga kommit igång, men på många håll tycks man fortfarande lita till ”the same procedure as last year”. En strategi som sakta men säkert försämrar förutsättningarna att genomföra nödvändiga omfördelningar utan att samtidigt skapa starka motkrafter. Anders Anell skriver i *Läkartidningen* nr 14, 2004:

”Korrigeringar i strukturer eller omfördelning av resurser sker därför i stor utsträckning när de ekonomiska villkoren tvingar fram nya lösningar. Det innebär i sin tur att strukturförändringar nästan alltid genomförs under sämsta tänkbara villkor, när utrymmet för investeringar i ny kompetens eller nya samverkansformer är som mest begränsat.”

Vilken nytta har man då av det medicinska, vertikala prioriteringsarbetet? Själva processen är i sig värdefull eftersom man tvingas värdera sin kliniska gärning ur delvis nya perspektiv. Det är också viktigt att andra personalgrupper engageras i arbetet. Måhända kan dessa diskussioner leda till att man får

till stånd gemensamma behandlingsindikationer. För politikerna och allmänheten innebär rangordningslistorna att man på ett handgripligt sätt konfronteras med de värden som står på spel i resursfördelningen. I bästa fall kan listorna utgöra underlag för horisontella, politiska prioriteringar. Inte minst erfarenheterna från Östergötland visar dock att beskrivande konsekvensredovisningar är de mest tillämpliga beslutsunderlagen. Det finns en risk att de mer eller mindre raffinerade listorna leder till ett slags "numerisk naivism" som förleder oss att tro att vi kan kalkylera fram rätt svar och därmed undvika de svåra värderingsfrågorna.

Det framgår ur Läkaresällskapets rapport att det råder "en inte obetydlig variation" i bedömningen av prioriteringsnivåerna mellan olika verksamhetsföreträdare. Det måste betonas att varje lista rymmer en immanent godtycklighet och ingen lista kan sägas vara sannare än någon annan – den bästa listan är helt enkelt den som omfattas av flest personer. Ett annat argument mot vissa av listorna är att användbarheten tenderar att upplösas då angelägenhetsgraden för vissa diagnoser/åtgärder anges vara 1-8 på en tiogradig skala.

Tyvärr berör rapporten endast knapphändigt den mest centrala frågan – viktningen av de olika variablerna. Vilken är den korrekta viktningen, hur avgörs den och vem avgör den? När lidande vägs mot risk, insatsnytta, kostnad och livskvalitet – då närmar vi oss ett område där medicinen glider över i politik. Bör inte rent av skattebetalarna eller patienterna ha ett ord med i laget då kliniker redovisat det aktuella kunskapsläget? Inte minst är kostnadseffektiviteten central, och det finns studier som visar att läkare har en mycket större tilltro till nytta än vad politiker och allmänhet har. För de senare är rättvisa och autonomi högre rankade värden.

Här börjar det bli besvärligt. Vissa åkommor drabbar främst barn, äldre, grupper med låg autonomi, handikappade, kroniker, människor med dåliga levnadsvanor, multisjuka etc. Gör det någon skillnad? I politiken gör det skillnad vilket exempelvis fallet med cochleaimplantat i Jämtland visat. Vi kommer inte undan den politiska dimensionen.

I sammanhanget väcks en del nyfikenhet kring en formulering i rapporten som lyder: "Samtidigt krävs en mycket mer djupgående diskussion både bland allmänhet och bland vårdföreträdare och politiskt ansvariga för att människovärdesprincipen ska tolkas och omsättas i praktiken på ett invändningsfritt sätt och ett sätt som har bred acceptans i befolkningen.". I de attitydundersökningar som refereras i rapporten framgår att allmänheten i gemen är mer beredda att nedprioritera "självförvårdade" vårdbehov än vad vårdpersonal och politiker är. Menar Läkaresällskapet att det är dags att omvärdera Prioriteringsutredningens kompromisslösa avfärdande av livsstil som prioriteringskriterium? Det vore intressant och skulle kunna leda till kontroversiella ställningstaganden: Vilken angelägenhetsgrad har egentligen förskrivning av kostsamma blodtrycks- och kolesterolsänkare vid måttligt förhöjda värden? Varför har diabetikerna som enda sjukdomsgrupp helt kostnadsfria läkemedel när det finns patienter med större vårdbehov som tvingas betala hela egenavgiften upp till högstkostnadsskyddet?

Rangordningslistorna kan förmodligen bidra till större rättvisa och rationalitet i resursfördelningen, och inte minst skapas en bredare insikt om behovet av öppna prioriteringar. Fortfarande återstår frågan om den medicinska rationaliteten också är den politiska.

Per Rosén

Fil. Dr. i Folkhälsovetenskap

Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2004