

Om Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården

Frågan om prioriteringar inom hälso- och sjukvården bereds för närvarande inom Socialdepartementet. Rådet önskar med denna skrivelse tillföra synpunkter till departementets beredning. Skrivelsen behandlar frågor inom rådets ansvarsområde, i detta fall frågor som berör de av Socialstyrelsen och Prioriteringscentrum föreslagna omarbetningarna av rådande etiska principer för prioriteringsbeslut.

Rådet har vid flera sammanträden det senaste året diskuterat Prioriteringscentrums rapport *Vårdens alltför svåra val* samt Socialstyrelsens analys av och förslag till Regeringen baserade på rapporten. Per Carlsson, professor i hälsoekonomi, och Per-Erik Liss, professor i medicinsk etik, från Prioriteringscentrum har under våren 2008 gästade rådet och diskuterat sina förslag till revidering av den etiska plattformen för prioriteringsbeslut.

Sammanfattning	4
Inledning.....	5
Riktlinjerna för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården	7
Hur plattformen ska förstås och användas	7
Rådets synpunkter på Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform. 10	
Allmänna synpunkter	10
Prioriteringscentrums förslag	11
Rangordningen av de etiska principerna	12
Prioriteringscentrums förslag till omformulering av den etiska plattformen och principerna.....	13
<i>Ansvarsprincipen</i>	13
<i>Människovärdesprincipen</i>	15
<i>Behovs- och solidaritetsprincipen</i>	17
<i>Kostnadseffektivitetsprincipen</i>	18
Värdeförskjutningsproblematiken	19
Sammanfattning av rådets synpunkter på förslaget till ny etisk plattform... 21	
Konklusioner och förslag	22
Referenser.....	24
Bilaga	25
Bilaga 1. Prioriteringsdelegationens betänkande, SOU 2001:8	25
Bilaga 2. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten ”Vårdens alltför svåra val?”	27
Bilaga 3.	28
<i>Nu gällande plattform för prioriteringsbeslut</i>	28
<i>Prioriteringscentrums reviderade plattform för prioriteringsbeslut</i> ...	28
<i>Rådets illustration över de 24 möjliga rangordningarna enligt Prioriteringscentrums förslag till reviderad plattform</i>	29

Sammanfattning

Rådet har diskuterat Prioriteringscentrums kartläggning av prioriteringsarbetet i hälso- och sjukvården samt analyserat dess förslag till reviderad etisk plattform. I denna skrivelse lämnar Statens medicinsk- etiska råd synpunkter på de av Prioriteringscentrum föreslagna omarbetningarna av rådande etiska principer för prioriteringsbeslut.

Prioriteringscentrum föreslår en omformulering av den etiska plattformen, som bland annat innebär att kostnadseffektivitetsprincipen, behovsprincipen, solidaritetsprincipen samt den i förslaget införda ansvarsprincipen initialt ges samma etiska status. Avvägningar mellan principerna ska sedan göras från fall till fall. Människovärdesprincipen ska dock fortsatt vara överordnad.

Dessa förändringar kommer enligt Prioriteringscentrum att underlätta prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården. Rådet delar inte denna uppfattning utan befarar motsatsen. Argument för detta lyfts fram och diskuteras i skrivelsen.

Prioriteringscentrums ändringsförslag innebär sammantaget en värdetförskjutning som rådet avvisar. I Prioriteringscentrums rapport saknas en analys av vad en förändrad värdegrund för hälso- och sjukvården skulle kunna få för konsekvenser för hälso- och sjukvården. Konsekvenser som är både kortsiktiga och långsiktiga samt delvis svåra att överblicka.

Rådet menar att nuvarande värdegrund för prioriteringsbeslut bör fortsätta att gälla och att resurser bör läggas på att aktivera plattformen. En strategi bör tas fram för hur tillämpningen av rådande etiska principer kan implementeras på politisk, administrativ och klinisk nivå. Det är viktigt att finna former för ökad medvetenhet om den etiska plattformen och att verka för öppna prioriteringar. En kontinuerlig reflektion över och diskussion av förutsättningarna för öppna prioriteringar är fortsatt viktig inte minst när nya metoder för behandling och diagnostik utvecklas.

Rådet anser att en vidare tillämpning av kostnadseffektivitetsprincipen samt frågan om avgränsningar i det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården bör utredas i ett lämpligt sammanhang.

Inledning

Rådet har i uppdrag att ur ett övergripande samhällsperspektiv ge vägledning i medicinsk-etiska frågor. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården är ett område där etiska aspekter aktualiseras i allra högsta grad, och där en stabil vägledande etisk värdegrund för prioriteringsbeslut är central och viktig. Rådet har med intresse följt Prioriteringscentrums arbete genom åren, och har nu närmare diskuterat Prioriteringscentrums förslag till reviderad etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården.

Regeringen tillsatte 1992 en utredning med syfte att: 1) överväga hälso- och sjukvårdens ansvar, avgränsning och roll i välfärdsstaten, 2) lyfta fram grundläggande etiska principer som kan ge vägledning och ligga till grund för öppna diskussioner samt 3) föreslå riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Utredningens betänkande *Vårdens svåra val SOU 1995:5* låg sedan till grund för Regeringens proposition 1996/07:60. Riksdagen ställde sig bakom de av regeringen föreslagna riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården våren 1997.

Prioriteringsdelegationen tillsattes 1998 med uppdrag att följa upp Riksdagens beslut om prioriteringar. Delegationens uppdrag omfattade såväl landstingens som kommunernas hälso- och sjukvård samt den sjukvård som utförs av privata vårdgivare. Delegationen redovisade sitt arbete 2001 och kom bland annat fram till att Riksdagens beslut om prioriteringar fått ett varierande genomslag. Den påpekade att för en bättre etablering av prioriteringsprocessen krävdes strukturella och organisatoriska förändringar och nya arbetssätt såväl i det politiska arbetet som i det administrativa stödet.¹

Riksrevisionen överlämnade 2004 en rapport till regeringen i vilken den granskar regeringens och berörda myndigheters arbete med att konkretisera riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. I rapporten rekommenderas regeringen att vidta åtgärder för att utveckla riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det konstateras också att regeringen varit passiv i sin styrning och uppföljning av riksdagens riktlinjer för prioriteringar.²

Socialstyrelsen fick 2005 i uppdrag av regeringen att kartlägga prioriteringsarbetet i landsting och kommuner. Socialstyrelsen gav uppdraget vidare till Prioriteringscentrum vilket resulterade i rapporten *Vårdens alltför svåra val?*, 2007. Socialstyrelsen har med rapporten som underlag, föreslagit regeringen en genomgripande översyn och omarbetning av rådande principer för prioritering inom hälso- och sjukvården. I Socialstyrelsens skrivelse till regeringen med analys och slutsatser utifrån rapporten, kommenteras förslaget till etisk plattform på sidorna 11-15. I denna analys behandlas kostnadseffektivitetsprincipen och ansvarsprincipen, men mindre vikt ges åt

¹ Prioriteringsdelegationens betänkande SOU 2001:8, se också sammanfattning bilaga 1, sid. 25.

² Riksrevisionen, Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården, RiR 2004:9.

eventuella värdeförskjutningar och konsekvenserna av en reviderad etisk plattform för hälso- och sjukvården som helhet.

SMER har återkommande diskuterat etiska frågor förknippade med prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Rådet anordnade redan 1991 tillsammans med Socialutskottet en öppen utfrågning om prioriteringar inom hälso- och sjukvården, och Prioriteringsutredningen samrådde under sitt arbete med SMER. Rådet lämnade vidare synpunkter på Prioriteringsutredningens delbetänkandet 1994. Samråd har också skett mellan rådet och Prioriteringsdelegationen vid flera tillfällen under tiden 1998-2001.

Med denna skrivelse önskar SMER diskutera konsekvenser och analysera innebörden av Prioriteringscentrums förslag till en reviderad etisk plattform. Rådets bidrag kan ses som ett komplement till Socialstyrelsens skrivelse³ och avgränsas till förslaget till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården.

I Prioriteringscentrums kritik av nu gällande etisk plattform för prioriteringsbeslut anförs att principerna är alltför inkluderande och inte lämnar tydligt stöd för nedprioriteringar. Prioriteringscentrum önskar lösa detta genom att ge kostnadseffektivitetsprincipen samma status som behovs- och solidaritetsprincipen. Dessutom omformuleras människovärdesprincipen och en ansvarsprincip införs, för att på så sätt ge enklare vägledning till dem som har att fatta beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Men är det rimligt att kostnadseffektivitet ska väga lika tungt som principen att ge vård efter behov, när resurser ska fördelas inom hälso- och sjukvården eller när patienter och patientgrupper ska prioriteras? Rådet diskuterar och problematiserar Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform.

Rådet inser att nu gällande plattform inte ger lösningar på samtliga svåra dilemman som kravet på öppna prioriteringar för med sig för beslut på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Det finns också behov av att diskutera prioriteringsprincipernas innebörd och hur plattformen kan och bör tillämpas. Till exempel är den politiskt känsliga frågan om utrymmet för begränsningar i det offentliga åtagandet viktig att diskutera vidare. För att vidmakthålla idén om *vård efter behov* och *vård på lika villkor* bör begränsningar av det offentliga åtagandet diskuteras på kommunal, regional och nationell nivå. Denna skrivelse behandlar dock inte den senare frågan vidare, utan är avgränsad till en diskussion om den etiska plattformen.

I skrivelsen presenterar rådet synpunkter på Prioriteringscentrums förslag till revidering av den etiska plattformen. I bilaga sammanfattas Prioriteringsdelegationens betänkande SOU 2001:8, Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån denna rapport. Här ges också en illustration av de rangordningar som kan uppstå vid en tillämpning av den gamla etiska plattformen respektive Prioriteringscentrums förslag på reviderad plattform.

³ Prioriteringar i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten *Vårdens alltför svåra val?* 2007. Se sammanfattning bilaga 2.

Riktlinjerna för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården

Riksdagen ställde sig i april 1997 bakom de riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som föreslagits i regeringens proposition 1996/97:60. Propositionen byggde på prioriteringsutredningens slutbetänkande, Vårdens svåra val (SOU 1995:5). Samtidigt beslutades om vissa ändringar av hälso- och sjukvårdslagen (HSL), som trädde i kraft 1 juli 1997.⁴

Riksdagens riktlinjer och den etiska plattformen avsågs ligga till grund för öppna prioriteringar. Detta innebär att ställningstaganden om val och inriktning av olika verksamheter eller insatser skulle grundas på väl kända beslut och ge möjlighet till offentlig insyn och debatt. Den etiska plattformen syftade till att förstärka och fördjupa hälso- och sjukvårdens grundtema, *en god vård på lika villkor för hela befolkningen*. Riktlinjerna och plattformen skulle vara vägledande för beslutsfattare både på politisk/administrativ nivå och i den kliniska vardagen inom vården.

De grundläggande principerna i den etiska plattformen är:

- **Människovärdesprincipen**
Alla människor har ett lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen**
Resurserna bör fördelas efter behov.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen**
Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Hur plattformen ska förstås och användas

Principerna är rangordnade så att människovärdesprincipen går före behovs- och solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen.

Begreppet människovärde har en central plats i den etiska debatten, och används ofta som utgångspunkt för etiska resonemang och vid ställningstaganden i konkreta etiska frågor.⁵ Tanken att alla människor har ett egenvärde just för att de är människor och inte för vad de har eller gör, utgör grunden för och innebörden i deklARATIONER om mänskliga rättigheter.

⁴ *Vårdens svåra val*, SOU 1995:5, Proposition 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, Betänkande 1996/97:SoU14, *Prioriteringar i vården. Perspektiv för politiker, profession och medborgare*. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen, SOU 2001:8.

⁵ Det svårfångade människovärdet, Göran Hermerén, i *Det svårfångade människovärdet – en debattskrift, Etiska vägmarken 4*, Statens medicinsk etiska råd, sid. 65.

Föreställningen om alla människors lika värde innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter (rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv) som ska respekteras och att ingen i dessa avseenden är förmer än någon annan. Det är därför naturligt att människovärdesprincipen som är grundläggande för hela samhället också är den viktigaste och mest grundläggande principen inom hälso- och sjukvården.

Människovärdet är inte knutet till människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället. Till exempel begåvning, social ställning, inkomst, ålder och etnisk tillhörighet får inte avgöra vem som får vård eller kvaliteten på vården.⁶ Människovärdesprincipens viktigaste funktion är att den tydligt visar på vilka grunder prioriteringar inte får göras. Syftet med principen är att förhindra exempelvis diskriminering, stigmatisering och kommersialisering av människan. Att alla har samma rätt och lika värde är dock inte ett tillräckligt urvalskriterium när resurserna är begränsade. Ett urval måste då göras utifrån behov.

Behovs- och solidaritetsprincipen anger att resurserna bör satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst. Om prioriteringar måste ske ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Principen utgår från att de med mindre behov solidariskt ska avstå resurser till dem med större behov. Dessutom anger principen en skyldighet att särskilt beakta behoven hos de svagaste, till exempel de som inte är medvetna om sitt människovärde, de som har mindre möjligheter än andra att få sin stämma hörd eller att kunna utnyttja sina rättigheter. Hit hör bland annat barn, personer med demenssjukdom, medvetlösa, förvirrade och gravt psykiskt sjuka.

De två första principerna i den etiska plattformen återspeglas i det tillägg i hälso- och sjukvårdslagen 2 § som blev följden av riksdagens beslut.

”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

Kostnadseffektivitetsprincipen anger att hälso- och sjukvården har ett ansvar att använda sina resurser så effektivt som möjligt. När det gäller val av åtgärder för den enskilda patienten ska kostnadseffektivitetsprincipen vara underordnad principerna om människovärde samt behov och solidaritet. Den ska tillämpas enbart vid val mellan vårdinsatser för samma diagnos. Däremot påpekas i propositionen såväl som i utredningen att det är angeläget att sjukvården strävar efter hög kostnadseffektivitet i vårdens verksamhet i allmänhet.

En tillämpning av kostnadseffektivitetsprincipen vid fördelning av resurser för vård av olika sjukdomar försvåras, enligt prioriteringsutredningen, av att

⁶ Utredningen *Vårdens svåra val* SOU 1995:5, skiljer mellan kronologisk och biologisk ålder, där kronologisk ålder inte ska vara avgörande vid prioriteringar. Det är den biologiska åldern och möjligheten att tillgodogöra sig vård och behandling som är relevant ur ett prioriteringsperspektiv. Däremot är det enligt gällande principer/plattform korrekt att ta hänsyn till om en patient kan ha nytta/ tillgodogöra sig en vårdinsats.

effekterna inte alltid går att jämföra på ett rättvisande sätt. Därför bör kostnadseffektivitetsprincipen tillämpas endast vid jämförelse av metoder för behandling av samma sjukdom.

En följd av att behovs- och solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen är enligt utredningen att svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar går före lindrigare, även om vården av de svåra tillstånden kostar väsentligt mer.

I propositionen skrivs att en kostnadseffektiv verksamhet är något principiellt eftersträvansvärt, eftersom det innebär att resurserna används på bästa sätt och kan komma flera till del. Denna bedömning görs också i Socialutskottets betänkande. I betänkandet delas också bedömningen att kostnadseffektivitetsprincipen ska vara underordnad de övriga principerna. Socialutskottet påpekade vidare att det är angeläget att skilja på kostnadseffektivitet när det gäller behandling av enskilda patienter och när det gäller sjukvårdens verksamhet i stort.

Prioriteringsutredningen tog i sitt slutbetänkande upp några andra tänkbara principer för diskussion, bland annat nyttoprincipen. Utredningen godtog inte en nyttoprincip med innebörden att det som ger störst nytta för flest patienter ska väljas. Den tog således avstånd från att till exempel lägga resurser på att hjälpa många människor med lindrigare besvär istället för ett fåtal med svåra skador, eller att prioritera de patienter som är mest lönsamma för samhället, till exempel människor i produktiv ålder framför äldre. Utredningen menade att dessa resonemang kommer i konflikt med både människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen. Utredningen förespråkade istället att nyttan ska ses från individens och inte kollektivets perspektiv och att den nytta som i detta sammanhang är relevant består av förbättrad hälsa och livskvalitet.⁷

⁷ SOU 1995:5, sid. 23.

Rådets synpunkter på Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform

Allmänna synpunkter

Prioriteringscentrum rapport *Vårdens alltför svåra val* är en värdefull kartläggning och granskning av prioriteringsarbetet inom hälso- och sjukvården i Sverige.

Rådet anser att det är bekymmersamt att Riksdagens beslut om prioriteringar ännu inte har fått ett större genomslag inom hälso- och sjukvården. Samtidigt visar Prioriteringscentrums kartläggning att det skett viss positiv utveckling. Läkemedelsförmånsnämnden och Socialstyrelsen har bedrivit en värdefull metodutveckling som visar hur prioriteringar kan göras på ett systematiskt och tydligt sätt. Prioriteringscentrum redovisar också exempel på initiativ till vertikala prioriteringar samt några enstaka försök med politiska prioriteringar. Det finns vidare exempel på konkret utvecklingsarbete och samverkan mellan olika huvudmän kring kunskapsstyrd vård till vilket systematiska prioriteringar är starkt relaterat.

Rådet föreslår att man bör förstärka arbetet med att aktivera och implementera plattformen i stället för att revidera den, inte minst för att den nuvarande utformningen är allmänt accepterad inom hälso- och sjukvården och att innebörden av den i viss mån anses som självklar.⁸ Detta kräver samverkan inom och mellan olika nivåer såväl nationellt som kommunalt och på landstingsnivå.

Rådet koncentrerar sig i det följande på punkter i den föreslagna revidering av den etiska plattformen som inger betänkligheter.

⁸ Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) strävade efter ett brett samråd med och förankring av förslagen hos allmänheten och professionen. Den gjorde en omfattande insamling av synpunkter från olika grupper i samhället i form av remisser, enkäter, formaliserade utfrågningar och öppna konferenser. En grundläggande tanke bakom nu gällande plattform är att värdegrunden/plattformen har allmän acceptans i samhället. Prioriteringscentrum tar också upp, om än i skymundan, att innebörden av principerna har allmän acceptans i hälso- och sjukvården; i viss mån anses plattformens innebörd som självklar. En annan studie i empirisk etik visar att undersköterskor och sjuksköterskor inte i någon högre utsträckning känner till plattformen, däremot arbetar man i riktlinjernas anda. ”Trots att kännedomen om riktlinjerna är liten i materialet kan resultaten tolkas som att informanterna i sina resonemang faktiskt hänvisar till samtliga principer i plattformen – även om det i fallet kostnadseffektivitet snarast handlar om en kritik av principen.” Anna Höglund, *Inga lätta val. Om riktlinjer och etisk kompetens vid prioriteringar i vården*. En studie i empirisk etik. Uppsala universitet, 2004, sid. 140.

Prioriteringscentrums förslag

Prioriteringscentrum föreslår att formuleringen av de nuvarande etiska principerna för prioritering förtydligas och att behovet av en komplettering av den etiska plattformen med en ansvarsprincip utreds. Vidare menar man att rangordningen av de etiska principerna bör omprövas. Människovärdesprincipen ska fortsatt vara överordnad de övriga principerna. De övriga fyra principerna, dvs. behovsprincipen, solidaritetsprincipen, kostnadseffektivitetsprincipen samt tillägget ansvarsprincipen, ska däremot vara så kallade *prima facie*-principer, vilket betyder att de i utgångsläget inte är rangordnade. Vid konflikt dem emellan får de balanseras genom rangordning från fall till fall. I en situation med en konflikt mellan till exempel behovs- och kostnadseffektivitetsprincipen måste beslutsfattaren ta ställning till vilken av principerna som i denna situation bör gå före den andra. Det förväntas sedan att beslutsfattaren redovisar sitt ställningstagande på ett öppet sätt för att få det granskat och om möjligt accepterat av andra.⁹

Prioriteringscentrum menar att bland annat följande skäl talar för att de fyra principerna som är underordnade människovärdesprincipen bör ha samma etiska status:

- Nuvarande rangordning är för kategorisk, i betydelsen att rangordning av åtgärder endast bör ske utifrån behov. En behandling för att åtgärda ett behov kan i praktiken komma att rangordnas högt trots att kostnaden är mycket hög per hälsovinst.
- Tillämpningen av kostnadseffektivitetsprincipen är för begränsad. Enligt utredningen som ligger till grund för den nu gällande etiska plattformen bör principen tillämpas endast vid val mellan behandlingar för en och samma sjukdom. Detta innebär att vårdbehov orsakade av olika sjukdomar rangordnas utan hänsyn till vad de kostar att åtgärda i relation till vad behandlingen leder till. En vidare tillämpning innebär att principen kan tillämpas vid val mellan till exempel sjukdomar eller sjukdomsgrupper.
- Man får en mer flexibel etisk plattform om man i utgångsläget jämställer behovs- och solidaritetsprincipen med kostnadseffektivitetsprincipen samt ansvarsprincipen och rangordnar dem från fall till fall.

Prioriteringscentrum lyfter också fram att flera länder inte har en strikt rangordning av prioriteringsprinciperna.

⁹ *Vårdens alltför svåra val*, Prioriteringscentrum, sid. 155.

Rangordningen av de etiska principerna

Rådet har inte övertygats av de ovan framförda argumenten.

Följande skäl talar emot att behovs-, solidaritets- och kostnadseffektivitetsprinciperna, och enligt förslaget även ansvarsprincipen, bör ha samma etiska status:

- 1) Avsaknaden av en rangordning leder visserligen till ett flexiblare system men också till ett stort mått av godtycke. Antag att vi har fyra prioriteringsprinciper. Dessa kan då kombineras på 24 olika sätt. Vilken av dessa möjliga rangordningar ska då användas för att nå ett prioriteringsbeslut? Är det upp till de olika landstingen eller enskilda vårdgivarna att avgöra vilken rangordning som ska tillämpas och vid vilket tillfälle? Att principerna görs till *prima facie* principer kan innebära att situationen får avgöra vilka principer som ska tillämpas. Om det kan tolkas så, öppnar det upp för fler möjliga alternativ och därmed en relativisering av plattformen och dess principer.

Nu gällande plattformens rangordning av de etiska principerna utesluter tydligt vissa prioriteringsalternativ. Att ta bort rangordningen innebär att man går från enhetlighet och relativ tydlighet till en avsevärd otydlighet.¹⁰

- 2) Eftersom det är enklare att räkna på kostnader än att mäta behov finns en risk att kostnadseffektivitetsprincipen kommer att gå före behovsprincipen. Detta kommer i så fall att innebära att kostnadseffektivitetsprincipen blir vägledande. Vi skulle i så fall gå från en etiskt grundad plattform till en ekonomiskt grundad plattform. Detta vore en värdeförskjutning som rådet finner svår att acceptera.
- 3) Det har sagts att den nuvarande plattformen inte fått fäste i vården. Rådet menar att detta sannolikt beror på att man inte satsat tillräckligt på utbildning och utveckling av förmågan att göra etiska analyser.¹¹ Det nya förslaget till plattform skulle kräva stora informations- och utbildningsinsatser. Vårdens beslutsfattare kan rangordna principerna på olika sätt i olika situationer och vid olika tillfällen. De ska också i varje enskild situation öppet redovisa och argumentera för den rangordning som valts, och om möjligt finna acceptans för det val man gjort.

Rådet menar att det finns goda skäl att hålla fast vid den avvägning som finns inskriven i nu gällande etisk plattform. Den gällande rangordningen signalerar tydligt målet med hälso- och sjukvården, och understryker hälso- och

¹⁰ Se bilaga 3, sid. 28-29.

¹¹ Tidigare kartläggningar och utredningar har visat att bristen på utbildning och information spelat en stor roll för utebliven implementering.

sjukvårdens humanitära inriktning. Människovärdesprincipen utgår från rätten till vård och behandling för varje människa oavsett personliga egenskaper och social ställning. Behovs- och solidaritetsprincipen, som kommer i andra hand, ställer den enskilda patientens behov i relation till andra patienters berättigade behov. Kostnadseffektivitetsprincipen kommer i tredje hand och slår vakt om att det ska finnas en rimlig relation mellan det humanitära värdet för patienten och den ekonomiska kostnaden. Genom denna rangordning får inte ekonomin företräde.

Prioriteringscentrums förslag till omformulering av den etiska plattformen och principerna

Ansvarsprincipen

Prioriteringscentrum framhåller att det finns goda skäl att komplettera den etiska plattformen med en ansvarsprincip. Slutsatserna kring ansvarsprincipen inleds med följande:

”Att automatiskt frånskriva människor ansvar kan etiskt ses som en kränkning av människovärdesprincipen, likväl som det skulle vara en kränkning att tillskriva ansvar till dem som inte har förutsättningar att ta ansvar.”¹²

Tidigare i rapporten sägs att personer som inte i tillräcklig grad tagit ansvar för sin hälsa, genom att till exempel medvetet riskerat den, av rättviseskäl bör behandlas annorlunda än personer som tagit ansvar för hälsan, genom att exempelvis ges en lägre rangordning.¹³ Ansvarsprincipen ska utgå från antagandet att alla människor är ansvariga för både sin hälsa och sin vård utifrån individuella förutsättningar.

”Att vara ansvarig för sin hälsa innebär att så långt det är möjligt se till att inte ohälsa uppstår och dels, om den uppstått, se till att återskapa hälsa i så stor utsträckning som möjligt. Ansvaret för den egna vården bör gälla både att utföra, ombesörja och finansiera den.”¹⁴

Då en stor del av den vård som utförs i samhället faller inom ramen för egen vård är det angeläget att utveckla allmänt accepterade och kända kriterier för när förutsättningar för egenvård är uppfyllda, menar Prioriteringscentrum. Principen om egenansvar för sin hälsa vid resursfördelning innebär att behov som uppstått på grund av bristande ansvar skulle kunna ges en lägre rangordning i förhållande till andra behov när resurserna inte räcker.¹⁵

¹² Ibid.,

¹³ Ibid, sid. 136.

¹⁴ Ibid, sid 154.

¹⁵ Ibid, sid. 136 ff.

Prioriteringscentrums rapport ger förslag på hur en tillämpning av ansvarsprincipen skulle kunna ske inom hälso- och sjukvården. Två egenansvarsprinciper presenteras, en på individnivå och en på gruppnivå.

Individnivå: ”Om P:s hälsotillstånd är en följd av att P medvetet har tagit onödiga risker med sin hälsa bör P ges en lägre rangordning än den person som inte tagit onödiga risker.”¹⁶

Gruppnivå: ”Hälsotillstånd som typiskt är en följd av onödigt och medvetet risktagande bör ges en lägre rangordning jämfört med andra hälsotillstånd.”¹⁷

Prioriteringscentrum påpekar dock att det är viktigt att tillämpningen av ansvarsprincipen kräver att flera stränga villkor är uppfyllda, till exempel ett klarlagt kausalt samband mellan beteende och hälsotillstånd. Samtidigt bedömer de att principen i praktiken sällan skulle komma att tillämpas utom i vissa klart definierade situationer.

”På samma sätt skulle tillämpningen av principen om ansvar för sin egenvård inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård kräva att flera villkor är uppfyllda. Egen finansiering kräver att individen har förmåga att utöva ansvar, verksamma åtgärder finns att tillgå, att individen har information om åtgärdens kvalitet samt att kostnaderna är överkomliga. Andra villkor berör egen utförd vård. Den kräver att individen har förmåga att utöva ansvar, har tillräckliga kunskaper och färdigheter har praktiska möjligheter att utöva ansvar samt att det råder liten risk för biverkningar eller misslyckande.”¹⁸

Rådet ser flera problem med en ansvarsprincip som sällan kan tillämpas. En risk är att den underminerar värdegrunden. Det är i stort sett omöjligt att göra hållbara gränsdragningar och definitioner om vad som ska räknas som självförvållat, och på dessa grunder sedan nedprioritera patienter. En individs riskbeteende och förmåga att ta till sig information kan påverkas av både biologiska och sociala faktorer.

Socialstyrelsen lyfter i sin analys av rapporten fram att riskbeteenden ofta är socialt skiktade – utbildningsnivån samvarierar tydligt med levnadsmönster och därmed med risker för ”självförvållad sjukdom”. Att prioritera personer med riskbeteende lägre skulle oundvikligt öka den sociala skiktning som redan finns.¹⁹

Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) lyfte fram följande skäl till att självförvållade skador inte ska leda till negativ särbehandling:²⁰

1. När ett beteende inleddes, visste man kanske inget om dess skadlighet. Kunskap om vad som orsakar sjukdom ökar ständigt.
2. Det går ofta inte att särskilja orsaker som bottnar i livsstil och i ärftliga faktorer.

¹⁶ Ibid, sid 136 ff.

¹⁷ Ibid, sid 136 ff.

¹⁸ Ibid, sid. 154.

¹⁹ Socialstyrelsen, sid. 14.

²⁰ SOU 1995:5, sid. 24.

3. Skadliga beteenden förvärvas i regel tidigt under livet och har en komplex bakgrund.
4. Avgränsningen av vad som är skadlig livsstil och självförvårdad sjukdom riskerar att bli godtycklig.

Socialstyrelsen ifrågasätter i sin analys av Prioriteringscentrums rapport tillämpningen av en ansvarsprincip som rangordnar patienter i sjukvården, men lyfter samtidigt fram att tillämpningen av ansvarsprincipen för avgränsning av det offentliga åtagandet är mycket viktig.²¹

Rådet delar Socialstyrelsens kritik av förslaget, men ser samtidigt problem med att lägga ansvarsprincipen till grund för diskussionen om begränsningar av det offentliga åtagandet. Det krävs noggranna överväganden för att en sådan ansats inte ska råka i konflikt med centrala etiska principer.

Människovärdesprincipen

Prioriteringscentrum menar att nuvarande etiska plattform inte i tillräcklig grad klargör vad människor har rätt till och vad som egentligen är hälso- och sjukvårdens mål och uppgift. Gällande principer innebär att behovets storlek ger rätt till särbehandling, de med större behov går före dem med mindre behov. Behovets storlek avgörs i sin tur av sjukdomens eller skadans allvarlighetsgrad. Prioriteringscentrum menar att det är svårt att hitta en etiskt hållbar grund för en särbehandling utifrån orsaken till ett lidande.

Vidare menar Prioriteringscentrum att varken utredningen eller propositionen ger några förklaringar till varför det skulle vara förenligt med människovärdesprincipen att särbehandla människor utifrån vad som är orsak till deras lidande. Ett alternativ som man anser bör övervägas innebär särbehandling utifrån graden av lidande, vilket innebär att det då saknar betydelse om sjukdom eller skada är orsak till lidandet.

Prioriteringscentrum föreslår att människovärdesprincipen ges följande allmänna formulering: "Alla människor har samma rätt till vad som är nödvändigt för ett gott liv samt respekt för sin värdighet."²²

Gott liv enligt Prioriteringscentrums definition innehåller tre fundamentala komponenter – livslängd, livskvalitet samt integritet. Vid bedömning av gott liv slås inte de tre komponenterna ihop till ett gemensamt mått, utan de ska istället ses som olika aspekter. Vidare rymmer idén om rätt till samma förutsättningar för ett gott liv en jämlikhetsaspekt, vilken inte syftar på förutsättningarna utan på nivån på det goda livet. Prioriteringscentrum menar att tillämpningen av människovärdesprincipen, utifrån jämlikhetsaspekten, kan få konsekvensen att en ung person som riskerar att gå miste om möjligheten till ett gott liv på grund av till exempel sjukdom eller skada kommer att rangordnas före den som redan har levt ett gott liv. Konsekvenserna är alltså likartade som vid prioritering efter

²¹ Socialstyrelsen, 2007.

²² Prioriteringscentrum, 2007, sid. 109.

kronologisk ålder, fastän tillämpningen inte baseras på en värdering av ålder, grad av hälsovinster eller samhällsnytta utan på kravet om jämlika möjligheter att leva ett gott liv.

Rådet menar att Prioriteringscentrums förslag till omformulering av människovärdesprincipen är problematiskt av flera skäl. Förslaget förtydligar inte principen. Den blir snarare vag och svår att tolka.

Människovärdesprincipens viktigaste funktion riskerar att urholkas då den inte längre ger tydliga anvisningar om på vilka grunder prioriteringar inte får göras. Omformuleringen öppnar också upp för att människor kan prioriteras lägre på grund av ålder,²³ egenskaper och livsstil, och innebär en värdeförskjutning i nu gällande människovärdesprincip som rådet finner svår att acceptera. Och vad betyder värdighet i Prioriteringscentrums nyformulering?

Prioriteringscentrum för också in resonemang om ansvar i sin diskussion av människovärdesprincipen. Respekten för människovärdet innebär att vi bör respektera människors värdighet och visa respekt för deras integritet. Enligt Prioriteringscentrum innebär detta i sin tur att vi i utgångsläget bör betrakta människor som kapabla subjekt som kan ta ansvar för sina handlingar. Man bör visa respekt genom att se människor som medvetna subjekt och därmed undvika att betrakta dem som viljelösa offer.

Att införa en ansvarsprincip strider mot nu gällande människovärdesprincip.²⁴ Att diskutera egenansvar i anslutning till människovärdesprincipen innebär en omformulering av människovärdesprincipen som öppnar för diskriminering av dem som inte värnat sitt människovärde och tagit ansvar för sin hälsa. Har dessa personer ett lägre människovärde enligt Prioriteringscentrums omformulering, och kan de av det skälet således prioriteras lägre?

Prioriteringscentrum menar att ansvarsprincipen följer ur dess definition av människovärdesprincipen:

”Generellt förhållningssätt: Människovärdesprincipen innebär samma rätt till respekt för sin värdighet. Detta förhållningssätt innebär att människor i utgångsläget betraktas som autonoma individer utifrån de individuella förutsättningarna, dvs. med förmåga till olika grader av ansvar. Individer betraktas som fria och kapabla människor som har att ta ansvar för konsekvenserna av sitt handlande utifrån sina individuella förutsättningar. Vid beslut om resursfördelning innebär det generella förhållningssättet att vi bör tillämpa en ansvarsprincip. En sådan princip innebär att individen har att ta ansvar för sin situation, dels med avseende på sin hälsa och dels med avseende på sin vård.”²⁵

²³ Prioriteringscentrums förslag till omformulering av människovärdesprincipen öppnar också upp för prioriteringar efter kronologisk ålder, med skillnaden att tillämpningen inte baseras på en värdering av ålder, grad av hälsovinster eller samhällsnytta utan på kravet om jämlika möjligheter att leva ett gott liv.

²⁴ Se denna skrivelse, *Hur plattformen ska förstås och tolkas*, sid. 7ff.

²⁵ *Ibid*, sid. 109.

Prioriteringscentrums förslag leder då till två problem: (1) Om ansvarsprincipen följer ur människovärdesprincipen förefaller ansvarsprincipen överflödig. Ansvarsprincipen är pleonastisk, det den säger sägs redan av människovärdesprincipen. (2) Många, till exempel Socialstyrelsen, har riktat viktig och vägande kritik mot Prioriteringscentrums ansvarsprincip. Om ansvarsprincipen följer ur människovärdesprincipen innebär detta att kritiken indirekt även träffar människovärdesprincipen. Har vi argument mot ansvarsprincipen så har vi argument mot den omformulerade människovärdesprincipen.

Prioriteringscentrum verkar ha två rimliga vägar ur detta dilemma. Den ena är att hävda att ansvarsprincipen är en självständig princip och inte följer ur människovärdesprincipen. Den andra är att acceptera att Prioriteringscentrums människovärdesprincip inte är formulerad på rätt sätt, eftersom den leder till oönskade konsekvenser.

Behovs- och solidaritetsprincipen

I utredningen och propositionen, som Riksdagens beslut baseras på, kombineras behovs- och solidaritetsprincipen. Prioriteringscentrum föreslår att de skiljs åt för att den konflikt som kan uppstå mellan de olika principerna då blir tydligare.

”De bägge principerna uttrycker olika etiska hänsyn som ibland kan komma i konflikt med varandra. Vi bör t ex enligt behovsprincipen åtgärda redan kända vårdbehov medan vi enligt solidaritetsprincipen bör försöka fånga ej uttryckta vårdbehov. Genom att skilja på principerna kommer konflikten mellan de olika etiska hänsynen att framträda tydligare.”²⁶

Prioriteringscentrums kartläggning visar att behovsbegreppet uppfattas som oklart och i vissa fall motsägelsefullt. Vad ska påverka bedömningen av behovets storlek? Bör varaktighet och ersättningsbarhet påverka bedömningen? Det finns också gränsdragningsproblem avseende vilka som ska omfattas av ett tillståndsvårighet – är det enbart patienten, eller ska hänsyn tas också till närstående?

I rapporten föreslås att behovsprincipen ges följande formulering:

”Resurser bör fördelas efter hälsorelaterat behov och behov bör rangordnas efter svårighetsgrad.”

Prioriteringscentrum föreslår att solidaritetsprincipen bör utformas så att den föreskriver följande:

- lika möjligheter till vård;
- att ojämlikheter i förutsättningarna för att leva ett gott liv bör utjämnas i så stor utsträckning som möjligt;
- att åtgärder för att bedöma behov hos dem som inte kan uttrycka behoven ges en hög rangordning;

²⁶ Ibid, sid. 152.

- att verksamma åtgärder för att bedöma behov hos alla människor ges en hög prioritet – även behov utan symtom.²⁷

Denna uppbyggnad kombinerad med avskaffandet av en fast rangordning är enligt Rådets mening inte utan konsekvenser. I sammanhanget viktiga frågor är till exempel: På vilket sätt förändras innebörden i respektive princip? Vad innebär det att bryta upp de båda principerna till skillnad från nuvarande skrivning? Vilken form av värdeförskjutning uppkommer då man inte längre balanserar behovs- och solidaritetsprinciperna mot varandra? Vilka konsekvenser har detta för plattformens vägledande funktion? Underlättar det en tillämpning?

Kostnadseffektivitetsprincipen

Prioriteringscentrum skriver att bedömningen av kostnadseffektivitet hos en åtgärd innebär att kostnaden ställs i relation till effekten hos åtgärden. ”Hänsyn till kostnadseffektivitet är ett viktigt etiskt krav i en situation med knappa resurser. Att välja den mest kostnadseffektiva åtgärden eller insatsen innebär att resurserna utnyttjas på ett sätt som ger mest hälsa. Det är etiskt oansvarigt att låta människor lida i onödan. Kostnadseffektivitetsprincipen är därför en viktig etisk princip vid resursfördelning.”²⁸

Kostnadseffektivitetsprincipen ges följande utformning:

”Vid val av åtgärder mot olika typer av ohälsa bör man i första hand välja det som är mest kostnadseffektivt.”²⁹

Prioriteringscentrum menar att det finns flera skäl till att förtydliga kostnadseffektivitetsprincipen. Den nuvarande tillämpningen av principen begränsas till val mellan behandlingar för en och samma sjukdom vilket kan tolkas så att kostnader för olika sjukdomar kan variera i princip hur mycket som helst utan att de sinsemellan jämförs och rangordnas med avseende på relationen mellan kostnad och nytta för olika insatser. Andra otydligheter gäller: Vad bör ingå i kostnader och effekter? Vilka kostnader bör ingå och vilka bör lämnas utanför? Klargörande behövs också vad gäller tillämpningen av principen på individ- respektive gruppnivå.

Prioriteringscentrum påpekar också att det är viktigt att klargöra att principen bör tillämpas vid val av behandlingar och vårdbehov vid prioritering på gruppnivå, medan val av individer utifrån kostnadseffektivitetsprincipen är uteslutet. Det framhålls vidare att effekterna i första hand bör bedömas utifrån vilken inverkan åtgärderna har på patienternas och närståendes hälsa eller livskvalitet. Men det kan också vara aktuellt att värdera externa effekter för andra personer i speciella situationer, till exempel för att hindra smittspridning. Prioriteringscentrum lyfter vidare fram att kostnaden för en åtgärd eller verksamhet kan bedömas utifrån olika perspektiv. Man påpekar att kostnader

²⁷ Ibid, sid. 127.

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid, sid. 127.

som belastar hälso- och sjukvården ska beaktas i första hand, men att även andra kostnader skulle kunna vara av relevans och inkluderas i en separat analys. Prioriteringscentrum menar att detta är en fråga som bör utredas vidare.

Sammanfattningsvis vill man att kostnadseffektivitetsprincipen fortsatt diskuteras så att dess tillämpningsområde och kostnads- respektive nyttobegrepp tydliggörs på så sätt att tillämpningen underlättas.

Rådet anser att en vidare tillämpning av kostnadseffektivitetsprincipen är intressant att diskutera men kan vara svår att genomföra. Samtidigt anser rådet att det enligt nu gällande riktlinjer för prioriteringar finns en möjlighet att vid den horisontella prioriteringen lyfta fram kostnadseffektivitetsprincipen vid resursfördelning till olika sjukdomar och sjukdomsgrupper. Vid beslut om horisontella prioriteringar har politiker och huvudmän en möjlighet att väga in kostnadseffektivitet och samhällsnytta. Detta kan göras utan en ändring av nu gällande plattform, men kräver möjligen ett förtydligande av politikernas och huvudmäns uppgift.³⁰

Värdeförskjutningsproblematiken

Prioriteringscentrums förslag ger sammantaget en förändrad värdegrund för hälso- och sjukvården, vilket rådet är mycket tveksamt till.

För det första ändras varje princip, vilket i vart och ett av fallen innebär en värdeförskjutning. För det andra innebär dessa små värdeförskjutningar att det som helhet sker en stor värdeförskjutning. För det tredje innebär förslaget att likställa kostnadseffektivitet med behovs- och solidaritetsprincipen en värdeförskjutning. Det senare, som i kombination med revideringarna av de olika principerna, medför förskjutningar som är svåra att beskriva och tydliggöra eftersom de beror på vilken rangordning man väljer. De långsiktiga konsekvenserna för sjukvården blir därför svåra att överblicka.

Det saknas en helt genomarbetad konsekvensanalys i Prioriteringscentrums rapport. Vilka konsekvenser får de 24 olika prioriteringsmöjligheterna, som är följden av Prioriteringscentrums förslag, i kombination med en relativiserad människovärdesprincip? Vilka konsekvenser för patienter och personal kan de olika möjligheterna ha på klinisk respektive administrativ och politisk nivå? Vården av svårt och långvarigt sjuka samt vården i livets slutskede kan till exempel få lägre prioritet än enligt nu gällande plattform. Prioriteringscentrums förslag innebär att kostnadseffektivitet och maximalt minskat lidande i samhället kan gå före individuellt vårdbehov.

En av de grundläggande skillnaderna mellan den nu gällande etiska plattformen och den av Prioriteringscentrum föreslagna reviderade plattformen är att den

³⁰ Prioriteringsdelegationen definierar, i sitt slutbetänkande 2001, prioriteringar inom hälso- och sjukvården som en process som innebär att olika aktörer på politisk, administrativ eller klinisk nivå fattar beslut – medvetet – eller omedvetet – om en rangordning mellan olika verksamheter och/eller patienter som får konsekvenser för resurstilldelningen och på vad men faktiskt prioriterar, dvs. hälso- och sjukvårdens inriktning och innehåll.

gamla är tydlig. Den ger vägledning genom att klart ange på vilka grunder man inte får prioritera, exempelvis på grund av kön, etnisk tillhörighet, ålder eller ekonomisk eller social ställning. Vidare säger plattformen att vård främst ska ges efter behov. Prioriteringscentrum omdefinierar människovärdesprincipen så att det inte längre blir tydligt på vilka grunder man inte får prioritera samt menar att behovsprincipen, kostnadseffektivitetsprincipen, solidaritetsprincipen och ansvarsprincipen ska vägas vid varje prioriteringssituation. Konsekvensen är som redan nämns en mer flexibel plattform, där principerna får vägas från fall till fall. En sådan flexibel värdegrund kommer inte att få samma vägledande funktion som nu gällande plattform. Prioriteringscentrums förslag leder till att man inte vet vad som får prioritet, utan det bedöms från situation till situation.

Rådets bedömning är som tidigare angivet att det finns en risk att kostnadseffektivitet kommer att bli vägledande, eftersom att det är enklare att räkna på kostnader än att mäta behov. Detta skulle innebära att en etiskt grundad plattform ersätts med en ekonomiskt grundad plattform.

Sammanfattning av rådets synpunkter på förslaget till ny etisk plattform

Rådet menar att de förslag till revidering och utveckling av rådande etiska principer som Prioriteringscentrum presenterar inte leder till en etisk plattform som är enklare att tillämpa och förstå. Det kan bli större utrymme för godtycke eller en "ekonomisering" av prioriteringsfrågorna. En plattform med *prima facie*-principer kan också leda till stora regionala skillnader.

Förslagen innebär en värdeförskjutning som rådet inte kan ställa sig bakom. De saknas också en analys av vad en förändrad värdegrund för hälso- och sjukvården skulle kunna få för konsekvenser. Dessa konsekvenser är både kort- och långsiktiga, samt svåra att överblicka.

Sammanfattningsvis har rådet följande synpunkter avseende förslaget till ny etisk plattform:

Värdeförskjutningsproblematiken

- Prioriteringscentrums förslag till ny plattform ger sammantaget en förändrad värdegrund för hälso- och sjukvården. Från en värdegrund präglad av *vård på lika villkor och vård efter behov* till en värdegrund som ger större tyngd åt kraven på *kostnadseffektivitet* och därmed kan leda till *vård på olika villkor*.
- Värdeförskjutningarna sker på flera sätt: principerna förändras, rangordningen tas bort. Sammantaget kan detta få oöverskådliga konsekvenser.

Omformulering av principerna i den etiska plattformen

- Omformuleringen av människovärdesprincipen bidrar till att principen blir vag och svår att tolka. Den omformulerade principen skapar dels oklarhet om sjukvårdens uppdrag och dels oklarhet om på vilka grunder man inte får prioritera.
- Prioriteringscentrums förslag till revidering öppnar för att människor kan prioriteras lägre på grund av ålder, egenskaper och livsstil.
- Att lägga till en ansvarsprincip som sällan kan tillämpas tillför inte plattformen något substantiellt. När den tillämpas kan den komma i konflikt med såväl människovärdesprincipen som behovs- och solidaritetsprincipen.

Upphäv rangordning mellan principerna

- Detta försvårar tillämpningen av principerna i strid med uttalad avsikt.
- Det öppnar även för att plattformen i högre grad tillämpas på olika sätt i olika landsting och regioner, och är därmed oförenligt med principen att vård ska ges på lika villkor.

Konklusioner och förslag

Att göra prioriteringar och tillämpa etiska principer är alltid svårt. Prioriteringsdelegationen lyfte i sin slutrapport (2001) fram intressekonflikter och roller mellan prioriteringsuppdragets tre huvudintressenter: patienter/medborgare, politiker samt de som arbetar i vården. Delegationen påpekade att det finns en stark tendens till att man skjuter över ansvaret på andra grupper än den man själv representerar. Delegationen ringade in flera skäl till varför aktörerna inte vill se sitt ansvar i processen och varför de vill undvika de svåra besluten.

Mot denna bakgrund är det föga förvånande att berörda aktörer anger att den etiska plattformen är svår att förstå och tillämpa. En ovilja att tillämpa plattformen och att ta de individuella besluten betyder dock inte med nödvändighet att det är något fel på plattformen i sig. Den av Prioriteringscentrum föreslagna plattformen kommer med all säkerhet att bidra till att konflikten mellan ovan nämnda intressenter förstärks och att olika värderingar både på ett individuellt plan samt bland olika intressenter inom hälso- och sjukvården leder till att man får sinsemellan helt olika prioriteringsordningar.

Att implementeringen inte fungerat står främst att finna i andra orsaker än den etiska plattformen, vilket Prioriteringscentrums egen kartläggning samt Prioriteringsdelegationens kartläggning från 2001 visar.

I första hand bör man fråga sig och tydliggöra vad som inte fungerar. De kartläggningar som gjorts visar först och främst att det är implementeringen av plattformen som inte fungerat.³¹ Moraliska ställningstaganden kräver reflektion och eftertanke och kan inte mekaniseras. En etisk plattform måste kombineras med utbildning, tillämpningsstöd samt uppföljning.

Frågan om hur de etiska principerna som grund för prioriteringar ska implementeras i prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården är enligt rådets bedömning avgörande. Det behövs, som Prioriteringsdelegationen och Prioriteringscentrum med flera uppmärksammat, både organisatoriska förändringar och nya arbetssätt såväl i det politiska arbetet som i det administrativa stödet och i vården. Till exempel behövs ett utökat arbete med konkreta övningar i tillämpningar av den etiska plattformen vid prioriteringsbeslut.

En fortsatt diskussion om hur prioriteringsprinciperna och den etiska plattformen kan tillämpas samt vilket stöd som behövs för prioriteringsarbetet inom hälso- och sjukvården är av stor vikt. I detta arbete fyller Prioriteringscentrum en viktig funktion.

³¹ Dvs. Prioriteringsdelegationen och Prioriteringscentrums kartläggningar. Se bilaga 1, sammanfattning av Prioriteringsdelegationens betänkande 2001.

- Rådet avvisar Prioriteringscentrums förslag om en omarbetning av den etiska plattformen. Nuvarande värdegrund för prioriteringsbeslut bör fortsätta gälla och resurser bör läggas på att aktivera plattformen. Rådet ser en risk för en urholkning av människovärdet, en relativisering av den etiska plattformen och en icke önskad värdeförskjutning. En strategi bör tas fram för hur tillämpningen av rådande etiska principer kan implementeras på politisk, administrativ och klinisk nivå. Det är viktigt att finna former för ökad medvetenhet om den etiska plattformen och verka för öppna prioriteringar. En kontinuerlig reflektion över och diskussion av förutsättningarna för öppna prioriteringar är viktig inte minst när nya diagnostiska metoder utvecklas.
- Rådet anser att Prioriteringscentrums förslag till reviderad plattform sannolikt skulle försvåra tillämpningen. Att likställa kostnadseffektivitet med solidaritets- och behovsprincipen innebär både en värdeförskjutning och en relativisering av hela den etiska plattformen. Den nuvarande rangordningen har varit central i den etiska plattformen. Avsaknaden av rangordning mellan principerna reducerar den etiska plattformens vägledande funktion vid prioriteringsbeslut.
- En vidare tillämpning av kostnadseffektivitetsprincipen samt frågan om avgränsningar av det offentliga åtagandet inom hälso- och sjukvården bör utredas i ett lämpligt sammanhang.
- Rådet stöder Socialstyrelsens och Prioriteringscentrums förslag att avskaffa de så kallade prioriteringsgrupperna.
- Rådet instämmer också i Socialstyrelsens och Prioriteringscentrums förslag att utvecklingen vad gäller prioriteringar inom hälso- och sjukvården kontinuerligt bör följas upp via ett antal indikatorer.

Referenser

Betänkande 1996/97:SoU14 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Hermerén Göran, Det svårfångade människovärdet, i *Det svårfångade människovärdet – en debattskrift*, Etiska vägmarken 4, Statens medicinska etiska råd, sid. 65.

Höglund Anna, *Inga lätta val, Om riktlinjer och etisk kompetens vid prioriteringar i vården. En studie i empirisk etik.* Uppsala universitet, 2004.

Prioriteringar i vården. Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen, SOU 2001:8.

Proposition 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Riksrevisionen, *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, RiR 2004:9.

Socialstyrelsen, *Prioriteringar i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten Vårdens alltför svåra val? 2007.*

Vårdens svåra val, SOU 1995:5.

Bilaga

Bilaga 1. Prioriteringsdelegationens betänkande, SOU 2001:8

Prioriteringsdelegationen tillsattes 1998 med uppdrag att följa upp Riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Uppdraget omfattade såväl landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård, och sjukvård som utförs av privata vårdgivare. Delegationen hade till uppgift att sprida information och kunskap om riksdagens riktlinjer och stimulera till diskussion om etik och prioriteringar. Vidare hade den till uppgift att utveckla metoder för uppföljning och att värdera effekterna av riktlinjerna och i detta arbete ägna särskild uppmärksamhet åt äldre, funktionshindrade och andra grupper med svaga resurser.

Delegationen redovisade sitt arbete 2001 och kom bland annat fram till att Riksdagens beslut om prioriteringar fått ett mycket varierande genomslag. I betänkandet framkom att riktlinjerna ibland uppfattas som alltför allmänna, som till intet förpliktigande. Delegationen menar dock att det är riktlinjernas styrka.

”Genom sina principer och breda behovsgrupper kan det svenska prioriteringsbeslutet vara hållbart för en lång tid framåt. Oberoende av nya medicinska rön gäller de etiska grundprinciperna och prioriteringsgrupperna. Till skillnad från andra länders beslut om prioriteringar, som ibland handlar om handfasta gränsdragningar mellan vad som ryms inom den offentliga vården och vad som bör lämnas utanför, kan det svenska prioriteringsbeslutet förbli hållbart i en snabbt förändrad hälso- och sjukvård.”³²

Prioriteringsdelegationens kartläggning visade att tillämpningen av de etiska principerna i sjukvårdshuvudmännens mer långsiktiga ekonomiska och verksamhetsmässiga arbete eller i vårdvardagen på kliniker, vårdcentraler, på sjukhem eller i hemsjukvården inte var helt given. Det visade sig till exempel att andra prioriteringsprinciper får företräde, till exempel de verksamheter som har hög medicinsk status och de vårdbehövande som kan tala för sig. Delegationen lyfte fram att val och bortval sker både oreflekterat och utan motiv. De etiska principerna var fortfarande ganska dåligt förankrade.³³

Delegationen påpekade bland annat att behovs- och solidaritetsprincipen föreföll vara mest komplicerad. Begreppet behov är oklart liksom vem som ska bedöma vårdbehovet. Prioriteringsdelegationen menade att mycket arbete bör läggas ned på att utveckla metoder för att mäta och bedöma behov. Delegationen föreslog vidare att det bör prövas i vilka fall kostnadseffektivitetsprincipen bör vidgas till att gälla också prioritering mellan verksamhetsområden, dvs. horisontell prioritering.³⁴

³² Prioriteringsdelegationen, sid. 106.

³³ Ibid, ff.

³⁴ Ibid, sid. 109.

Prioriteringsdelegationen lyfte fram intressekonflikter och roller mellan prioriteringsuppdragets tre huvudintressenter: patienter/medborgare, politiker samt de som arbetar i vården. Den påpekade att det finns en stark tendens till att man skjuter över ansvaret på andra grupper än den man själv representerar. Politikerna önskar att personalen och i första hand att läkarna ska ta ansvar för vilka som ska behandlas och inte. Vårdpersonalen efterlyste å sin sida synliga politiska prioriteringar. Delegationen ringade in flera skäl till varför aktörerna inte vill se sitt ansvar i processen och varför de vill undvika de svåra besluten.

Delegationen påpekade vidare att det behövs både stora strukturella och organisatoriska förändringar och nya arbetssätt såväl i det politiska arbetet, det administrativa stödet som i vården. Delegationen redovisar i sin slutrapport några verktyg, förutsättningar eller hjälpmedel som den anser bör finnas i hälso- och sjukvårdsorganisationen för att prioriteringsprocessen ska få genomslag. Följande hjälpmedel presenterades:

- tid för reflektion och utvecklingsarbete,
- samtal både med allmänheten och inom hälso- och sjukvården,
- mötesplatser för samtalet med medborgarna och för det interna samtalet,
- strukturer för de politiska besluten och för det administrativa stödet och för vårdarbetet som är anpassade till prioriteringsuppdraget,
- politikerstöd för att formulera och upprätthålla prioriteringar,
- kunskap för riktiga beslut och för uppföljning och utvärdering,
- utbildning för att kunna hantera prioriteringsprocessen,
- samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen och i vårdarbetet samt
- ledarskap som stödjer prioriteringsprocessen.

Bilaga 2. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten ”Vårdens alltför svåra val?”

Socialstyrelsen fick 2005 i uppdrag av regeringen att kartlägga prioriteringsarbetet i landsting och kommuner. Socialstyrelsen gav uppdraget vidare till Prioriteringscentrum vilket resulterade i rapporten ”Vårdens alltför svåra val”, 2007. Socialstyrelsen har därefter lämnat förslag till regeringen med rapporten som underlag. föreslagit regeringen att en genomgripande översyn och omarbetning av rådande principer för prioritering inom hälso- och sjukvården görs. ”Prioriteringscentrum gör i sin underlagsrapport en rigorös genomgång av de riktlinjer, tänkta att stödja huvudmännens prioriteringsarbete, som kompletterar de etiska principerna. Socialstyrelsens bedömning är att genomgången tydligt visar på att dessa riktlinjer är i behov av förtydliganden och revision.”³⁵ Det centrala problemet som lyfts fram är att nuvarande riktlinjer inte ger tillräckligt stöd till nedprioriteringar. En framtida översyn av riktlinjerna bör omfatta en ambition att formulera kriterier som kan ge vägledning avseende begränsningar i det offentliga åtagandet. Socialstyrelsen menar att Prioriteringscentrums rapport bör användas som direktiv för en sådan utredning.

Sammanfattningsvis föreslår Socialstyrelsen:

- ”Att en genomgripande översyn och omarbetning av rådande principer för prioritering inom hälso- och sjukvården görs. Den underlagsrapport som Prioriteringscentrum tagit fram, och som Socialstyrelsen baserar många av sina slutsatser på, bör användas som direktiv i en sådan utredning. Detta innebär bl.a:
- Att en framtida utredning av prioriteringsprinciperna inkluderar kriterier och principer för generella begränsningar av det offentliga åtagandet.
- Att kostnadseffektivitetsprincipen skärps och ges ett vidare applikationsområde. Principen bör kunna appliceras vid val mellan olika typer av vårdbehov.
- Att de fyra prioriteringsgrupperna utgår alternativt omarbetas kraftigt.
- Att lokala/regionala styrsystem – i form av bl.a. kompetenscentra -etableras och utvecklas.
- Att utvecklingen vad gäller prioriteringar inom hälso- och sjukvården kontinuerligt, gärna vartannat år, följs upp via ett antal indikatorer.”³⁶

³⁵ Socialstyrelsen, Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten ”Vårdens alltför svåra val?” 2007, sid. 8.

³⁶ Ibid.,

Bilaga 3.

Nu gällande plattform för prioriteringsbeslut

<p>Människovärdesprincipen Alla människor har ett lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.</p> <p>Behovs- och solidaritetsprincipen - Resurserna bör fördelas efter behov.</p> <p>Kostnadseffektivitetsprincipen Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.</p>
--

Prioriteringscentrums reviderade plattform för prioriteringsbeslut

<p>Människovärdesprincipen Alla människor har samma rätt till vad som är nödvändigt för ett gott liv samt respekt för sin värdighet.</p>			
<p>Behovsprincipen</p> <p>Resurser bör fördelas efter hälsorelaterat behov och behov bör rangordnas efter svårighetsgrad.</p>	<p>Solidaritetsprincipen</p> <p>Innebär: - lika möjligheter till vård; - att ojämlikheter i förutsättningarna för att leva ett gott liv bör utjämnas i så stor utsträckning som möjligt; - att åtgärder för att bedöma behov hos dem som inte kan uttrycka behoven ges en hög rangordning; - att verksamma åtgärder för att bedöma behov hos alla människor ges en hög prioritet – även behov utan symptom.</p>	<p>Kostnadseffektivitets - principen</p> <p>Vid val av åtgärder mot olika typer av ohälsa bör man i första hand välja det som är mest kostnadseffektivt.</p>	<p>Ansvarsprincipen</p> <p>Individnivå: Om P:s hälsotillstånd är en följd av att P medvetet har tagit onödiga risker med sin hälsa bör P ges en lägre rangordning än den person som inte tagit onödiga risker.</p> <p>Gruppenivå: Hälsotillstånd som typiskt är en följd av onödigt och medvetet risktagande bör ges en lägre rangordning jämfört med andra hälsotillstånd.</p>

Rådets illustration över de 24 möjliga rangordningarna enligt Prioriteringscentrums förslag till reviderad plattform

<p>1. Människovärdesprincipen <u>Behovsprincipen</u> Solidaritetsprincipen Kostnadseffektivitetsprincipen Ansvarsprincipen</p>	<p>7. Människovärdesprincipen <u>Solidaritetsprincipen</u> Behovsprincipen Kostnadseffektivitetsprincipen Ansvarsprincipen</p>	<p>13. Människovärdesprincipen <u>Kostnadseffektivitetsprincipen</u> Solidaritetsprincipen Behovsprincipen Ansvarsprincipen</p>	<p>19. Människovärdesprincipen <u>Ansvarsprincipen</u> Solidaritetsprincipen Kostnadseffektivitetsprincipen Behovsprincipen</p>
<p>2. Människovärdesprincipen <u>Behovsprincipen</u> Solidaritetsprincipen Ansvarsprincipen Kostnadseffektivitetsprincipen</p>	<p>8. Människovärdesprincipen <u>Solidaritetsprincipen</u> Behovsprincipen Ansvarsprincipen Kostnadseffektivitetsprincipen</p>	<p>14. Människovärdesprincipen <u>Kostnadseffektivitetsprincipen</u> Solidaritetsprincipen Ansvarsprincipen Behovsprincipen</p>	<p>20. Människovärdesprincipen <u>Ansvarsprincipen</u> Solidaritetsprincipen Behovsprincipen Kostnadseffektivitetsprincipen</p>
<p>3. Människovärdesprincipen <u>Behovsprincipen</u> Kostnadseffektivitetsprincipen Solidaritetsprincipen Ansvarsprincipen</p>	<p>9. Människovärdesprincipen <u>Solidaritetsprincipen</u> Kostnadseffektivitetsprincipen Behovsprincipen Ansvarsprincipen</p>	<p>15. Människovärdesprincipen <u>Kostnadseffektivitetsprincipen</u> Behovsprincipen Solidaritetsprincipen Ansvarsprincipen</p>	<p>21. Människovärdesprincipen <u>Ansvarsprincipen</u> Kostnadseffektivitetsprincipen Solidaritetsprincipen Behovsprincipen</p>
<p>4. Människovärdesprincipen <u>Behovsprincipen</u> Kostnadseffektivitetsprincipen Ansvarsprincipen Solidaritetsprincipen</p>	<p>10. Människovärdesprincipen <u>Solidaritetsprincipen</u> Kostnadseffektivitetsprincipen Ansvarsprincipen Behovsprincipen</p>	<p>16. Människovärdesprincipen <u>Kostnadseffektivitetsprincipen</u> Behovsprincipen Ansvarsprincipen Solidaritetsprincipen</p>	<p>22. Människovärdesprincipen <u>Ansvarsprincipen</u> Kostnadseffektivitetsprincipen Behovsprincipen Solidaritetsprincipen</p>
<p>5. Människovärdesprincipen <u>Behovsprincipen</u> Ansvarsprincipen Kostnadseffektivitetsprincipen Solidaritetsprincipen</p>	<p>11. Människovärdesprincipen <u>Solidaritetsprincipen</u> Ansvarsprincipen Kostnadseffektivitetsprincipen Behovsprincipen</p>	<p>17. Människovärdesprincipen <u>Kostnadseffektivitetsprincipen</u> Ansvarsprincipen Behovsprincipen Solidaritetsprincipen</p>	<p>23. Människovärdesprincipen <u>Ansvarsprincipen</u> Behovsprincipen Kostnadseffektivitetsprincipen Solidaritetsprincipen</p>
<p>6. Människovärdesprincipen <u>Behovsprincipen</u> Ansvarsprincipen Solidaritetsprincipen Kostnadseffektivitetsprincipen</p>	<p>12. Människovärdesprincipen <u>Solidaritetsprincipen</u> Ansvarsprincipen Behovsprincipen Kostnadseffektivitetsprincipen</p>	<p>18. Människovärdesprincipen <u>Kostnadseffektivitetsprincipen</u> Ansvarsprincipen Solidaritetsprincipen Behovsprincipen</p>	<p>24. Människovärdesprincipen <u>Ansvarsprincipen</u> Behovsprincipen Solidaritetsprincipen Kostnadseffektivitetsprincipen</p>