

Prioriteringar i sjukvård

Läkemedelsdagen 2023-10-24

Johan Sandelin, ordförande Läkemedelskommittén



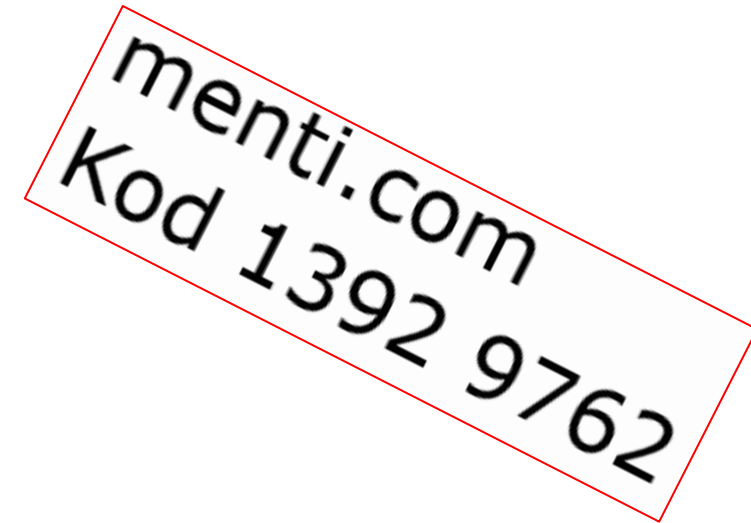
menti.com

Kod 1392 9762



Klargörande utgångspunkter/reservationer

- Resurser är begränsade. Vi kan inte få allt vi behöver eller efterfrågar
- Nya önskade/beslutade åtgärder, t. ex. läkemedel eller andra behandlingsmetoder, kommer inte med (motsvarande mängd) nya resurser
- Om vi inte väljer/prioriterar öppet vem som ska få vad och varför sker ändå en fördelning, ofta med dolda avsikter och godtyckligt eller slumpmässigt

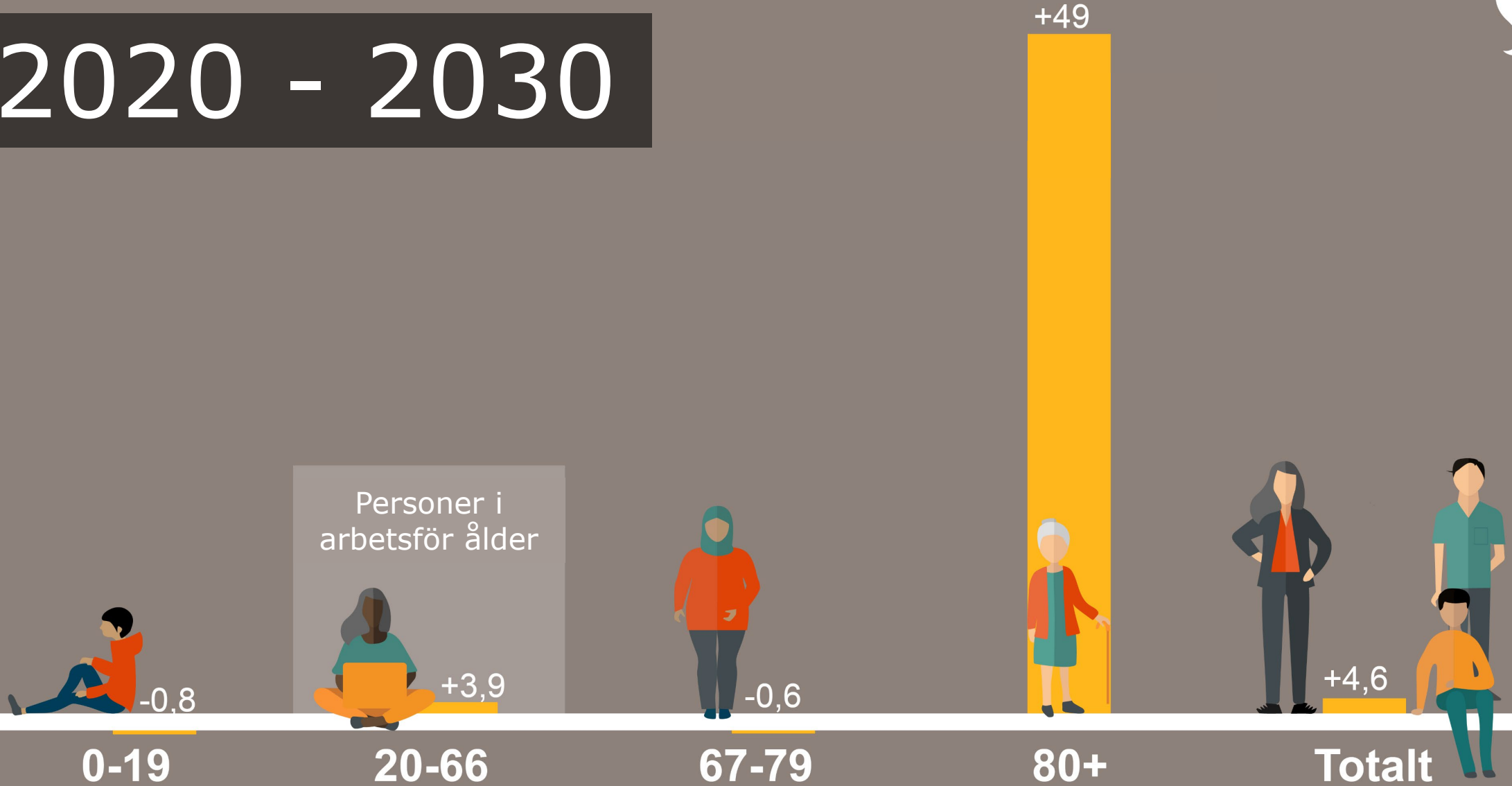


sjukvårdsprioriteringar – Mentimeter



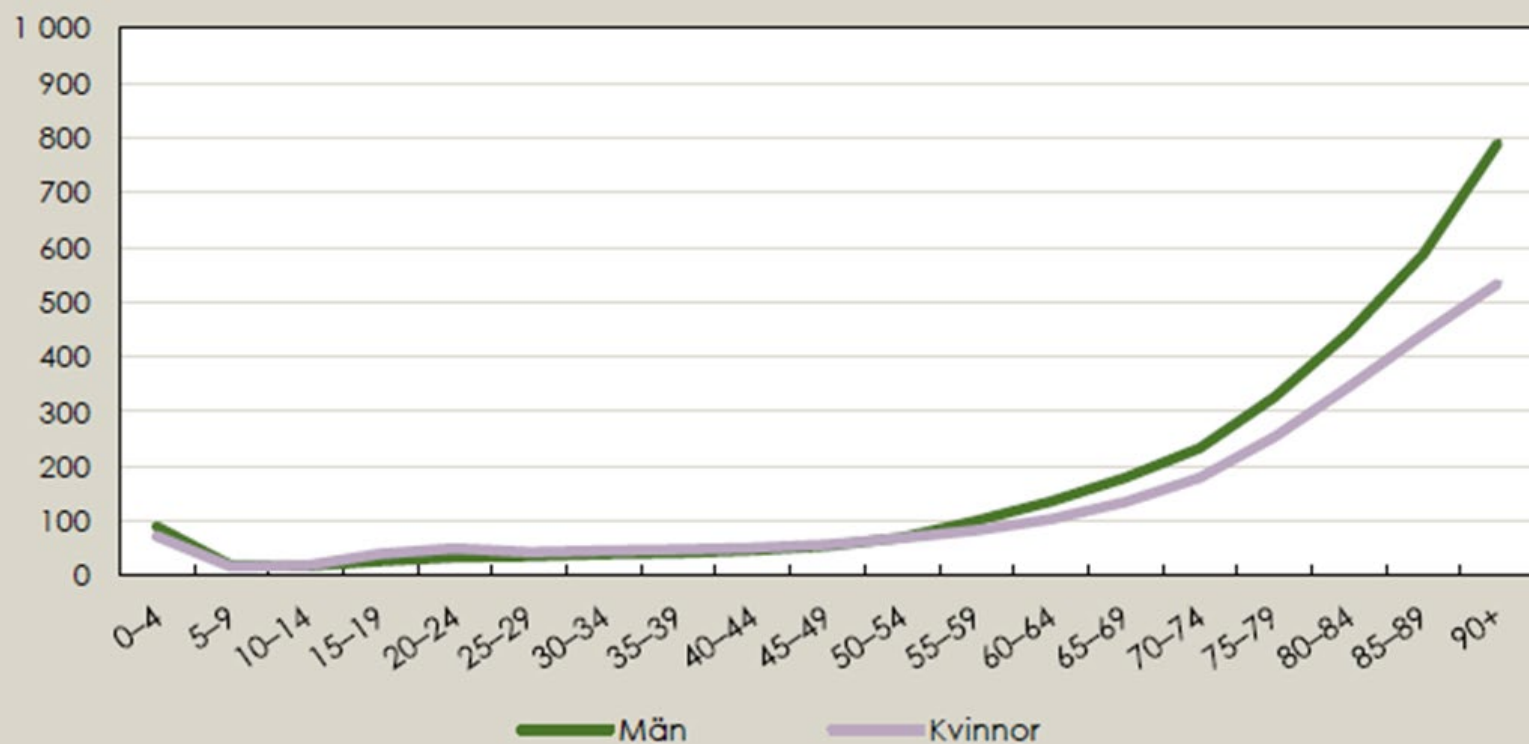


2020 - 2030



Figur 3. Åldersfördelning över antal sjukdomsvårdtillfällen* per 1 000 invånare i befolkningen 2022

Antal per 1 000
invånare



Källa: patientregistret, Socialstyrelsen

*Kapitel 1-14 samt 16-18 i ICD-10-SE.

Sjukvårdssektorn spelar en viktig roll i alla nationers ekonomiska utveckling. Hälso- och sjukvårdens **resursbehov växer.** Framstegen inom forskningen ger **möjlighet att behandla**, där förr ingen medicinsk hjälp fanns att erbjuda. Framstegen inom den teknologiska forskningen skapar förutsättningar för en **förfinad diagnostik**. Fler patienter kan botas. **Ökade krav** ställs på omvårdnad och beaktande av psykosociala aspekter hos patienter och anhöriga. Allt **fler människor uppnår hög ålder** och bidrar till att behovet av vård ökar.

Prioriteringsutredningen, Vårdens svåra val, 1995

Vargen kommer!?

- Medicinskt teknisk utveckling/revolution är den potentiella räddningen, men kommer också innebära nya möjligheter och därmed nya och potentiellt väldigt kostsamma behov – blir det frälsaren eller stjälparen?
- Vi gör nog bäst i att vara beredda på situation med betydande gap mellan tillgängliga resurser och det vi vill och har kompetens att utföra -> prioriteringsbehov



Prioritera

- "att sätta före"
- Ett val; något väljs *och* något annat väljs bort
- Syftar till att åstadkomma en fördelning genom *medvetna* val
- Det medvetna valet sker med *avseende på något* vi vill fördela och *mellan* något



Alternativ till och varianter på prioritering i sjukvården

- Effektivisering/rationalisering
- Tillskott av resurser
- Avgränsning av ansvar/uppdrag
- Prioritering/ransonering inom ramen för uppdraget
- (Generella) kvalitetsförsämringar



Förutsättningar för prioriteringar

- Gillar allmänheten/röstberättigade att politiker prioriterar och därmed även väljer bort?
- Är de mest behövande i regel de mest högljudda?
- Gillar politiker att göra det allmänheten inte gillar att de gör?
- Är vi psykologiskt väl rustade för att genomföra prioriteringar?
- Vilka typer av prioriteringar har vi förutsättningar att göra i det enskilda patientmötet?



Sammanfattning så här långt

- Vi har ett intuitivt motstånd mot att prioritera
- Vi är inte särskilt väl psykologiskt rustade att spontant fatta moraliskt välgrundade beslut
- (• Det är svårt nog att med alla fakta tillgängliga ens på en teoretisk nivå alltid avgöra vad som är det "mest rätta" vid ett etiskt dilemma)
- Det finns ett behov av prioriteringar



Prioritering – två grundläggande typer

- Prioritering genom val mellan medicinska åtgärder där hänsyn till patientens behov - inte primärt kostnaden - är vägledande
- Prioritering på grund av brist på resurser
- Välja *vad* någon ska få respektive välja *vem* som ska få
 - Avgörande skillnad – påverkar vem som får bära **alternativkostnad** och om den är dold eller synlig
 - I praktiken dock inte sällan inslag av båda typer
- Annat, överlappande sätt att kategorisera är vertikala respektive horisontella prioriteringar

Prioritering – nivåer och logiker

- Prioriteringsbeslut fattas på alla nivåer, från det enskilda kliniska patientmötet till riksdagens lagstiftning
- Ett stort antal aktörer med olika förutsättningar, perspektiv och logik
- Prioriteringsutredningen förtydligar tre nivåer
 - Allmänpolitisk nivå
 - Sjukvårdspolitisk nivå
 - Klinisk nivå



Etiska plattformen för prioriteringar i sjukvården

- Bygger på Prioriteringsutredningens [Vårdens svåra val \(SOU 1995:5\)](#)
- Utgör förarbete till HSL beslutad av riksdagen 1997
- Är inlemmad i Förordning med instruktion för TLV
- Etc.
- Är med andra ord lagstadgad – inte bara några välmenande råd och rekommendationer



Etiska principer som grund för prioriteringar – inbördes rangordnade

- Människovärdesprincipen
- Behovs- och solidaritetsprincipen
- Kostnadseffektivitetsprincipen

Valda etiska principer syftar till att uppnå rättvisa, men även att tydliggöra vilka moraliska värden vi gemensamt valt att skydda – m.a.o. vilken rättvisa vi eftersträvar



Explicit bortvalda etiska principer

- Nyttoprincipen
 - Beaktas i behovsprincipen, men där på individuell snarare än kollektiv nivå
 - Nedprioriterad i förhållande till solidaritetsprincipen – maximering av nytta väger här lättare än det moraliska egenvärdet av att prioritera de sämst ställda
- Lotteriprincipen
 - Moraliskt svårförsvarad, men för beslutsfattare på alla nivåer sannolikt ibland tilltalande, kanske även för den som blir utan
- Efterfrågeprincipen



Människovärdesprincipen

- Allas lika värde – den formella rättviseprincipen
- Lika fall ska behandlas lika (ska finnas relevant skillnad mellan olika fall/patient/grupper för att vara försvarbart att behandla olika)
- Ger vägledning för vad vi **inte** får ta hänsyn till
 - Sedvanliga diskrimineringsgrunder
 - Kronologisk ålder
 - Social och ekonomisk ställning
 - Tidigare livsstil (ansvar/förtjänster)



Behovs- och solidaritetsprincipen

- Den som har störst behov av vård ska äga företräde
- Behov baseras på två faktorer
 1. Allvarlighet/svårighetsgrad
 - lidande, funktionspåverkan, (framtida) varaktighet, prognos etc
 - För vem? T ex påverkan på närstående är inte uppenbart något som har stöd i etiska plattformen att räkna in i kalkylen
 2. Effekt/nytta
 - Utgångspunkt att man inte har behov av något som inte gör något för en
 - Vilken nytta räknas och hur värderas effekter?
 - Tröskelnivåer, tillräcklighetsnivåer?
 - Hopp?
 - Förtroende för samhällskontraktet?



Behovs- och solidaritetsprincipen

- Hur vikta svårighetgrad i förhållande till nytta/effekt?
 - 0,1 till 0,2 självklart prioriterat framför 0,3 till 0,4
 - 0,1 till 0,2 nästan lika självklart prioriterat framför 0,6-0,8
 - 0,1 till 0,2 inte osannolikt prioriterat framför 0,2 till 0,4
 - 0,1 till 0,2 jämfört med 0,2 till 0,6 inte alls självklart...
- Svårt i teorin, inte lättare i praktiken



Kostnadseffektivitetsprincipen

- En rimlig relation mellan kostnad och effekt ska eftersträvas
 - Underordnad övriga principer, men inte glasklart vad rangordning innebär
 - Operationaliseras i relation till solidaritetsprincipen genom en uttalat högre betalningsvilja för svåra tillstånd – vi accepterar då mindre vunnen hälsa per krona
- (• Högre betalningsvilja vid sällsynta tillstånd – grundar sig på marknadslogik snarare än etiska principer)



Kostnadseffektivitet – vad betyder det i det här sammanhanget?

- Vi är beredda att betala för hälsa och livskvalitet
 - Sjukvård syftar inte till ekonomisk vinning
- Kostnadseffektivitet avgörs i relation till något, inte primärt i fasta termer
- Kostnadseffektivitet: $\text{Nytta} > (\text{beslutad}) \text{ betalningsvilja}$

Kostnadseffektivitet, betalningsvilja och betalningsförmåga

- Vi är beredda att betala mer för vunnen hälsa vid svåra tillstånd
- Vi betalar både för rättvisa och hälsa – rättvis fördelning kostar i termer av mindre hälsa totalt sett
- Vi blir allt bättre på att behandla svåra tillstånd, vilket leder till fler accepterade "kostnadsineffektiva" behandlingar
- Det finns inget automatiskt samband mellan betalningsvilja och betalningsförmåga



Alternativkostnad

- En vidtagen åtgärd betalas med det vi fick avstå, inte primärt med pengar
- Alternativkostnaden i sjukvård är (någon annans) hälsa eller uppoffrad rättvisa
- **Det finns alltid en alternativkostnad!**
- En ny kostsam behandling för svårt sjuk individ betalas med utebliven behandling för flera mindre sjuka individer (som sagt, med utgångspunkt att vi inte kan effektivisera eller tillföra mer resurser i tillräcklig omfattning)



Vad har Hippokrates och Helén Eliasson med detta att göra?

- Professionen måste arbeta med utgångspunkt i sin logik och sin yrkesetik. Regelverk och manualer kommer aldrig kunna ersätta läkekonst. Politiska (prioriterings)beslut kan och ska inte fattas i knät på enskild patient
- Likafullt måste vi förstå och respektera det system vi arbetar i. Sjukvården producerar utöver hälsa även bl.a. rättvisa och är en bärande institution i det demokratiska samhällskontraktet. Vi är ofrånkomligen förvaltare av gemensamma skattemedel, vare sig vi identifierar oss som regionala tjänstemän eller inte

- Vi behöver ömsesidigt stötta varandra, och låta oss stöttas, i våra respektive roller, med respekt för den andres uppdrag och logik – profession, tjänstemän och politiker
- Alternativkostnaden är av särskild vikt i ett solidariskt, gemensamt finansierat system
- Klarar vi inte utmaningen med behovet av prioriteringar riskerar vi att förlora både hälsoeffekter och moraliska värden, kanske i slutändan vårt nuvarande sjukvårdssystem

