

Granskning av prioriteringar i Landstinget i Jönköpings län

Granskning genomförd på uppdrag av de förtroendevalda
revisorerna i Landstinget i Jönköpings län

2003-11-10

Ulf-Johan Olson

Ernst & Young AB

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Granskning av prioriteringar i vården i Landstinget i Jönköpings län	3
Syfte och inriktning	3
Granskningens inriktning	3
Vad är prioriteringar?	4
Öppna prioriteringar	4
Prioriteringsbeslutet.....	5
Horisontella och vertikala prioriteringar	6
Behovsbegreppet	6
Prioriteringskommittén / etiska rådet i landstinget i Jönköpings län	7
Styrning av sjukvården i landstinget	7
Mål och direktiv avseende prioriteringar.....	8
DN-debatt	9
Horisontella prioriteringar	9
Medicinskt programarbete	11
Samverkansnämnden	11
Regionala medicinska programgrupper	11
Länsvisa medicinska programgrupper	12
Sjukvårdsområdena	13
Vertikala prioriteringar	15
Kommunikationen mellan förtroendevalda och profession.....	16
Sammanfattande analys	16
Konkurrens om resurser	18
Läkaretik och prioriteringsetik	18
Prioriteringsarbetets paradoxer.....	19
Prioriteringsstödjande nationella riktlinjer	19
Förslag	20

Granskning av prioriteringar i vården i Landstinget i Jönköpings län

Hälso- och sjukvårdens uppdrag har blivit allt större. Detta har sin grund bl a i ökade ambitioner, att andelen äldre blir allt större och att nya medicinska metoder leder till allt fler sjukdomstillstånd kan diagnostiseras och behandlas. Samtidigt som efterfrågan på sjukvård ökar har resurserna för sjukvården inte ökat i motsvarande grad. Sjukvården blir visserligen i många stycken allt effektivare, men det har inte räckt. Det leder till ökande krav på prioriteringar av sjukvårdens insatser.

Prioriteringar har alltid gjorts inom vården, men dessa har i huvudsak varit dolda för allmänhet och patienter. Prioriteringar kännetecknar också politikernas budgetarbete när de fördelar resurser till olika delar av vården. Idag är trycket större på öppenhet - människor vill också veta på vilka grunder prioriteringar görs och ha möjlighet att påverka dessa. Ett uttryck för detta är Riksdagens prioriteringsbeslut 1997. Beslutet innebar att en etisk plattform fastställdes och att Hälso- och sjukvårdslagen förtydligades på en viktig punkt: "den som har största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården" (2 §).

Prioriteringar, eller konsekvenser av prioriteringar, har inte bara en etisk dimension. Behovet av korrekt och användbar uppföljningsinformation är stort. När diskussioner runt landstingets åtaganden gentemot olika patientgrupper blir aktuella behövs en tydlig bild av hur långt i måluppfyllelse verksamheten når i förhållande till olika behovsgrupper. Förekomsten av väntetider ger begränsad information i detta avseende.

Landstingen har idag två huvudsakliga strategier för att klara sitt uppdrag inom de beslutade ekonomiska ramarna - effektiviseringar respektive en begränsning av det offentliga åtagandet. Det senare förutsätter att ett arbete gjorts kring öppna och enhetliga prioriteringar, som förankrats inom såväl profession som befolkning. Landstinget kan naturligtvis också öka sina intäkter via skatte- eller avgiftshöjningar, men även de nya ekonomiska ramarna måste hållas. Den snabba nettokostnadsökningen i landstinget antyder att det inte räcker med intäktsökningar.

Syfte och inriktning

Föreliggande revisionsprojekt innebär en granskning av landstingets och hälso- och sjukvårdens arbete med att skapa, fastställa och att genomföra prioriteringar. Syftet är att granska ändamålsenligheten i landstingets prioriteringsprocess och att granska politikens och professionens arbete för att åstadkomma enhetliga och öppna horisontella respektive vertikala prioriteringar¹.

Granskningens inriktning

Granskningen inriktas på följande områden:

¹ Horisontella prioriteringar avser prioriteringar mellan olika behovs- eller sjukdomsgrupper. Det anses vara politikernas ansvar att göra dessa avvägningar. Vertikala prioriteringar görs inom en sjukdomsgrupp. Detta är traditionellt professionens ansvar.

- Landstingets styrning av prioriteringsarbetet
- Hur öppna och landstingsgemensamma vertikala prioriteringar skapas och genomförs inom hälso- och sjukvården
- Hur horisontella prioriteringar hanteras av den politiska nivån
- Hur kommunikationen fungerar mellan olika aktörer - politiker, tjänstemän och professionen
- Hur står den prioriteringsordning som riksdagen har bestämt i relation till andra beslut i landstinget, t ex de som rör tillgänglighetssatsningar

Revisionsprojektet är ett led i revisionens strävan att granska väsentliga delar inom hälso- och sjukvården. Ambitionen är att granskningar ska främja utvecklingen inom området.

Intervjuer gjordes under augusti/september med företrädare för den politiska majoriteten/minoriteten, centrala tjänstemän och läkare från de olika sjukvårdsområdena.

Vad är prioriteringar?

Prioritering betyder att sätta före. Inom hälso- och sjukvården innebär prioritering att rangordna, att välja något samtidigt som något annat väljs bort, senareläggs eller inte subventioneras av skattemedel. Behovsstyrd sjukvård förutsätter medvetna val mellan behov.

Prioriteringar har alltid gjorts i sjukvården. Grunderna för dessa har dock sällan varit kända eller generellt överenskomna. När en demokratiskt styrd och offentligt finansierad sjukvård använder prioriteringar måste prioriteringsarbetet ske öppet och enhetligt.

Skälet till att prioriteringar görs är att resurserna är begränsade. Ett annat skäl är att de insatser som hälso- och sjukvården gör är mer eller mindre effektiva, d v s att de har mer eller mindre av önskvärda effekter.

Öppna prioriteringar

Eftersom det medicinska beslutsfattandet inte strikt grundas på medicinska fakta, utan är i hög grad beroende av värderingar, finns starka skäl för en större insyn och möjlighet till debatt. I annat fall finns risk att sjukvårdens legitimitet kommer att minska.

Behovet av öppenhet poängterades tydligt i regeringens proposition²: ”Det är viktigt att de bakomliggande skälen till och principerna för prioriteringar redovisas öppet. Dessa har sin grund i värderingar av olika slag. De värderingar som styr såväl tillgången till hälso- och sjukvård som de prioriteringar som anses nödvändiga måste i princip kunna delas av det stora flertalet i befolkningen”.

Prioriteringsutredningen genomfördes under en period av ekonomiska problem och åtstramning i landstingen och det är inte orimligt att koppla kravet på öppna prioriteringar

² Prop. 1996/97:60

till behovet av ett folkligt stöd i de avvägningar som måste göras i besvärliga ekonomiska situationer. Öppna prioriteringar innebär enligt Liss³ att

- Besluten, grunderna och konsekvenserna av prioriteringar ska vara tillgängliga för alla som önskar ta del av dem

Öppna prioriteringar kan bidra till att värna om människors lika värde, att värna om svaga grupper och att skapa en god hushållning. De ger också förutsättningar för en vård på lika villkor.

Prioriteringsbeslutet

”Vårdens svåra val” (SOU 1995:5) låg till grund för riksdagens prioriteringsbeslut 1997. Prioriteringsutredningen artikulera en etisk plattform som i flera delar funnits i vården under längre tid. Plattformen bygger på tre övergripande principer:

- **människovärdesprincipen** - alla människor har lika värde oberoende av ålder, ekonomi eller social bakgrund
- **behovs–solidaritetsprincipen** - de som har störst behov av vård har också företräde till den, och att alla andra av solidaritet accepterar det
- **kostnadseffektivitetsprincipen** - i valet mellan olika metoder ska den användas som är mest kostnadseffektiv. Det handlar dock inte bara om pengar utan kan också gälla snabbare rehabilitering eller högre livskvalitet för patienten

Utöver detta gjordes en övergripande prioritering utifrån behovsgrupper:

<i>Prioriteringsgrupp I</i> <ul style="list-style-type: none">• Vård av livshotande akuta sjukdomar• Sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död.• Vård av svåra kroniska sjukdomar.• Palliativ (lindrande) vård och vård i livets slutskede.• Vård av människor med nedsatt autonomi.	<i>Prioriteringsgrupp II</i> <ul style="list-style-type: none">• Prevention• Habilitering/rehabilitering. <i>Prioriteringsgrupp III</i> <ul style="list-style-type: none">• Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar. <i>Prioriteringsgrupp IV</i> <p>Vård av andra skäl än sjukdom eller skada</p>
--	--

³ Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys. Per-Erik Liss/Prioriteringscentrums rapportserie 2002:4.

Samma år som prioriteringsbeslutet tillkallade regeringen en delegation, Prioriteringsdelegationen, med uppdrag att sprida information och kunskap om de nya riktlinjerna för prioriteringar i vården. Prioriteringsdelegationen lade fram sitt slutbetänkande i januari 2001 (SOU 2001:8).

Horisontella och vertikala prioriteringar

Prioriteringar sker på olika nivåer inom organisationen. ***Horisontella prioriteringar*** sker på övergripande nivå i landstinget och manifesteras i första hand i budgetprocessen. Här handlar det om avvägningar mellan verksamhetsområden och stora sjukdomsgrupper. ***Vertikala prioriteringar*** sker ständigt av yrkesutövarna inom hälso- och sjukvården genom att enskilda patienter/insatser prioriteras olika. Till de vertikala prioriteringarna hör också prioriteringar mellan resursinsatser för individinriktad prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering inom respektive specialistområde.

Avsikten är att de etiska principerna som fastslogs i prioriteringsbeslutet ska vara vägledande för såväl horisontella som vertikala prioriteringar.

Behovsbegreppet

HSL 2 § stadgar att den som har det största ***behovet*** av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Behovsbegreppet är dock inte utan komplikationer:

- Behov måste skiljas från önskemål eller efterfrågan. Behovet kan bara avgöras av en företrädare för den medicinska professionen
- Det måste också finnas en verksam medicinsk behandling eller åtgärd att tillgå för att patienten ska ha ett behov av sjukvård

Prioriteringsutredningen använder begreppet behov i förhållande till hälsa och livskvalitet. Det innebär att behovet är större ju svårare sjukdomen eller skadan är och ju sämre livskvaliteten är, men också att man inte har behov av åtgärder som inte förbättrar hälsan eller livskvaliteten.

För att göra rimliga behovsbedömningar behöver existerande terapier vara evidensbaserade, d v s att deras medicinska effekter är vetenskapligt fastställda. Evidensgraden varierar dock kraftigt för olika insatser. Kjell Asplund skriver⁴:

Grovt sett kan sägas att det finns mycket god vetenskaplig dokumentation kring läkemedel, god eller halvgod dokumentation av kirurgiska insatser, svag vetenskaplig dokumentation av värdet av omvårdnadsinsatser samt inte bara svag, utan också kontroversiell dokumentation av rehabiliteringsmetoder (att det finns enstaka lysande undantag från denna generalisering är uppenbart).

Behovsbedömningar görs också på gruppnivå. En bedömning av vårdbehov i befolkningen kräver både att det finns hälsomål och att det finns en kunskap om hälsoläget i befolkningen. Behovsbedömningen består då i att fastställa om det finns

⁴ Läkartidningen nr 37 2001, volym 98. Kjell Asplund är professor och överdirektör vid Socialstyrelsen. Han har tidigare varit överläkare vid Norrlands Universitetssjukhus och styrelseordförande för SBU.

ett gap mellan mål och hälsoläge. I detta arbete identifieras olika behovsgrupper⁵. I en väl utvecklad behovsstyrd sjukvård är de större behovsgrupperna kartlagda både till storlek och till hälsoläge.

Den svenska hälso- och sjukvården beskrivs ofta som behovsstyrd, men även efterfrågestyrning förekommer t ex i form av särskilda kökörtningssatsningar där antalet väntande är viktigare än vilken prioritet de väntandes behov har.

Prioriteringskommittén / etiska rådet i landstinget i Jönköpings län

I början av 1990-talet diskuterades prioriteringsfrågorna mycket inom hälso- och sjukvården. 1991 bildades en ”prioriteringskommitté” inom landstinget i Jönköpings län. Kommitténs syfte var att följa diskussionen och utvecklingen inom området. När prioriteringsutredningen kom var kommittén aktiv i landstingets informationsarbete och skrev även landstingets remissvar. En viktig del av kommitténs uppgift var att föra ut och diskutera den etiska plattformen. Landstingets prioriteringskommitté bestod av läkare, sjuksköterskor och en sekreterare som tillika var (och är) utredare på hälso- och sjukvårdsavdelningen. Inga politiker eller övriga tjänstemän deltog i arbetet.

1996 omvandlades prioriteringskommittén till ”etiska rådet”. Då tillkom en sjukhuspräst och långt senare en psykolog.

Etiska rådet har flera syften och uppgifter, bl a ska etiska problem knutna till resursanvändning och prioritering medvetandegöras. Etiska rådet har aktivt drivit diskussionen av etiska frågor genom bredare seminarier och utbildningar. En av rådets största satsningar är utbildningen av de etiska ombuden, i dagsläget cirka 90 personer. Idag driver man även kurser för AT- och ST-läkare i prioriteringsetik. Kurserna lyfter fram den etiska plattformen och konkretiserar effekterna i det dagliga arbetet.

I verksamhetsberättelsen för Etiska rådet 2001 – 2003 framgår att rådet känner landstingsstyrelsens stöd i olika avseenden. När det gäller prioriteringsarbetet är man dock mer kritisk:

”Etiska rådet har konstaterat att ett systematiskt och övergripande arbete med prioriteringsfrågor saknas i Landstinget. Att prioriteringar görs är en självklarhet, men det finns ingen öppenhet i på vilka grunder detta sker. Tillgänglighetsfrågor och utfästelser i form av vårdgaranti ägnas däremot stort utrymme. Etiska rådet ser en fara i att patientgrupper och verksamheter med ”starka” företrädare gynnas, medan svagare grupper och verksamheter som inte har synliga köer får stå tillbaka.”

Styrning av sjukvården i landstinget

Landstinget i Jönköpings län betonar behovsstyrning av vården. Detta sätts i motsats till efterfrågestyrning, som enligt de flertalet intervjuade riskerar att leda till överkonsumtion av vård, högre kostnader och strida mot sjukvårdens värdegrund såsom den formulerades av prioriteringsutredningen. Landstinget praktiserar en

⁵ Begreppet behovsgrupp är konstruerat för att underlätta kartläggningen av hälsoläget i befolkningen. En behovsgrupp kan bygga på gemensam diagnos/tillstånd, t ex diabetes, astma, eller ett kluster av diagnoser/tillstånd, t ex personer med funktionshinder, äldre med kroniska sjukdomar etc.

långtgående delegering av verksamhetens inriktning och utformning till professionen och sjukvårdsområdena. Detta har givit sjukvårdsområdena en relativt stor frihet, men också givit stora skillnader mellan sjukvårdsområdenas arbetssätt och organisering.

Intervjuerna indikerar att såväl den politiska nivån som centralt placerade tjänstemän är starkt kritiska till en detaljerad styrning av hälso- och sjukvården. Budgeten och flerårsplan förtydligar i första hand övergripande mål, värdegrund och den ekonomiska ramen. Hur arbetet ska genomföras är en uppgift för respektive sjukvårdsområde. Landstingsledningen är inte uppbyggd för att vara nära de sjukvårdsstrategiska frågorna. Det innebär att landstingsövergripande strategier för hälso- och sjukvården sällan formuleras inom hälso- och sjukvårdsavdelningen eller i styrelsen. Detta gäller också för prioriteringar. Ett undantag från detta förhållningssätt har under senare år varit den landstingsövergripande satsningen på att ”uppnå perfektion”.

Mål och direktiv avseende prioriteringar

I Budget 2003 och verksamhetsplan 2004–2005 framgår mål för prioriteringar. Ett strategiskt mål för hälso- och sjukvården tar sin formulering direkt från HLS:s 2§: Den som har största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Dessutom lägger man till att ”Riksdagens prioriteringsbeslut är grundläggande”. Som kritisk framgångsfaktor anges aktiviteten att ”ge information och skapa förståelse om sjukvårdens möjligheter och prioriteringar”. Under aktivitetsmål och mått anges att vården till de mest behövande ska mätas med följande: ”Uppföljning av gjorda prioriteringar.” Den sistnämnda formuleringen är dock borttagen i budget för 2004.

De mål landstinget anger för prioriteringsarbetet är i princip att prioriteringsbeslutets värdegrund gäller. Landstinget har ingen uttalad strategi för hur prioriteringsarbetet ska drivas och hur prioriteringarna ska bli mer öppna och enhetliga.

Den etiska plattformen tillsammans med inriktningmålen och de ekonomiska ramarna anses av intervjuade företrädare för styrelsens majoritet och ansvarig för hälso- och sjukvårdsavdelningen i stort sett vara tillräckliga styr signaler för prioriteringsarbetet. Det finns sålunda en stor tilltro till professionens förmåga att anpassa sjukvården efter patienternas behov och landstingets ekonomi. Eftersom landstinget inte anger någon särskild strategi eller form för prioriteringsarbetet står det sjukvårdsområdena relativt fritt att välja arbetssätt. Devisen har varit: ”Lyft inte problemet, lös dem!” Landstingets övergripande styr signaler och strategi har varit tydligare för andra satsningar, t ex för kvalitetsarbetet, vårdprogram och tillgänglighet. Detta gäller också för landstingets övergripande styrverktyg - balanserat styrkort.

Sammantaget finns ett stort förtroende för att professionen och sjukvårdsområdena ska kunna omvandla målen till en ändamålsenlig verksamhet som ryms inom de ekonomiska ramarna. Det grundläggande antagandet är att hälso- och sjukvårdens värdegrund är så pass väl förankrad bland personalen att nödvändiga och riktiga prioriteringar kommer att göras när resurserna inte räcker till för en stundtals hög ambitionsnivå och/eller en stark efterfrågan. Därmed finns enligt ledande landstingsföreträdare varken behov av en centralt formulerad prioriteringsstrategi eller genomarbetade system för vertikala prioriteringar.

Den politiska inriktningen mot övergripande mål och en starkt delegerad styrning är dock inte konsekvent. Inom vissa verksamheter styr landstinget även på volymer. Inom kardiologin har landstinget i budget för såväl 2003 som 2004 bestämt en ram på 400 ballongsprängningar⁶ och 900 angiografier⁷. Av dessa görs 230 respektive 700 på Ryhov och resterande i Linköping. Totalvolymen är lägre än vad kardiologin önskat och tvingar därför fram tydligare prioriteringar. Kökortningsåtgärder uppfattas ofta av verksamhetsföreträdare som en detaljstyrning i den annars decentraliserade och delegerade verksamheten.

Det fria vårdvalet och utfärdandet av vårdgarantier uppfattas också som problematiska av flera intervjuade företrädare för professionen, eftersom prioriteringsöverväganden utifrån riksdagsbeslutet sällan görs i dessa sammanhang.

DN-debatt

Styrning av olika verksamheter sker inte bara genom budget och verksamhetsplaner. DN-debatt är ett annat forum som flitigt utnyttjas för påverkan av företrädare för olika offentliga organisationer. I somras skrev landstings- respektive kommunförbundets ordförande på DN-debatt om behovet av kompletterande finansiering och andra åtgärder för att klara det offentliga åtagandet inom sjukvården och den kommunala servicen⁸. Om prioriteringar skrev man:

”En känslig fråga, som vi trots allt måste närma oss, är hur stort det gemensamma välfärdsåtagandet ska vara. Kort sagt: vad ska vi betala med gemensamma skattepengar och vad är sådant som var och en i framtiden kan få betala själv?
Vi måste kunna närma oss denna fråga utan att den tas som intäkt för att främja privata vinstintressen och utan att riskera vår svenska modell med bra service för alla efter behov. Vi vill föra ett resonemang om vad som är nödvändiga förutsättningar för alla att leva ett gott liv. Sådan grundläggande verksamhet måste samhället givetvis stå för även i fortsättningen.

Men kanske går det att urskilja områden där det är mer rimligt än andra att medborgarna, brukarna och patienterna betalar åtminstone delvis ur egen ficka. Detta kräver tydlighet av ansvariga politiker från alla läger. Det kan vara svårt att ompröva gamla visioner och idéer och därför behövs konsensus och stabilitet hos de stora partierna.”

Även om artikeln delvis kan läsas som en passning till regering och riksdag har den en tydlig adress till medborgare, patienter och brukare.

Horisontella prioriteringar

Horisontella prioriteringar, d v s fördelning av resurser mellan behovsgrupper, är ett ansvar för den politiska nivån. I landstinget i Jönköpings län sker detta i budgetprocessen. Enskilda frågor eller äskanden som kommer upp vid olika tillfällen

⁶ Vidgning av hjärtats kranskärl. Kallas PCI, men benämndes tidigare PTCA.

⁷ Kranskärlsröntgen som sker genom att en kateter förs in i ett blodkärl i ljumsken och sedan förs upp till hjärtats kranskärl. En kontrastvätska sprutas in och röntgenbilder tas.

⁸ ”Medborgarna får betala mer själva”. DN-debatt 2003-07-28 av Ilmar Reepalu och Lars Isaksson.

under året hänvisas till kommande budgetarbete. Detta innebär att önskemål och äskanden hanteras i en gemensam process, varför avvägningar bör avspegla den samlade politiska viljan.

I budgetarbetet sker en omfattande process där sjukvårdsområdenas förslag diskuteras i flera omgångar inom en rad olika fora – sjukvårdsområdesledningen, sjukvårdens ledningsgrupp, formell beredning/ärendehantering inom hälso- och sjukvårdsavdelningen och planeringsdelegationen.

I den del av budgetprocessen som bereds och förhandlas med planeringsdelegationen presenteras inte verksamhet och kostnader per behovsgrupp. Budgeten bygger på historik och fördelas till befintlig produktionsorganisation. Budgetförslaget är nedbrutet på sjukvårdsområdes- och klinik-/vårdcentralsnivå. Politikerna tar inte ställning till insatser och kostnader förknippade med respektive behovs-/sjukdomsgrupp. Det innebär att förtroendevalda inte får en tydlig bild av, och kan ta ställning till, hur väl olika patientgruppers behov tillgodoses. En övergripande analys av detta görs av tjänstemännen, men den kommuniceras inte med de förtroendevalda.

Horisontella prioriteringar förutsätter att landstingsledningen – förtroendevalda och tjänstemän – har en god bild av vad olika delar av sjukvården klarar i förhållande till olika sjukdomsgruppers behov. Detta förutsätter i sin tur att det finns enhetliga system att rangordna behov av sjukvårdens insatser. I dagsläget har förtroendevalda och centrala tjänstemän minimal information att hämta ur det vertikala prioriteringsarbetet. Den professionella nivån har inte utvecklat en enhetlig modell för hur öppna vertikala prioriteringar ska hanteras och det finns heller inte uppföljningsdata som visar hur långt man kan tillgodose patientbehov inom olika verksamhetsområden.

Horisontella prioriteringar bygger på olika underlag och har flera bevekelsegrunder. Ett viktigt underlag och en viktig förutsättning är att professionen har en rimlig samsyn avseende indikationer för utredning och behandling samt har tydliggjort principerna för de vertikala prioriteringarna och kan redovisa hur långt patientbehoven kan tillgodoses. I brist på detta påverkas beslutsfattandet av tillgänglig information, även när denna inte speglar helheten. Opererande specialiteter har t ex lättare att föra fram långa väntelistor som ett argument i budgetarbetet, medan andra verksamheter är tvungna att organisera verksamheten så att inga väntetider uppkommer.

Tillgänglighetsaspekten har varit viktig i de flesta landstings prioriteringar av resurser. I landstinget i Jönköpings län satsades t ex redan för fem år sedan resurser på att kraftigt bygga ut kataraktkirurgin. Detta har i sin tur inneburit att köerna varit måttliga och att det under senare år inte gjorts särskilda ”körtningssatsningar” inom detta område.

Mot bakgrund av bl a det fria vårdvalet ser landstinget att enighet i sjukvårdsregionen är viktig för att upprätthålla de horisontella prioriteringar som utmynnat i avgränsningar i det offentliga åtagandet. Gjorda öppna avgränsningar i det offentliga åtagandet är relativt sällsynta. Exempel på sådana begränsningar är samsynen kring att borttagandet av tatueringar eller annan kirurgi, som endast är kosmetisk till sin natur, inte ingår i sjukvårdsansvaret. Den ekonomiska betydelsen av detta är visserligen liten, men symbolvärdet och det pedagogiska värdet anses som stort.

Intervjuade personer bland såväl politisk ledning som tjänstemannaledning uttrycker skepsis till att politiken ska göra horisontella prioriteringar mellan behovsgrupper. Här föredras en modell för decentraliserat beslutsfattande utifrån en mål- och rambudget.

Medicinskt programarbete

Medicinskt programarbete har fått en mer och mer framskjuten position inom hälso- och sjukvården. Vårdprogram och medicinska riktlinjer är en viktig grund för prevention, diagnostik, behandling och rehabilitering. Vårdprogrammets utformning, tillsammans med antalet patienter, avgör stora delar av den enskilda klinikens kostnadsnivå. Medicinskt programarbete ligger också till grund för kvalitetsarbetet, effektiviseringar och prioriteringar.

Evidensbaserad medicin (EBM), egentligen en modern omskrivning för ”vetenskap och beprövad erfarenhet”, är grunden för det medicinska programarbetet. I botten ligger den kliniska forskningen och erfarenheterna av dess tillämpning. Socialstyrelsen utfärdar medicinska riktlinjer och beslutsstöd för prioriteringar för olika sjukdomsgrupper⁹. Här anges såväl olika åtgärders grad av evidens och hälsoekonomisk evidens som en rangordning av åtgärder för respektive sjukdomstillstånd. Socialstyrelsens arbete innebär att prioriteringsarbetet fått ett tydligare fäste och en större konkretisering på nationell nivå.

Samverkansnämnden

Samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen ska genom samverkan ge en god hälso- och sjukvård till befolkningen. Visionen är att sjukvårdsregionen ska ge hela regionens befolkning en likvärdig vård med hög kvalitet. Genom olika nätverk och arbetsgrupper, bl a de regionala medicinska programgrupperna, hanterar sjukvårdsregionen ett flertal olika frågor. Agendan ges i de årligen uppdaterade arbetsprogrammen.

Regionala medicinska programgrupper

Samverkansnämnden har i sitt arbetsprogram för 2003 - 2006 tydliga mål för de regionala medicinska programgrupperna. Programarbetet är starkt kopplat till riktlinjer för remittering till högspecialiserad vård. Uppdraget till de medicinska programgrupperna avseende prioriteringar uppdaterades 2001. Gällande skrivning i arbetsprogrammet är: ”Prioriteringsfrågorna får en allt större betydelse. Det är därför viktigt att programgrupperna diskuterar dessa frågor ur ett regionalt perspektiv med särskild inriktning på beslut om gemensamma indikationer för behandling.” Skrivningen är relativt försiktig, men har ändå lett till att prioriteringar i stor utsträckning har redovisats av olika programgrupper. Angreppssätten varierar och även hur långt man kommit i arbetet. Gjorda rangordningar har inte styrts av gemensamma

⁹ Text Nationella riktlinjer och prioriteringar för hjärtsjukvården, astma och KOL samt venös tromboembolism.

beskrivnings- och bedömningsinstrument, vilket framför allt försvårar jämförelser mellan olika patientgrupper. Se vidare avsnittet om vertikala prioriteringar.

Inom specialiteter med större inflöden av patienter till universitetssjukhusen blir bedömningarna mer lika bland specialisterna. Här finns ett påtagligt tryck på gemensamma indikationer, annars skulle såväl effektiviteten som kravet på sjukvård på lika villkor äventyras. Inom kardiologin har de nationella riktlinjerna, både de tidigare för kranskärllsjukvård och de senaste för hela hjärtsjukvården, bidragit till den större tydligheten. Enligt uppgift finns ändå indikationer på att invånare inom Höglandets sjukvårdsområde i lägre utsträckning får PCI, eller ballongsprängningar, än länets övriga befolkning.

Inom kvinnosjukvården har t ex det regionala medicinska programarbetet lett till en regional enighet kring ett vårdprogram för IVF eller assisterad befruktning. Här finns en enighet kring utredningens genomförande, behandlingsindikationer och antal försök. En liknande överenskommelse kommer snart för äggdonation. Ett exempel på en prioritering som gjorts inom Kvinnosjukvården är den sedan cirka fem år borttagna refertiliseringen. Ett försök till avgränsning av åtagandet var förslaget att remittera IVF-patienter, som av någon uppenbar anledning inte ansågs vara lämpliga som föräldrar, till socialtjänsten för en adoptionsutredning. Lagstödet för förslaget var dock vagt och ogillades av landstingsledningen.

Regiongemensamma vårdprogram eller överenskommelser som gäller indikationer och vårdens genomförande är vanliga. Det som fortfarande är oklart är i vilken utsträckning överenskomna indikationer följs i praktiken.

De regionala medicinska programgrupperna har i olika utsträckning tagit fram mallar och verktyg för den vertikala prioriteringen. Vissa har nöjt sig med att dela in sjukdomsgrupper inom en specialitet i de fyra prioriteringsgrupper som riksdagsbeslutet angav. Andra programgrupper har mer gjort det som förväntades, d v s en rangordning av samtliga vanligt förekommande diagnoser inom specialiteten där inte bara sjukdomens allvar vägts in, utan också bl a åtgärdens nytta och riskerna med ett ingrepp.

Länsvisa medicinska programgrupper

Utöver de regionala medicinska programgrupperna finns också länsvisa grupper för de olika specialiteterna. Verksamhetschefer från de olika sjukvårdsområdena träffas regelbundet inom varje specialitet. Ordförande utses av hälso- och sjukvårdsdirektören. Dessa möten har hittills haft en viss tyngdpunkt på organisatoriskt/strukturellt samarbete och effektivisering. Under landstingens stora åtstramningsperiod under mitten på 1990-talet fick dessa grupper ett ansvar för planerade kommande neddragningar. Uppdraget att ta fram vårdprogram för stora sjukdomsgrupper har funnits under en längre tid men arbetet har inte drivits särskilt aktivt eller långt.

Inom ramen för ”Uppnå perfektion” har satsningen på länsvisa vårdprogram dock accentuerats. ”Som delmål gäller att till sommaren 2003 ha 25 dokumenterade vårdprogram med mätetal för uppföljning....” Därefter har hälso- och sjukvårdsdirektören till respektive medicinsk programgrupp angett hur många

medicinska processer som ska skärskådas och utmynna i länsgemensamma vårdprogram ”med en tydlig förankring hos samtliga berörda vårdgivare”. Arbetsgrupperna är i full gång. Tvivel har dock uttrycks på att klara angivna tidsgränser.

Arbetet med vårdprogrammen har inte bara fått en skjuts framåt. Nytt är tonvikten på uppföljning och hur arbetet ska bedrivas på längre sikt. Till varje vårdprogram utses en arbetsgrupp som tar fram och förankrar innehållet. Dessutom utses en ”programansvarig”, som ska åjourhålla och utveckla vårdprogrammet, och en IT-ansvarig. Den senare ska ansvara för att grundprogram, uppdateringar och uppföljningsdata läggs ut på intranätet. En förhoppning är att rapporteringen till de nationella kvalitetsregistren ska motsvara den egna uppföljningen.

Det finns inga krav på att prioriteringsöverväganden ska göras i de aktuella vårdprogrammen.

De länsvisa medicinska grupperna uppfattas av flera intervjuade som viktiga. De har en nyckelroll för att både skapa en god vård på lika villkor och få till stånd en ändamålsenlig vårdstruktur i länet.

Sjukvårdsområdena

Landstingets tre sjukvårdsområden har olika förutsättningar både geografiskt och befolkningsmässigt. Tillsammans med den delegerade styrmodellen innebär detta att betydande skillnader finns mellan sjukvårdsområdenas arbetssätt och vårdutbud.

Jönköpings sjukvårdsområde har bedrivit ett arbete med patientrelaterade grupper – PRG – sedan 1994. Konceptet innebär att vårdprogram med tonvikt på vårdprocessbeskrivningar tas fram för olika patientgrupper. Så småningom utvecklades Utvecklingsguiden (UG), som inkl balanserade styrkort för linjeenheter och värdekompassen för processer, utgör strukturen för kvalitetssystemet inom sjukvårdsområdet. UG påminner i vissa delar om QUL och syftar till effektiva vårdprocesser, systematiskt förbättringsarbete, etc. UG innehåller en del som kallas ”Vårdprocess för patientgrupp med gemensamma vårdbehov”¹⁰. De 25 nya vårdprogram som nu ska tas fram inom landstinget förväntas följa en liknande struktur.

UG är ett strukturerat frågebatteri som ska ligga till grund för enheternas och process-teamens planeringsarbete och årligen återkommande utvecklingsdialog med förvaltningsledningen. Det finns inget motsvarande system eller krav inom de övriga sjukvårdsområdena.

Fram till nu har UG saknat anvisningar kring prioriteringsöverväganden. I den senaste versionen ställs frågor kring prioriteringar och vilka processer/patientgrupper som har hög respektive låg prioritet. Läkemedlens prioritet bör, enligt frågorna, också ingå i gjorda överväganden.

Med vilket engagemang och med vilken detaljeringsgrad olika enheter och processteam tar sig an UG varierar. Förvaltningsledningens strategi såsom den

¹⁰ Denna beskrivning av patientrelaterade grupper återfinns i UG:s bilaga 1.

avspeglas via UG är att ställa relevanta frågor inom olika områden för att på så sätt stimulera såväl verksamhet som förbättringsarbete. Även på sjukvårdsområdena gäller inriktningsstyrning och inblandningen i verksamheternas metodval är liten. Därför är även anvisningarna kring prioriteringar relativt försiktigt hållna.

Sjukvårdsområdena relativa frihet att utforma verksamheten innebär att skillnader uppstår i olika avseenden. Jönköpings sjukvårdsområde har t ex betonat processperspektivet och legat långt framme i detta avseende under en längre tid, men nu tycks det som processtänkandet fått ett ökat genomslag i hela landstinget. Samlingen kring landstingets vision att ”uppnå perfektion” har påverkat detta, liksom styrkortets framhävande av processperspektivet. När det gäller prioriteringar tycks grundinställningen vara relativt likartad. Landstingets tidigare goda ekonomi har påverkat engagemanget i prioriteringsfrågorna. Analyser visar att kostnaden per DRG-poäng är relativt låg och flera intervjuade upplever fortfarande att trycket på verksamheterna ofta är hanterbart.

Många intervjuade anser att det glapp som finns mellan behov och tillhandahållen sjukvård i första hand ska kunna hanteras via processförbättringar och effektiviseringar. Bra mottagning nämns av flera som ett sådant exempel. Det finns dock verksamhetsföreträdare som uttrycker att prioriteringstrycket har ökat i vården, att läkarna på ett tydligare sätt nu måste fördela vårdresurserna efter behov. Alla kan inte få den hjälp som de vill ha eller som läkaren skulle ha gett om ekonomin varit bättre.

Det finns flera områden där verksamhetsföreträdare ser förbättringsmöjligheter som ett sätt att hålla tillbaka behovet av prioriteringar. Det gäller t ex arbetet med att förbättra patientsäkerheten, att ta bort föråldrade behandlingsmetoder, att kräva större grad av evidens för nya behandlingsmetoder och att tillse att nya riktlinjer är kostnadseffektiva.

Värnamo sjukvårdsområde formulerar inga särskilda mål och strategier för prioriteringar i sina styrdokument. Sjukvårdsområdet har tagit fram en kortfattad broschyr om färdriktningen för sjukvårdsområdet riktad till personal. Under framgångsfaktorn ”god tillgänglighet” sägs avslutningsvis följande. ”Uppstår behov av prioriteringar gäller HSL:s prioriteringsparagraf som stadgar att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ges företräde”. Citatet ger sken av att behovet av prioriteringar är något som kan ”uppstå”, inte något som ständigt finns och hanteras kontinuerligt.

Höglandets sjukvårdsområde ger heller inget särskilt utrymme till prioriteringsöverväganden i sina styrdokument. Prioriteringsarbetet ligger i första hand på de regionala medicinska programgrupperna. Även inom Höglandets sjukvårdsområde är inriktningen i hög grad processororienterad. Varje enhet förutsätts gå igenom sina huvudprocesser. Förebilden har varit effektiviseringarna och förbättringarna inom medicinkliniken i Eksjö med samarbetspartners inom PV och kommuner.

Ledningsgruppen i Höglandets sjukvårdsområde har inom sig bildat olika arbetsgrupper som följer upp detta arbete. Det finns t ex ansvarsområden som patientsäkerhet, tillgänglighet, läkemedel etc. Dock finns inget ansvarsområde kring prioriteringar.

Vertikala prioriteringar

När professionen prioriterar vertikalt inom olika specialiteter betyder det att rangordningar upprättas, dvs vilka problem och tillstånd som bör åtgärdas före andra. Dessa rangordningar är sedan ett stöd i det dagliga medicinska beslutsfattandet. De regionala medicinska programgrupperna har hanterat prioriteringsaspekten på olika sätt. Några har rangordnat diagnoser/tillstånd och placerat dem i någon av fyra prioriteringsgrupper som fastslogs i Riksdagens prioriteringsbeslut. Andra har gjort en ren rangordning i 10 nivåer av specialitetens alla sjukdomsgrupper, t ex ögon. Flera programgrupper har tagit fram en prioriteringsmall som tar hänsyn till bl a möjlighet till förbättrad livskvalitet, medicinsk nytta och risk för allvarliga komplikationer.

Inte heller för vertikala prioriteringar finns landstings- eller regiongemensamma modeller för hur detta arbete ska genomföras. Den etiska plattformen består av övergripande principer och ger varken praktisk vägledning eller en beskrivnings/bedömningsmodell som kan göra gjorda prioriteringar mer jämförbara. Om olika specialiteter använder olika beskrivningssätt eller ”skalor” minskar såväl öppenheten som möjligheten till större enhetlighet och vård på lika villkor.

I den vertikala prioriteringen är sjukdomens art och grad viktiga delar, men diagnosen i sig kan inte vara ett tillräckligt underlag för medicinska prioriteringar. I Socialstyrelsens arbete med medicinska riktlinjer och prioriteringar tas hänsyn till:

- Sjukdomens svårighetsgrad/behov av åtgärd (omedelbart livshot till ingen risk för ökad sjuklighet eller försämrad livskvalitet)
- Patientnytta (effekt på sjukdomstillstånd respektive risk för allvarliga komplikationer)
- Evidens för åtgärdens effekt
- Kostnadseffektivitet
- Hälsoekonomisk evidens

I gjorda intervjuer har i grunden två förhållningssätt kommit till uttryck. Den första ligger i linje med etiska rådets synpunkter på landstingets prioriteringsarbete. Den andra hävdar att ett mer grundläggande arbete med prioriteringar och prioriteringskategorier kostar mer än det smakar. Det bedöms som tillräckligt att professionen har den etiska plattformen klar för sig och är medveten om de ekonomiska ramarna. Risker med ett sådant förhållningssätt är dock att öppenheten i gjorda prioriteringar förloras. Därmed försvåras också jämförelser mellan specialiteter och möjligheten att göra informerade horisontella prioriteringar minskar. Dessutom blir dialogen med befolkningen om grunderna för valda prioriteringar mycket svår att föra.

Ett annat dilemma, som gäller såväl vårdprogram som prioriteringar, är tillämpningen av gjorda överenskommelser. För vårdprogrammets del sker nu en aktivare uppföljning. När det gäller prioriteringar är läkarens dilemma lika tydligt som svårt att hantera: hur ska jag kunna göra det bästa för varje patient (vilket de professionella etiska koderna anger) och samtidigt i första hand hjälpa de högst prioriterade patienterna (vilket HSL och Riksdagens etiska plattform anger)? Med den enskilda

patienten framför sig i rummet bleknar inte sällan andra överenskommelser och principer. Detta är inte typiskt för läkare utan gäller människor i allmänhet. Vi tenderar att prioritera det vi har för ögonen just nu. Prioriteringen av remisser upplevs därför som lättare att genomföra.

Kommunikationen mellan förtroendevalda och profession

2001 hölls ett stort och uppskattat seminarium i Tranås om prioriteringar med politiker, tjänstemän och professioner. Etiska rådet påpekar i sin verksamhetsberättelse för 2001 till halvårsskiftet 2003 att någon uppföljning av detta seminarium inte skett.

Intervjuade företrädare för den politiska majoriteten visar en relativt avvaktande hållning till ytterligare dialog kring prioriteringar. Det finns en uttalad skepsis mot allt som kan tolkas som mer detaljerad styrning av hälso- och sjukvården. Det har nämnts tidigare att landstingsledningen inte är uppbyggd för att vara nära de sjukvårdsstrategiska frågorna.

Bland verksamhetsföreträdare finns ofta en stark önskan till mer dialog med politiker, inte minst för att de senare ska få en större förståelse för sjukvårdens villkor och arbetssätt. Förväntningen är att de förtroendevalda ska engagera sig mer i prioriteringsfrågorna och genom dialog med olika specialiteter lära sig mer om förutsättningarna för dessa. En bakgrund till detta tycks vara vissa politiska beslut, t ex att väntetiden till en specialistmottagning inte får vara längre än två veckor. Vissa verksamhetsföreträdare ser inte detta som möjlig att genomföra med nuvarande nivå på verksamheten. En bättre dialog skulle, enligt dessa, kunna leda till politiska utspel som är mer förankrade i berörda verksamheter och i verkligheten.

Ökad dialog i prioriteringsfrågorna behövs för att skapa öppna prioriteringar och för att på sikt få acceptans för nödvändiga avgränsningar i det offentliga åtagandet. Eftersom landstinget för närvarande inte prioriterar prioriteringsfrågorna, vilket bl a visar sig i bristen på övergripande strategi och intresse från landstingsledningen och ibland även från klinikledningarna, är grunden för en sådan dialog i dagsläget oklar. Visst diskuteras etiska dilemman, men för att klara landstingets krav på budgetbalans och att leva upp till Riksdagsbeslutet om prioriteringar krävs mer än så. I första hand gäller det insikten om att prioriteringar är en lika nödvändig strategi som arbetet med effektiviseringar genom medicinskt programarbete och processförbättringar.

Ett annat skäl till en bredare dialog mellan politiker, tjänstemän och profession i prioriteringsfrågorna är att på sikt skapa ett bättre underlag för en övergripande prioriteringsstrategi.

Sammanfattande analys

Landstingets arbete för att åstadkomma öppna prioriteringar är relativt outvecklat. Att mål och strategier saknas för detta arbete betyder dock inte att prioriteringar inte görs, men att de i första hand är dolda för patienter och allmänhet. Även språkbruket kring och användningen av begreppet ”prioriteringar” tycks inte vara särskilt etablerat.

Mot bakgrund av sektorns och landstingets ekonomiska problem behöver arbetet med att åstadkomma öppna prioriteringar stimuleras. Det finns inget som tyder på att

skatte- och avgiftshöjningar respektive effektiviseringar kommer att lösa hälso- och sjukvårdens ekonomiska problem. Landstingsledningen har hittills varit uppbyggd på att inte vara nära de sjukvårdsstrategiska frågorna. Konceptet har varit relativt framgångsrikt, men nu ökar kraven på övergripande strategier för att skapa en verksamhet och en ekonomi i balans.

De etiska frågorna inom hälso- och sjukvården har inte anhängiggjorts den politiska nivån på ett tydligt sätt. Etiska rådet består uteslutande av tjänstemän och saknar direkt koppling till politiken. Andra landsting har valt en större grad av politisk medverkan. Västra Götalandsregionen har t ex en ”kommitté för etik och prioriteringar och vårdgarantifrågor” som är underställd hälso- och sjukvårdsstyrelsen. I Landstinget Sörmland har ett ”centralt etiskt råd” inrättats. Detta består både av förtroendevalda och av tjänstemän.

Om inte diskussionen om öppna prioriteringar i större utsträckning förs mellan förtroendevalda och företrädare för professionen är risken stor för ständiga hänvisningar till den andra parten. Ur dialogen behöver en strategi växa fram som knyter samman arbetet med vertikala och horisontella prioriteringar, samt hur intressenterna – politikerna, patienterna/befolkningen och de professionella – ska kunna vara delaktiga i denna utveckling.

Hälso- och sjukvårdens enorma innovations- och utvecklingskraft tillsammans med befolkningens ökade förväntningar och en begränsad ekonomi kommer successivt att tvinga fram tydligare prioriteringar och avgränsningar av det offentliga åtagandet. Om det offentliga åtagandet inte avgränsas på ett mer strukturerat sätt finns risk att riksdagens prioriteringsbeslut sätts ur spel och att resurserna fördelas till de bäst organiserade och välformulerade kravställarna. Det är i sista hand landstingsstyrelsens ansvar att svara för att erbjuden vård ges utifrån behov och på lika villkor. Styrelsen har också ansvaret för att landstinget klarar sina åtaganden inom tillgänglig ekonomisk ram. Prioriteringarnas roll för att klara förväntade framtida utgiftsökningarna bör därför snarast klarläggas.

I landstinget i Jönköpings län har funnits, och finns i viss utsträckning också fortfarande, en tro på att en effektiv verksamhet kan hålla tillbaka behovet av prioriteringar. Detta har dock förändrats dramatiskt under 2002 då landstinget för första gången på lång tid hade ett större underskott och en snabb nettokostnadsökning.

Arbetet för att skapa större effektivitet i landstingets sjukvård tycks ge positiva effekter, men det kommer inte att kunna hålla undan behovet att prioritera och avgränsa det offentliga åtagandet. Strategin och arbetet med att ”uppnå perfektion” uppfattas av de flesta intervjuade som ett positivt projekt, även om dess förankring i de djupare leden fortfarande är begränsad. Det finns kritik mot den svenska översättningen av ”pursuing perfection”. En mer passande översättning borde, enligt flera, vara att ”sträva efter perfektion”.

Höga mål spänner bågen och leder ofta till överraskande bra resultat, medan realistiska mål får motsatt effekt. Arbetssättet ”bra mottagning” uppfattas i allmänhet som mycket positivt. Samtidigt uppfattar flera tillgänglighetsmålen dåligt förankrade och ibland för högt satta, t ex tvåveckorsgränsen för vissa specialistbesök.

Konkurrens om resurser

Verksamheterna märker i första hand effekterna av prioriteringar i form av otillräckliga resurser. Det innebär samtidigt att konkurrensen om resurser mellan verksamheter sannolikt ökar. Kampen för resurser kan föras på olika sätt. Risken för vinklad information är stor och patientföreningar och läkemedelsföretag kan liera sig och sätta till stora resurser för att påverka landstinget att satsa mer resurser inom ett särskilt område. Även enskilda kliniker kan direkt eller indirekt stödja ett sådant agerande. Öppna prioriteringar ökar dock jämförbarheten mellan och inom olika specialiteter och motverkar därmed vinklad information.

Den ökade konkurrensen om resurser innebär också att landstingsledningen och ledningen för de olika sjukvårdsområdena behöver tydligare kriterier och bättre verktyg för att utvärdera resursbehov - framför allt för uppföljning av hur långt de olika klinikerna/specialiteterna når i prioriteringstrappan. Nuvarande resursfördelningssystem, som bygger på historik och finansiering av befintligt produktionssystem, är inte transparent med avseende på behovsgrupper och prioriteringsöverväganden mellan behovsgrupper.

Hälso- och sjukvården har en tradition av stor konkurrens och starka revir mellan och även inom olika specialiteter. I vilken utsträckning en helhetssyn på sjukvårdens effekter och ekonomi kan dämpa konkurrensen om resurser återstår att se.

Läkaretik och prioriteringsetik

Även om en samsyn skulle uppnås kring de vertikala prioriteringarna återstår tillämpningen i det enskilda fallet. Hur ska vi veta att enskilda läkare sedan följer rekommenderade riktlinjer och prioriteringskategorier.

Prioriteringsetiken säger tydligt att patienter med lägre prioriterade behov av behandling antingen ska behandlas senare, när mer akuta tillstånd är avklarade, eller vid resursbrist inte alls. Läkaretiken sätter den enskilda patientens bästa i fokus. Redan idag vet vi att följsamheten till medicinska vårdprogram varierar inom vida gränser. I landstinget i Jönköpings län kommer därför uppföljningen av detta att prioriteras.

Även följsamheten till överenskomna prioriteringar är sannolikt varierande. Ibland tolkas detta som uttryck för konflikten mellan att vara patientföreträdare och att vara organisationsföreträdare. Detta är dock en allvarlig förenkling. I fråga om prioriteringar kan insatser för lågt prioriterade patienter innebära att vården för patienter med större behov äventyras. Mot bakgrund av detta motiverar inte läkaretiken en oreflekterad hållning som ”patientföreträdare”, eftersom läkarens tid och resurser också ska räcka till nästa patient och nästa etc. Läkare är individer och reagerar på andra förhållanden än just objektiva indikatorer på sjukdom och kunskap om beprövad diagnostik och terapier. Läkaren är också en person som fattar större eller mindre sympati för vissa patienter.

Sjukvården är ingen myndighet. Medborgare har därför inte rätt till en viss tjänst och kan heller inte överklaga långa väntetider. Kravet ligger i stället på hälso- och sjukvården som har en skyldighet att ge medborgarna en god vård på lika villkor. Dessutom sägs uttryckligen att den som har störst behov av vård ska ges företräde.

Öppna prioriteringar och en större tydlighet kring vad som ska ingå i det offentliga åtagandet skulle vara ett stort stöd för läkarkåren i detta arbete.

Möjligheten att uppnå länsövergripande vertikala prioriteringar tåmpas med flera hinder. För det första finns inget forum som är tydligt avsett för att skapa dessa. De länsvisa medicinska programgrupperna har inget sådant uppdrag. Sjukvårdsregionens medicinska programgrupper visar på stor variation i intresse och resultat avseende gemensamma prioriteringar. Genom de regionala medicinska programgrupperna har landstinget har i viss utsträckning utnyttjat Östergötlands erfarenheter, men utan att prioriteringsarbetet fått ett reellt fäste i det egna landstinget.

Prioriteringsarbetets paradoxer

Prioriteringsarbetet syftar till att säkerställa att sjukvårdens patienter får vård på lika villkor och att behovet av vård ska vara styrande. Det ska också leda till att verksamheten bättre hanterar konflikten mellan ambitioner, eller vad som är medicinskt möjligt, och begränsade resurser.

Det paradoxala är dock att Riksdagens prioriteringsbeslut sannolikt bidragit till att höja kostnaderna för vården. Detta skedde framför allt genom att den palliativa vården, och även rehabiliteringen, lyftes fram samtidigt som egentligen ingenting annat prioriterades ner. I samband med att Socialstyrelsen utfärdade de nationella riktlinjerna för kranskärslssjukvården höjdes ribban för denna del av sjukvården. Kostnaderna ökade med cirka 400 mkr i ett nationellt perspektiv. Det hänger bl a samman med att den tidigare strategin vid instabil angina pectoris – att vänta och se – i stort sett övergavs och den totala volymen av tidiga angiografier och samtidigt ballongvidgningar ökade. Vad som är en effekt av riktlinjer och vad som är en effekt av ny metodik i sig kan vara svårt att urskilja. Nuvarande riktlinjer för hjärtsjukvården har dock, till skillnad från tidigare, kompletterats med ett beslutsunderlag för prioriteringar.

Prioriteringsstödjande nationella riktlinjer

Flera intervjuade uttrycker en viss oro för att de nya nationella riktlinjerna för diagnostik och behandling av olika sjukdomsgrupper kommer att öka kostnaderna. Skälet till detta är att riktlinjerna tar fasta på den bästa tillgängliga behandlingen. Kostnadseffektiviteten kommer i första hand in i bilden endast om jämförda behandlingar ger likvärdigt resultat. En förändring i Socialstyrelsens senaste riktlinjer, t ex för hjärtsjukvården, är att olika sjukdomstillstånd/behov av behandling också rangordnas. Detta innebär att de nationella riktlinjerna nu blir ett direkt kunskapsstöd även i prioriteringshänseende. Nationella riktlinjer finns dock fortfarande endast för ett fåtal sjukdomsgrupper.

Beslutsfattarnas blygsamma roll i landstingets prioriteringsarbete motsvaras av ett problem i nuvarande arbete med medicinska riktlinjer och prioriteringar. Hittills har i första hand konsensusgrupper inom professionen arbetat för att beskriva ”state of the art” och utifrån starka krav på evidens rangordna lämpliga behandlingar. Den politiska och administrativa nivån, t ex hälso- och sjukvårdsdirektörer och sjukhuschefer, kommer i princip inte in i processen förrän riktlinjerna publicerats. Vid denna tidpunkt har praxis redan mer eller mindre förändrats, delvis p g a konsensusgrupperna, men

framför allt på grund av den medicinska utvecklingen. Socialstyrelsen avser att utveckla arbetsformerna när nationella medicinska riktlinjer och prioriteringar utarbetas genom att pröva i vilken mån och på vilket sätt förtroendevalda och ledande tjänstemän ska följa detta arbete.

Förslag

Sammanfattningsvis finns goda skäl för landstinget att överväga hur arbetet med att skapa öppna prioriteringar ska utvecklas. Följande delar kan prövas:

- En sammanhållande strategi och en handlingsplan, som knyter ihop arbetet med vertikala och horisontella prioriteringar och som ger sjukvårdsområden och specialiteter tydliga uppdrag att genomföra arbetet. Det är viktigt att detta koordineras med de regionala medicinska programgruppernas arbete. Ett sådant arbete kräver dock tydligare direktiv från Samverkansnämnden kring prioriteringar
- Lyft prioriteringsfrågorna till den politiska nivån. Ett sätt kan vara att skapa en politisk representation i etiska rådet eller skapa en kommitté under styrelsen.
- Skapa en kommunikationsstrategi som syftar till att förankra behovet framtida nödvändiga prioriteringar bland samtliga intressenter – patienter/befolkning, profession och förtroendevalda
- Skapa större tydlighet i och mellan de olika medlen att klara att klara en verksamhet och ekonomi i balans:
 - Effektiviseringar (struktur- respektive processförbättringar)
 - Prioriteringar
 - Skattehöjningar/avgiftshöjningar