



Svenska
Läkaresällskapet

Yttrande rörande utredningen *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet* (Dir 2024:50)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

Utredningen *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet* (Dir 2024:50) (Utredningen) planerar att den 2 januari 2025 lämna förslag på statliga engångsinsatser för att minska väntetider och korta köer. Förslagen kommer att formuleras i ett pm. SLS, i Utredningen representerat av Niklas Ekerstad, har i skrivande stund inte tagit del av pm:et.

SLS anser att bristande tillgänglighet i vården är ett stort problem, men att lösningen är komplex och kommer att kräva en mångfald insatser över tid. SLS har tidigare uttryckt kritik mot engångssatser, såsom satsningar för att förkorta köer, då de i allmänhet hotar våra etablerade prioriteringsprinciper genom att införa incitament som riskerar att bryta mot framför allt behovs- och solidaritetsprincipen. I detta skede av utredningen har vi inte tillgång till tillräckligt med information om de slutgiltiga rekommendationerna från utredningen för att kunna bedöma om förslagen leder till olyckliga undanträngningseffekter, men kommer att aktivt bevaka detta.

SLS önskar även lämna principiella synpunkter på förutsättningarna för statliga engångsinsatser, baserat på (1) det aktuella kommittédirektivet, (2) information under Utredningens möte den 4 november, samt (3) SLS' tidigare ställningstaganden och analyser.

SLS anser sammanfattningsvis:

att insatser för förbättrad tillgänglighet och kortare väntetider, allt annat lika, är av godo, men att det är nödvändigt att definiera vilka tillstånd/åtgärder (vårdbehov) som i första hand skall prioriteras

att befintligt gap mellan vårdbehov och resurser i sjukvården medför att engångsinsatser, vid varje tidpunkt, kan hamna i konflikt med prioriteringsordningen och därmed underminera normsystemet för prioriteringar (prioriteringsplattformen) och medföra undanträngningseffekter

att engångssatser tydligt måste villkoras så att prioriteringsplattformen följs

att fördröjning av åtgärder (väntetider) för att tillgodose lindriga vårdbehov visserligen kan riskera att medföra försämring av tillstånd, men att risken för försämring i minst lika hög grad gäller fördröjd vård av medelsvåra och svåra tillstånd

att kompetens- och resursöverföring från vårdgivare som handlägger komplexa och svåra vårdbehov till vårdgivare som i första hand handlägger lindriga vårdbehov måste motverkas

att åtgärder som av SoS klassats som icke-göra bör utrangeras för att frigöra resurser (jämför Kloka Kliniska Val)

att riksdagens prioriteringsplattform är en del av gällande rätt och att den ska vara vägledande vid prioritering inom all hälso- och sjukvård, oberoende av driftsform

att hierarkin mellan prioriteringsplattformens etiska principer är grundläggande att följa, även när engångsinsatser planeras: 1) människovärdesprincipen, 2) behovs- och solidaritetsprincipen och 3) kostnadseffektivitetsprincipen

att de för Utredningen väsentliga termerna ”vårdbehov” och ”patientnytta” bör definieras i enlighet med prioriteringsplattformens förarbeten (se nedan under *Det ordinarie normsystemet för prioriteringar (prioriteringsplattformen)*)

SLS’ principiella synpunkter på förutsättningarna för statliga engångsinsatser (kommande pm)

Bakgrund

SLS har tidigare i olika sammanhang riktat kritik mot vårdgarantier och statliga engångsinsatser, såsom kömiljarder [1,2]. Liknande synpunkter har även framförts av andra aktörer, exempelvis Riksrevisionen, som konstaterar att vårdgarantier och kömiljarder riskerar att leda till undanträngning av större vårdbehov [3].

Statliga engångsinsatser inom hälso- och sjukvården 1) riskerar att underminera det ordinarie normsystemet för prioriteringar (prioriteringsplattformen) och därigenom orsaka undanträngningseffekter; 2) är i regel ineffektiva på längre sikt; samt 3) riskerar att skapa ökad administration och byråkrati.

Å andra sidan uppfattar SLS att sjukvårdsministern inför det aktuella uppdraget har betonat att förslag till åtgärder ska vara tydligt behovsbaserade, vilket SLS ser positivt på. Kommittédirektivet [4] indikerar en medvetenhet om risken för undanträngningseffekter, vilket är bra. Under Utredningens möte den 4 november påpekades vidare att det kommer att finnas viktiga skillnader i Utredningens förslag jämfört med i tidigare kömiljard-satsningar.

Det ordinarie normsystemet för prioriteringar (prioriteringsplattformen)

SLS uppfattar att riksdagens prioriteringsplattform utgör kärnan i det ordinarie normsystemet för prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård [5,6]. Prioriteringsplattformen inbegriper åtskilliga av sjukvårdens etiska kärnvärden, är demokratiskt väl förankrad, åtnjuter hög legitimitet hos befolkningen, och utgör en del av gällande rätt. Den ska vara vägledande vid

prioritering inom all hälso- och sjukvård, oberoende av driftsform [5,6], och dess giltighet har bekräftats i en rad utredningar och i olika instanser [7-11].

Prioriteringsplattformens etiska principer är i hierarkisk ordning: 1) människovärdesprincipen, 2) behovs- och solidaritetsprincipen och 3) kostnadseffektivitetsprincipen [5,6].

Apropå hierarkin mellan principerna konstateras i exempelvis Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) [6] respektive Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll SOU 2021:80 [10] följande:

”Att verksamheten bedrivs kostnadseffektivt får däremot aldrig innebära att man underlåter att ge vård till eller försämrar kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra som är i liknande situation.” (Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60))

”Kostnadseffektivitetsprincipen (jfr 4 kap. 1 § HSL), är underordnad de båda andra principerna. Strävan efter en kostnadseffektiv verksamhet får alltså inte innebära att sjukvården nekar vård till eller försämrar vårdens kvalitet för de mest behövande.” (SOU 2021:80)

Det är även väsentligt att termerna ”vårdbehov” och ”patientnytta” definieras i enlighet med prioriteringsplattformens förarbeten [5,6]. Vägledning ges även i den nationella modellen för prioriteringar [12].

Vårdbehov definieras som en funktion av dels sjukdomstillståndets svårighetsgrad, dels den möjliga patientnyttan. Det är särskilt viktigt att identifiera vårdbehov hos svaga individer, särskilt de med nedsatt autonomi. Vårdbehov, ej efterfrågan, avgör (behov och efterfrågan följs inte alltid åt) prioriteringen. Man har inte behov av en åtgärd som inte kan göra nytta [5,6].

Av prioriteringsplattformens förarbeten framgår att ”patientnytta” avser nyttan för en enskild individ och att en renodlad utilitaristisk nyttoaggregering inte är förenlig med prioriteringsplattformen [5-7,13]. Den sammanlagda nyttan av att tillgodose ett större antal lindriga vårdbehov får inte överflygla nyttan av att tillgodose svåra vårdbehov hos relativt få patienter. Patientnytta ska i första hand ses från individens och inte kollektivets perspektiv.

SLS uppfattar även att normsystemet för prioriteringar är överordnat normsystemet för andra logiker, som vårdgarantier och körkortningsinsatser [14,15]. Engångssatsningar måste därmed tydligt villkoras så att prioriteringsplattformen följs. Hierarkin mellan prioriteringsplattformens etiska principer måste betonas tydligt, även när det kommer till engångsinsatser, såsom satsningar för att förkorta köer.

En annan nyckelaspekt är att komplexiteten hos vårdbehoven inom sjukvården är generellt hög och professionellt baserade individuella bedömningar, på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet, av patienter är centrala.

I Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) [5] konstateras att ”Varje fall är unikt och måste bedömas utifrån den enskilda patientens behov och de unika förutsättningarna i just den situationen, men med vägledning av genomtänkta etiska grundprinciper.”

I ”Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin (SoS) [9]: ”Individuella bedömningar: Den som tillämpar modellen i det dagliga arbetet, på patientnivå, behöver bedöma varje patient individuellt. Detta eftersom en patients vårdbehov kan skilja sig från den patientgrupp den tillhör.”

SLS anser att det finns anledning att öka utbildningsinsatserna kring prioriteringsplattformens tillämpning till hälso- och sjukvårdspersonal samt aktörer på administrativ och politisk nivå. Åtgärder som av SoS klassats som icke-göra bör utsträmmas för att frigöra resurser. Vidare bör behov av forskning och kompetensförsörjning (särskilt fortbildning) tillgodoses även vid engångsinsatser.

Tillgänglighet och engångsinsatser för att korta köer

Insatser för förbättrad tillgänglighet och kortare köer är, allt annat lika, av godo. Det är dock nödvändigt att definiera *vilka tillstånd/åtgärder (vårdbehov)* som i först hand skall prioriteras. Nödvändiga frågor att ställa är: Tillgänglighet för vilka behov och för vilka patientgrupper? Vilka köer och väntetider är det som i första hand ska kortas? Givet befintligt gap mellan vårdbehov och resurser, är generellt ökad tillgänglighet inte förenlig med prioriteringsplattformen. Det kan uppstå konflikter mellan insatser som utan beaktande av vårdbehov minskar väntetider och exempelvis värdet av att låta störst vårdbehov gå först [1-3]. Risken för undanträngning av svåra och/eller komplexa vårdbehov är därmed påtaglig.

Det är grundläggande att i första hand medicinska behov och inte enbart och rigtigt tidsramar används som prioriteringsmekanism [5,6]. Visserligen kan tillstånd hos individer med relativt sett lindriga vårdbehov försämrats på grund av långa väntetider. Men detsamma gäller i minst lika hög grad för köställda individer med måttliga-stora vårdbehov. Engångsinsatser, som baseras på andra logiker än prioriteringsplattformen och dess fokus på medicinska behov, bedömda enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, riskerar att leda till avvikelser från prioriteringsplattformen. I vissa fall kan dessa avvikelser få konsekvenser för patientsäkerhet.

Tidigare, frekvent framförda, förhoppningar att engångsinsatser i sjukvården riktade mot lindriga behov skulle kunna frigöra resurser som skulle kunna användas för individer med stora och komplexa vårdbehov, finns det knappast empiriskt stöd för. Snarare tenderar effekterna att bli de motsatta, då andra logiker än ”störst vårdbehov går först” bekräfts. Dels urholkas prioriteringsplattformens logik, dels finns risk för kompetens- och resursöverföring från vårdgivare som handlägger komplexa och svåra vårdbehov till vårdgivare som i första hand handlägger lindriga vårdbehov [1-4]. Vidare kan nämnas att engångssatsningar har associerats med ökande administration med tillhörande kostnader samt avtalsrelaterad byråkrati.

Vid engångsinsatser måste även andra åtgärder än operationer kunna beaktas. Även behov av diagnostiska insatser samt ny- och återbesök ska tas med i beräkningen (hela vårdkedjan). I annat fall riskerar i synnerhet behov hos sköra äldre individer [16] med komplexa vårdbehov att trängas undan. SLS vill även betona att det finns andra värden än tillgänglighet som är viktiga: att vården baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, kvalitet, effektivitet, legitima medicinska prioriteringar, kontinuitet samt en särskild förpliktelse att lyfta upp behov hos individer med nedsatt autonomi.

Referenser

1. Svenska Läkaresällskapet. Remissvar. Vägen till tillgänglighet SOU 2021:59 (S2021/05439/FS).
2. Svenska Läkaresällskapet. Remissvar. Vägen till ökad tillgänglighet SOU 2022:22 (S2022/02635/FS).
3. Riksrevisionen. I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer. Granskningsrapport. RiR 2023:12.
4. Socialdepartementet. Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet. Kommittédirektiv. Dir 2024:50.
5. Vårdens svåra val, SOU 1995:5.
6. Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
7. SMER. Bilaga till beslut av Statens medicinsk etiska råd (S 1985:A) den 23 januari 2009, Dnr 03/09. Om Prioriteringscentrums förslag till ny etisk plattform för prioriteringsbeslut inom hälso- och sjukvården.
8. Riksrevisionen. Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen 2014:22.
9. Socialstyrelsen. Nationella principer för prioritering av rutinsjukvård under covid-19-pandemin. Kunskapsstöd för att utveckla regionala och lokala riktlinjer. Socialstyrelsen 2020.
10. SOU. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. SoU 2021:80.
11. Socialstyrelsen. Vårdens prioriteringar i krig och fredstida katastrofer. Kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens beredskap. Rapport. Stockholm 2022.
12. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso-och sjukvård: ett verktyg för rangordning: Linköpings universitet; 2017.
13. Ottosson JO. Vård efter behov eller maximerad hälsa? Läkartidningen. 2007;104:3213.
14. Socialdepartementet. Lagrafsremiss. Patientlag. Socialdepartementet. Stockholm 2014.
15. Vahlne Westerhäll L, Ekerstad N. Vårdgaranti vs prioriteringar – hur följer vården lagen? Läkartidningen. 2019;116:FMM7.
16. Ekerstad N, Cederholm T, Boström A-M et al. Clinical frailty scale – skörhet är ett sätt att skatta biologisk ålder Läkartidningen. 2022;119:22040.

Niklas Ekerstad, ordförande Delegationen för medicinsk kvalitet, Svenska Läkaresällskapet