

PM 2025:4

Nära vård och horisontella prioriteringar

Analys av centrala faktorer för nära vård ur ett
prioriteringsperspektiv

Vård- och omsorgsanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vård- och omsorgsanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från www.vardanalys.se. Där kan även Vård- och omsorgsanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

ISBN: 978-91-89933-24-8

www.vardanalys.se

Nära vård och horisontella prioriteringar

Analys av centrala faktorer för nära vård ur ett
prioriteringsperspektiv

Beslut

Beslut om den här promemorian har fattats av generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam. Utredaren Siri Bokvist har varit föredragande. Tillförordnade analyschefen Marianne Svensson och tillförordnade projektdirektören Daniel Zetterberg har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2025-01-31

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Siri Bokvist
Föredragande

Förord

Det pågår en omställning i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Målen med omställningen är bland annat att primärvården ska vara navet i vården och att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Regeringen har dessutom angett tre inriktningsmål för omställningen: ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen. Vi har gjort flera delstudier för att belysa omställningen ur olika perspektiv.

Som en del i vårt arbete vände vi oss till Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet och forskarna Lars Sandman och Eva Arvidsson. De har på vårt uppdrag analyserat hur omställningen till en nära vård förhåller sig till den etiska plattformen samt vilka prioriteringar och målkonflikter som aktualiseras av omställningens mål.

Den här promemorian är redovisningen av arbetet och är ett underlag till Vård- och omsorgsanalys rapport till regeringen *Omtag för omställning* (Rapport 2025:1). Med promemorian vill vi presentera ett kunskapsunderlag som kan bidra till ökad medvetenhet och fortsatt diskussion om prioriteringar inom hälso- och sjukvården i allmänhet och i relation till omställningen till en god och nära vård i synnerhet. Målgruppen är beslutsfattare på olika nivåer inom hälso- och sjukvården. Promemorian är Prioriteringscentrums resultatredovisning av studien i sin helhet och författarna står själva för innehållet.

Stockholm mars 2025

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Sammanfattning

Under 2023 fick Prioriteringscentrum i uppdrag från Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys att analysera hur omställningen till nära vård förhåller sig till prioriteringar. Resultatet är den här rapporten som belyser de komplexa etiska överväganden och målkonflikter som kan uppstå vid omställningen till nära vård. Analysen bygger på underlagen i omställningen till nära vård (regeringens proposition 2019/20:164 samt överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner).

Enligt propositionen innebär nära vård att vården ska finnas nära patienterna både geografiskt och i förhållande till patientens behov och önskemål. Målet med omställningen till nära vård är att stärka primärvården, förbättra vårdens effektivitet och skapa en jämlik och mer personcentrerad vård. En omställning till nära vård kräver förändringar i vårdens organisation, finansiering och arbetsmetoder. Underlagen beskriver också hur målen för omställningen ska uppnås genom att fokusera på förebyggande insatser, tidig upptäckt och behandling, ökad samordning mellan olika vårdnivåer och digitala lösningar. Förbättrad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet är nyckelbegrepp. Där ligger också fokus för rapportens analys.

Den etiska plattformen med sina tre principer (SOU 1995:5, 1995), samt den nationella modellen för prioritering (Prioriteringscentrum, 2017) är utgångspunkterna för den etiska analysen. Människovärdesprincipen nämns inte underlagen, utöver de allmänna skrivningarna när man refererar till hälso- och sjukvårdslagen och skriver att vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen. Behovs-solidaritetsprincipen tolkas i den nationella modellen för öppna prioriteringar (förkortat nationell modell) som en kombination av tillståndets svårighetsgrad och patientnyttan av insatserna, det vill säga ju svårare tillstånd och ju större nytta av en insats, desto större behov. Underlagen för nära vård saknar en explicit diskussion om det, men nämner på flera ställen att ”behovsprincipen” ska gälla. Kostnadseffektivitetsprincipen nämns inte heller explicit, men propositionen tydliggör målet om att vården ska vara kostnadseffektiv.

I underlagen tas prioriteringar upp i mycket begränsad utsträckning. Man nämner att nära vård med ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet ska utgå från behov, det vill säga de som har stora behov ska få insatserna i större utsträckning. Men underlagen specificerar inte vilka grupper som kan prioriteras lägre om resurserna inte räcker till allt.

I Prioriteringscentrums analys tar vi upp att de resurser som används för att öka tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet innebär alternativkostnader, det vill säga resurser som används till (något av) dessa ändamål kan inte användas till andra vårdinsatser. Enligt den etiska plattformen kan en högre alternativkostnad accepteras för att åtgärda stora behov jämfört med små behov, men det kräver nya resurser eller omprioriteringar från andra delar av vården.

Prioriteringscentrum tar också upp några möjliga målkonflikter i sin analys:

- **Högt prioriterade patientgrupper ställs mot lågt prioriterade patientgrupper.** Insatser för att öka tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet för vissa patientgrupper skulle kunna få en undanträngningseffekt eller negativt påverka vården för högre prioriterade grupper. Framför allt ökar risken om man ökar tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet för patienter med lågt prioriterade behov och dessa insatser inte är kostnadsbesparande för systemet.
- **Patientperspektivet ställs mot systemperspektivet.** Enligt den etiska plattformen bör ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet prioriteras, så att patienter med stora behov får mer resurser. Samtidigt kan det ur ett systemperspektiv vara motiverat att förbättra dessa aspekter även för patienter med mindre behov, om det leder till en mer kostnadseffektiv användning av resurser på lång sikt.
- **Geografisk centralisering ställs mot geografisk närhet.** Av samhällsekonomiska skäl kan geografisk centralisering hamna i konflikt med högre tillgänglighet genom större geografisk närhet.
- **Efterfrågan ställs mot behov.** Vården kan få svårt att välja mellan att erbjuda möjlighet att välja kontinuitet även om man har små behov och att vid resursbrist reservera kontinuitet för dem med stora behov.
- **Jämlik vård ställs mot valfrihet.** Möjligheten att välja vårdcentral kan innebära att personer med en viss behovsnivå får en insats på en vårdcentral men inte på en annan. Skälet kan vara att vissa vårdcentraler gör en ”hårdare prioritering”, eftersom det är brist på personal eller andra resurser.
- **Tillgänglighet ställs mot kontinuitet.** Möjligheten att snabbt få kontakt med vården ställs mot möjligheten att få träffa den man brukar träffa och som kanske inte har möjlighet att ge till exempel en besökstid direkt.

Jämlik vård handlar om att dels få jämlika förutsättningar eller möjligheter för att tillägna sig vård, dels om jämlik hälsa, det vill säga resultatet av vården. Socioekonomisk bakgrund, kön, ålder, etnicitet eller bostadsort ska inte påverka möjligheten att få vård. Samtidigt påverkas patienters möjligheter att få tillgång till och dra nytta av vårdtjänster av en rad faktorer. Några exempel är geografiska skillnader och sociala skillnader i till exempel utbildningsnivå och inkomst.

Analysen pekar på utmaningarna med att skapa geografisk jämlikhet i form av tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet på grund av olika geografiska förutsättningar. Till exempel finns det skillnader i avstånd och tillgång på ekonomiska resurser och personal. Att säkerställa att resurser fördelas på ett sätt som också tar hänsyn till underprivilegierade grupper är en utmaning. Enligt den etiska plattformen bör mer resurser läggas på att främja hälsa ju större behoven är. För att åstadkomma jämlikhet kan det finnas behov av kompensatoriska åtgärder som blir mer motiverade ju större behov det handlar om. Det gäller både för tillgänglighet och kontinuitet samt delaktighet. I praktiken måste man också se till hela individens hälsa, och inte endast enstaka definierade åtgärder för specifika tillstånd. Det gör att det kan vara svårt att följa den nationella modellen.

Tillgänglighet i vården innebär att patienter snabbt och enkelt ska kunna få tillgång till vårdtjänster när de behöver det. Hinder för tillgänglighet kan vara långa väntetider, brist på vårdpersonal och geografiska begränsningar. Det finns ett behov av att minska väntetider och förbättra tillgången till vård, särskilt i glesbygdsområden och för sårbara grupper. Även tillgänglighet kan förbättras genom att öka resurserna för vårdpersonal, lokaler och utrustning samt införa telemedicinska tjänster. En hög tillgänglighet är också viktig för att minska belastningen på akutsjukvården.

Tillgänglighet har en alternativkostnad och det behöver tydliggöras vilka patientgrupper som i första hand ska få förbättrad tillgänglighet. En målkonflikt kan uppstå mellan att erbjuda tillgänglighet till dem med störst behov jämfört med att använda tillgänglighet som ett medel att styra vårdsökande bort från sjukhusens akutmottagningar genom att erbjuda god tillgänglighet i primärvården till dem med små behov.

Kontinuitet i vården innebär att patienter får träffa samma vårdgivare över tid, vilket bidrar till bättre vårdresultat, högre patienttillfredsställelse och effektivare vård. Det är viktigt med kontinuitet, särskilt för patienter med kroniska sjukdomar eller komplexa vårdbehov. Kontinuiteten kan förbättras både genom hur arbetet organiseras och genom att förbättra arbetsmiljön för att minska personalomsättningen. Fast läkare och fast vårdkontakt ska erbjudas till dem som behöver – men också till dem som vill.

Enligt de prioriteringsetiska principerna bör de med störst behov få bäst kontinuitet. Samtidigt är kraven på kostnadseffektivitet störst för dem med minst behov. Det innebär en potentiell konflikt mellan patienternas och systemets perspektiv om vilka grupper som bör få högst kontinuitet. För kontinuitet gäller också att "hela personen" måste få kontinuitet, inte bara vissa tillstånd och åtgärder hos personerna. Det gör det svårt att följa den nationella modellen. För tillgänglighet och kontinuitet finns en målkonflikt, eftersom krav på snabb tillgång till vård kan innebära att patienter träffar olika vårdgivare vid varje besök. Det omvända blir också en målkonflikt om god kontinuitet innebär att man får vänta på att träffa rätt vårdpersonal.

Delaktighet innebär att patienter ska vara delaktiga i beslut som rör deras vård. Det handlar om att stärka patientens roll och inflytande i vårdprocessen. I propositionen beskrivs delaktighet som patientens möjlighet att dels påverka vårdens innehåll, dels få egenvård. Personcentrerad vård är ett sätt att skapa delaktighet. Patientkontrakt beskrivs som en väg till förbättrad patientcentrering.

Det kan finnas en målkonflikt mellan att öka delaktigheten och att säkerställa jämlik vård för alla, eftersom inte alla patienter har samma förutsättningar att vara delaktiga. Egenvård sker på eget ansvar och kräver förmåga och vilja. Ur ett samhällsperspektiv kan mer egenvård leda till minskade kostnader. Vid mindre behov (och lindrigare tillstånd) är i regel egenvård enklare för patienten och dessutom lägre prioriterat. Därför kan man ställa större krav på egenvård vid mindre behov.

Förebyggande insatser kan syfta till att främja hälsa, förhindra specifika sjukdomar, upptäcka sjukdomar tidigt och förhindra försämring eller komplikationer av redan etablerade sjukdomar. Primärvården har en viktig roll i det förebyggande arbetet och detta lyfts fram i propositionen. Preventiva insatser sker både på befolkningsnivå, till exempel samarbete med skola och civilsamhälle, och på individnivå, till exempel specifika insatser

som vaccinationer liksom stöd för livsstilsförändringar. I propositionen framgår att det förebyggande arbetet ska främja jämlik hälsa och bidra till att hantera framtida resursutmaningar i vården.

I analysen påpekas att trots att insatser kan spara resurser långsiktigt, kan vinsterna i form av minskad sjuklighet och dödlighet inte användas förrän i framtiden. De är dessutom ofta svåra att alls hämta hem för primärvården. Därför behövs, trots sparade resurser på längre sikt, en prioritering av patienter, där de med stora behov i första hand får preventiva insatser i primärvården. Insatserna bör därför särskilt riktas mot de grupper som har sämst hälsa och med extra resurser vid funktionsvariationer för likvärdig vård.

En aspekt till av förebyggande insatser är att de måste balanseras mot risken att behandla för många i onödan, vilket kan medföra biverkningar och onödig resursförbrukning. När man ser tillbaka på fall där tidig behandling kunde ha förhindrat sjukdom glömmar man ofta bort att många med tidiga symptom aldrig utvecklar någon sjukdom.

Sammanfattningsvis kräver balansen mellan tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet noggranna prioriteringsanalyser och tydliga riktlinjer på alla nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet. Beslutsfattare måste väga patientperspektivet mot systemperspektivet, och göra avvägningar för att säkerställa att vården är jämlik, effektiv och personcentrerad.

Innehåll

1	Bakgrund	11
1.1	Rapportens disposition.....	12
2	Den etiska plattformen för prioriteringar	13
2.1	Människovärdesprincipen	13
2.2	Behovs-solidaritetsprincipen	13
2.3	Kostnadseffektivitetsprincipen.....	14
2.4	Vår tolkning av den etiska plattformen	14
2.5	Horisontella och vertikala prioriteringar.....	15
2.6	Olika perspektiv.....	16
2.7	Hur lång är horisonten och hur ska resurserna fördelas utifrån en prioritering? ...	17
2.8	Ransonering.....	17
2.9	Nationell modell för öppna prioriteringar	17
2.10	Förslag till modell för horisontella prioriteringar	18
2.11	Den etiska plattformen för prioriteringar i förhållande till politiska mål	18
3	Övergripande mål för omställningen till nära vård	20
3.1	Nära vård och dess syfte	20
3.2	Vad framgår från underlagen gällande prioriteringar?	20
3.3	Analys	22
4	Jämlikhet	27
4.1	Inledning om jämlikhet	27
4.2	Jämlikhet i underlagen	28
4.3	Analys av jämlikhet i relation till etisk plattform	28
5	Tillgänglighet	31
5.1	Inledning om tillgänglighet.....	31
5.2	Tillgänglighet i underlagen	32
5.3	Analys av tillgänglighet i relation till etisk plattform	33
6	Kontinuitet	39
6.1	Inledning om kontinuitet	39
6.2	Kontinuitet i underlagen	40
6.3	Analys av kontinuitet i relation till den etiska plattformen.....	42

7 Delaktighet	46
7.1 Inledning om delaktighet	46
7.2 Delaktighet i lagstiftningen	47
7.3 Delaktighet i underlagen	48
7.4 Analys av delaktighet i relation till den etiska plattformen.....	49
8 Förebyggande insatser	55
8.1 Inledning om förebyggande insatser	55
8.2 Förebyggande i underlagen	56
8.3 Analys av förebyggande insatser i relation till den etiska plattformen.....	57
9 Sammanfattning och slutsatser	59
9.1 Vägledning för horisontella (och vertikala) prioriteringar	59
9.2 Målkonflikter som aktualiseras	60
9.3 Var bör analys och beslut om prioritering ske?	61
9.4 Verksamhets- och systemperspektiv	62
9.5 Behov av ytterligare vägledning	62
10 Referenser	64
Bilaga	67

1 Bakgrund

Under 2023 fick Prioriteringscentrum i uppdrag från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att analysera hur omställningen till nära vård förhåller sig till ett prioriteringsperspektiv. De frågor som beskrevs i uppdraget var följande:

1. Vilken vägledning finns i regeringens beskrivning av omställningen när det gäller horisontella prioriteringar i relation till omställningens mål?
2. Vilken vägledning finns i regeringens beskrivning av omställningen när det gäller vertikala prioriteringar i relation till omställningens mål?
3. Vilka målkonflikter aktualiseras i regeringens beskrivning av omställningen?
4. Inom vilka områden finns det störst behov av ytterligare vägledning när det gäller prioriteringar och hur olika mål inom omställningen ska balanseras mot varandra?

Frågorna skulle belysas teoretiskt genom analys av de förarbeten och statliga överenskommelser som ligger till grund för omställningen till nära vård. De dokument som ingår i vår analys är regeringens proposition 2019/20:164 och de sex överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2019–2024 (Socialdepartementet, 2019a, 2019b, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024). I rapporten refererar vi till propositionen och överenskommelserna som ”underlagen”. När vi refererar till ”propositionen” avser vi regeringens proposition 2019/20:164, om inte annat anges.

Vid en första genomläsning blev det tydligt att underlagen inte ger några fördjupade resonemang om prioriteringar, och vi får inget direkt svar på våra frågor. För att skapa en tolkningsram för analysen, har vi därför valt att utgå från de centrala målen för omställningen till nära vård och analysera hur de skulle förhålla sig till den etiska plattformen för prioritering utifrån hur den tolkas och tillämpas i praxis (Socialdepartementet, 1997). Det innebär att vi valt en mer normativ ansats, i bemärkelsen att vi försökt tolka hur de centrala målen borde förhålla sig till prioriteringar om vi tar den etiska plattformen på allvar och utgår från de skäl som krävs för att det ska vara motiverat att göra avsteg från den etiska plattformen. Med utgångspunkt i den tolkningsramen har vi läst propositionen de överenskommelser som ligger till grund för omställningen. Vid läsningen har vi fokuserat på de delar som berör prioriteringsfrågor i vid bemärkelse. I de korta sammanfattningarna av avsnitt ur propositionen och överenskommelserna som vi har med i rapporten gör vi inte anspråk på att vara heltäckande, utan tar upp de delar som vi anser bäst beskriver den aktuella frågan.

I rapporten har analysen fokuserat på hur prioriteringarna kan kopplas till omställningen till nära vård inom den regionala primärvården. Samtidigt bedömer vi att vår analys även kan vara relevant för den kommunala primärvården, eftersom det rör sig om mer principiella resonemang. Men vi betonar att det kan krävas vissa justeringar, eftersom förutsättningarna för den regionala och kommunala primärvården delvis ser olika ut. De centrala målen eller aspekterna som berörs i rapporten är tillgänglighet, kontinuitet, delaktighet, jämlikhet och förebyggande insatser.

1.1 Rapportens disposition

Rapporten inleds med en beskrivning av den etiska plattformen och dess tillämpning i praxis. I nästa kapitel beskriver vi övergripande de centrala målen för omställningen och hur de generellt skulle kunna tolkas utifrån den etiska plattformen. Därefter går vi in mer i detalj på hur målen för jämlikhet, tillgänglighet, kontinuitet, delaktighet och förbyggande insatser kan tolkas i relation till den etiska plattformen, för att ge vägledning om hur mål bör tolkas utifrån den etiska plattformen och vilka målkonflikter som kan aktualiseras.

I varje kapitel om de centrala målen beskriver vi först olika sätt att förstå respektive mål och beskriver hur underlagen kopplar målen till prioriteringar. Därefter gör vi en tolkning av de olika förståelserna av målen ur ett prioriteringsperspektiv med hjälp av vår tolkningsram. Varje kapitel presenterar en punktvis sammanfattning av de viktigaste slutsatserna.

I ett avslutande kapitel sammanfattar vi analysen och återkommer till frågorna.

2 Den etiska plattformen för prioriteringar

År 1995 publicerade den parlamentariska utredningen om hälso- och sjukvårdens prioriteringar sitt slutbetänkande. Där föreslog man tre etiska principer för att vägleda fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser, vad som brukar kallas en etisk plattform (SOU 1995:5, 1995). Efter vissa justeringar i den efterföljande propositionen (1996/97:60) togs beslut i riksdagen om att infoga dessa i hälso- och sjukvårdslagen 1997 (Socialdepartementet, 1997). Sedan dess har arbetet med att tolka dessa principer och omsätta dem i prioriteringspraxis fortgått och ett tidigt resultat av det tolknings- och operationaliseringsarbetet var den så kallade nationella modellen för öppna prioriteringar. Modellen är ett praktiskt verktyg för att omsätta principerna i konkret vägledning (Prioriteringscentrum, 2017). I det här kapitlet presenterar vi principerna utifrån den tolkning som vi uppfattar vara vägledande i nuvarande praxis på myndighetsnivå och inom regioner.

Den etiska plattformen för prioriteringar består av tre principer som i propositionen (1996/97:60) formuleras på följande sätt:

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

2.1 Människovärdesprincipen

Människovärdesprincipen kan ses som en grundläggande likabehandlingsprincip vars främsta syfte är att peka ut vad vi *inte* bör ta hänsyn till vid prioriteringar, eller mer generellt, att vi inte bör låta irrelevanta faktorer vägas in vid prioriteringar. Explicit innebär principen att vi inte bör ta hänsyn till social situation eller funktion, ekonomisk situation, kronologisk ålder eller tidigare livsstil eller val. Däremot ger principen ett visst utrymme för att ta hänsyn till biologisk ålder och framtida livsstil eller val i den mån det påverkar behandlingsnyttan i det individuella fallet. Mer generellt kan principen sägas ge uttryck för att lika fall bör behandlas lika eller likvärdigt vid prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård.

2.2 Behovs-solidaritetsprincipen

Behovs-solidaritetsprincipen säger att vi bör fördela resurser efter behov. Behov tolkas som en kombination av svårighetsgraden hos tillståndet och patientnyttan av de insatser som

sätts in. Det sägs uttryckligen att vi inte kan ha behov av något vi inte kan få nytta av. Bedömningen av behov är en professionell bedömning, och även om patientens bedömning och delaktighet ses som viktig kan den inte avgöra prioriteringen av behovet. Patientlagen ger ett visst utrymme för att välja vård, men inom ramar som begränsas av resurstillgången:

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat. (Patientlagen, 2014:821).

Solidaritetsdelen av principen tolkas som att vi bör eftersträva dels lika möjligheter till vård, dels ett så likvärdigt utfall som möjligt. Likaså bör vi särskilt se till att ta tillvara intresset hos de grupper som själva har svårt att ge uttryck för sina behov.

Solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt, dvs. att alla skall nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Solidaritet innebär också att särskilt beakta behoven hos de svagaste. Hit hör bl.a. barn, åldersdementa, medvetslösa och andra som av olika skäl kan ha svårt att kommunicera med sin omgivning. Människor som inte kan ta tillvara sina rättigheter har samma rätt till vård som andra. (Socialdepartementet, 1997).

2.3 Kostnadseffektivitetsprincipen

Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad de andra principerna, och oenighet råder om exakt hur den ska tolkas. I praxis har tolkningen inneburit att man accepterar en större resursanvändning för att uppnå en viss patientnytta för svårare tillstånd, men bara upp till en viss gräns. Skälet är att det finns en alternativkostnad av all resursanvändning, det vill säga att samma resurs kunde ha använts för andra patienters behov.

2.4 Vår tolkning av den etiska plattformen

Vår tolkning av den etiska plattformen är att den ger uttryck för en rättvis- och jämlikhetssyn som innebär att det har större moraliskt värde att förbättra tillstånden för patienter med svårare tillstånd jämfört med att förbättra tillstånden för patienter med lindrigare tillstånd. Det innebär dock inte att patienter med svårare tillstånd har en absolut prioritet framför patienter med lindrigare tillstånd. Utan det krävs en avvägning mellan svårighetsgrad, patientnytta och den resursanvändning som krävs för att uppnå en viss patientnytta. Eftersom det övergripande syftet är att få en mer likvärdig hälsa i befolkningen, bör de prioriteringar som görs bedömas ur ett helhetsperspektiv. Vi bör fråga oss om de bidrar till att vi får ett mer rättvist utfall (enligt den synen) än alternativen. När vi

gör prioriteringar bör vi inte tillåta att irrelevanta aspekter vägs in. Och när vi ger en viss patientgrupp en viss prioritet, bör vi behandla likvärdiga patienter likvärdigt av jämlikhets-skäl. Utifrån den övergripande synen bedömer vi också att jämlikheten är viktigare ju högre prioritering behandlingen av en viss patientgrupp har. Uttryckt på ett annat sätt: Om vi inte kan tillfredsställa alla behov, finns det både skäl att ransonera lägre prioriterade behov och tillåta en större ojämlikhet vid lägre prioriterade behov än för högt prioriterade behov.

2.5 Horisontella och vertikala prioriteringar

När vi i praktiken ska genomföra prioriteringar behöver vi välja mellan olika åtgärder och insatser inom samma sjukdomsområde eller diagnosområde, och bestämma hur vi ska prioritera mellan dem. Det kallar vi ibland för *vertikala* prioriteringar.

Om vi i stället måste välja mellan åtgärder och insatser för olika sjukdoms- eller diagnosområden, brukar vi prata om horisontella prioriteringar. Det finns inga skarpa gränser mellan de två typerna av prioriteringar, eftersom det delvis beror på hur vi definierar ett sjukdoms- eller diagnosområde. De två typerna kan ändå fylla en viss funktion för att förklara vilken generell typ av prioritering vi avser.

I den här analysen uppfattar vi att vertikala prioriteringar framför allt aktualiseras indirekt, och att det är horisontella prioriteringar som är fokus. Skälet är dels att nära vård-omställningen handlar om större strukturer och inte om enskilda insatser inom ett specifikt diagnosområde, dels att det är primärvården som är navet i omställningen. Med tanke på primärvårdens breda uppdrag handlar prioritering framför allt om horisontell prioritering. I det följande kommer vi därför inte att beröra vertikala prioriteringar utan fokusera på horisontella prioriteringar. Det innebär också att vi när vi pratar om prioriteringar (utan bestämning) menar horisontella prioriteringar.

Det är också viktigt att betona, framför allt när det gäller horisontella prioriteringar, att de kan göras på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Om vi inför en insats för att förverkliga nära vård på en enskild vårdcentral, behöver vårdcentralen göra en horisontell prioritering mellan den insatsen och vårdcentralens övriga vårdinsatser och resurs-användning. Om resursramen för vårdcentralen är konstant, kommer det innebära en alternativkostnad och potentiell undanträngning av annan vård och andra insatser som hade kunnat genomföras inom ramen för den aktuella resursen. Samtidigt kan det vara en horisontell prioritering som är kostnadsbesparande eller innebär en mer kostnadseffektiv användning av tillgängliga resurser, utifrån ett vidare horisontellt perspektiv till exempel i relation till akutsjukvården. Ännu högre upp i systemet skulle man kunna betrakta vilka horisontella prioriteringar som aktualiseras mellan hälso- och sjukvårdssystemet och andra delar av samhällets välfärdsystem (och även till exempel i relation till näringsliv och privat konsumtion).

I rapporten kommer vi att försöka vara tydliga med dessa olika typer av horisontella prioriteringar på olika nivåer och deras konsekvenser.

2.6 Olika perspektiv

I propositionen (1996/97:60) tydliggör man att principiella prioriteringsbeslut fattas på gruppnivå. För individen fattas kliniska beslut av vårdpersonal i samråd med patienten, och besluten kan av olika skäl behöva avvika från de generella prioriteringsbesluten. Grunden i den etiska plattformen är alltså ett patientperspektiv, där patienter prioriteras högre ju större behov de har. Enligt kostnadseffektivitetsprincipen ska också kostnader vägas in och man accepterar då högre ”kostnad per nytta” (lägre kostnadseffektivitet) vid större behov. I regel räknar man i dessa sammanhang med hälso- och sjukvårdskostnader.

Samtidigt kan insatser för grupper med mindre behov vara kostnadseffektiva i ett större perspektiv än hälso- och sjukvård, om man ser till vinster också inom andra samhällssektorer. Då kan en mållkonflikt uppstå mellan att följa prioriteringsetiska principer och att värna om kostnadseffektivitet i samhället i stort. Dessutom uppstår frågan om hur en eventuell resursomfördelning kan ske. Man kan också tänka sig att det här större systemperspektivet i förlängningen gynnar patientperspektivet, eftersom sparade resurser kan tänkas komma patienter med stora behov till godo och också bidra till att skapa en hållbar hälso- och sjukvård över tid.

Samtidigt är det viktigt att betona att det som är kostnadseffektivt eller kanske till och med kostnadsbesparande ur ett systemperspektiv även om vi håller oss inom hälso- och sjukvården, samtidigt kan kräva prioriteringar på verksamhetsnivå där det uppstår kostnader för att göra en viss insats. Eftersom den totala andelen resurser vi lägger på hälso- och sjukvård är begränsad vid varje tillfälle, finns det alltid en alternativkostnad för hur vi använder våra resurser. I princip kan ju alternativkostnaden uppstå var som helst inom systemet. Till exempel hade de resurser vi använder inom en viss vårdcentral, i stället kunnat läggas på akutsjukvården, eller på administration, eller på en annan vårdcentral. Eftersom vi, åtminstone mer kortsiktigt, arbetar med budgetramar, kanske det mest närliggande är att se alternativkostnaden som det vi hade kunna använda resursen till i stället inom en viss budget. Samtidigt kan våra beslut få resurskonsekvenser även utanför ett specifikt budgetområde (exempelvis en vårdcentral), genom att det uppstår kostnader eller besparingar inom andra områden. Det beror på det specifika beslutet. Vissa beslut har bara konsekvenser inom den egna verksamheten, medan andra har konsekvenser för andra, närliggande, verksamhet. Ytterligare andra beslut kan ha konsekvenser för hela systemet eller på en högre systemnivå.

Kostnaderna för att nå målen i omställningen till nära vård kommer påverka andra vårdinsatser inom verksamheten. Eftersom det sällan sker direkta transfereringar av resurser för att täcka den typen av kostnader (framför allt så är det svårt att skala upp den personal som finns tillgänglig), får det uppenbarligen konsekvenser för den vård som trängs undan. Om det rör sig om större satsningar som förväntas bli kostnadsbesparande på systemnivå, finns det skäl att överväga resursflyttningar för att hantera det. I vår analys kommer vi återkomma till den aspekten när vi studerar omställningen till nära vård.

2.7 Hur lång är horisonten och hur ska resurserna fördelas utifrån en prioritering?

Ytterligare en fråga är hur långt de horisontella prioriteringarna sträcker sig. Ska man avgränsa till hälso- och sjukvård? Hur ska man då tänka om insatser utanför vården som påverkar hälsa, till exempel säkrare vägar (som förebygger skador och död i trafikolyckor) eller skatt på onyttiga varor? Borde de vägas mot insatser inom vården? Och ska alla komponenter i hälso- och sjukvården vägas mot varandra med samma måttstock i form av prioriteringsetiska principer? Barnhälsovård mot intensivvård och knäskador mot cancerbehandling?

Här kommer också perspektivet om en god vård för alla och viljan till en fortsatt solidarisk finansiering in, och behöver vägas mot prioriteringsetiken. Det väcker också frågan om hur resurser ska fördelas utifrån en viss prioritering. Om något är högre prioriterat, innebär det då att det ska vara fullt resurssatt innan man kan göra något på en lägre prioriterad nivå (Sandman, 2017)? Ska man följa de etiska principerna i plattformen strikt, så skulle det bli konsekvensen. Men det förefaller svårt att se att det skulle få acceptans hos medborgarna, eftersom det skulle riskera att stora delar av vården som nu riktar sig till mindre svåra tillstånd skulle behöva ransoneras.

Snarare förefaller det rimligt att tänka sig att förhållandevis mer av vårdens resurser ska fördelas till det som är högre prioriterat än till det som är lägre prioriterat. Det innebär att vi inte fullt ut kan ransonera lägre prioriterad vård för att frigöra resurser för högre prioriterad vård när vi gör en horisontell analys. Däremot kan det finnas skäl att se över hur resursfördelningen ser ut.

2.8 Ransonering

En grundfråga när det gäller prioritering av hälso- och sjukvård är hur man ska agera om resurserna inte räcker för att tillgodose alla behov, efter att vi gjort en rimlig fördelning av tillgängliga resurser. I första hand bör man förstå utmönstra icke effektiva metoder och avstå från onödiga insatser för att frigöra resurser samt hitta andra vägar att effektivisera vården. När det inte räcker, används den etiska plattformen för att avgöra vilka behov som i första hand ska tillgodoses, vilka som tillgodoses i viss utsträckning och vilka behov som inte alls tillgodoses, det vill säga ransoneras (Sandman och Tinghög 2011).

2.9 Nationell modell för öppna prioriteringar

Efter att den etiska plattformen blivit införd i hälso- och sjukvårdslagstiftningen, utvecklades en gemensam modell för att införa principerna som ingick i plattformen. Modellen fick namnet nationell modell för öppna prioriteringar och en första beskrivning publicerades 2007, därefter har modellen uppdaterats vid två tillfällen, senast 2017 (Prioriteringscentrum 2017). Modellen togs fram i samverkan mellan Prioriteringscentrum, myndigheter, dåvarande landstingen och professionsföreningar.

I modellen definieras ett prioriteringsobjekt (det som ska prioriteras) som en kombination av ett tillstånd och en åtgärd (tillstånds- och åtgärdspar). Prioriteringsobjekten ska sedan rangordnas (på en tiogradig skala) genom att väga in

- tillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens patientnytta (jämfört med alternativa åtgärder)
- åtgärdens kostnadseffektivitet (i relation till alternativa åtgärder)
- kunskapsunderlaget för att bedöma patientnytta och kostnadseffektivitet.

Under senare år har man också tydliggjort att patientnytta och kostnadseffektivitet delvis kan gå in i varandra, eftersom nyttan är en del av kostnadseffektiviteten. En rekommendation är därför att antingen värdera patientnytta och kostnad var för sig eller väga samman dem som kostnadseffektivitet.

2.10 Förslag till modell för horisontella prioriteringar

Under 2020 tillsattes en expertgrupp av Partnerskapet för kunskapsstyrning (ett samverkansorgan för nationell och regional kunskapsstyrning), för att utarbeta en modell som kan stärka arbetet med horisontella prioriteringar inom ramen för kunskapsstyrningen. Hösten 2023 presenterades en modell för horisontella prioriteringar som bygger vidare på den nationella modellen (Sandman & Arvidsson, 2023). Det viktigaste tillägget jämfört med den nationella modellen är att expertgruppen föreslår att man utöver de dimensioner som direkt motiveras av den etiska plattformen även bör väga in så kallade genomförbarhetsdimensioner. Det kan till exempel handla om hur införande av nya åtgärder, insatser och riktlinjer påverkar resten av systemet utifrån vilka resurser som krävs. Modellen skiljer mellan finansiella resurser och tidsresurser, där det senare kan bestå av personal och tillgång till infrastruktur som radiologisk utrustning och lokaler. Genom en fördjupad analys av hur det nya påverkar det existerande vårdutbudet, kan man bättre överväga om det är rimligt ur ett horisontellt perspektiv, det vill säga hur det påverkar systemet i sin helhet att prioritera en viss insats eller en viss uppsättning av insatser. I den horisontella analysen blir det viktigt att väga in sådant som storleken på patientpopulationen och därmed den totala påverkan på resurserna, vilket den etiska plattformen inte explicit tar hänsyn till.

2.11 Den etiska plattformen för prioriteringar i förhållande till politiska mål

I det här kapitlet har vi redogjort för en praxistolkning av den etiska plattformen för prioriteringar och några aspekter kopplade till den och dess tillämpning, framför allt inom hälso- och sjukvårdssystemet. Tolkningen baseras på lagstiftningen från 1997, som nu ingår i hälso- och sjukvårdslagen och sedan dess har tolkats och tillämpats inom svensk hälso- och sjukvård på olika nivåer. Samtidigt är det viktigt att betona att vi har en demokratisk politisk styrning av hälso- och sjukvården på både nationell och regional nivå. Det innebär att det politiska systemet kan fatta beslut om politiska mål eller inriktningar

som ligger utanför och kanske även kommer i konflikt med den etiska plattformen. Genom årens lopp har det ibland framförts kritik mot olika politiska förslag och regleringar och hur de strider mot eller åtminstone riskerar att strida mot den etiska plattformen, till exempel vårdvalssystem, vårdgarantier, privata sjukvårdsförsäkringar och satsningar på standardiserade vårdförlopp. Vi kan inte bedöma hur det ska ses ur ett lagstiftningsperspektiv. Däremot kan vi se att trots den kritik som ibland framförts, har det inte medfört några direkta åtgärder av juridisk karaktär, även om det ibland lett till en politisk diskussion och viss justering över tid (Riksrevisionen 2014). I vår analys pekar vi på spänningar mellan omställningen till nära vård och den etiska plattformen. Däremot ligger det utanför vårt mandat att uttala oss om hur man ska åtgärda sådana spänningar och om verksamheter kan prioritera att följa den etiska plattformen framför andra politiska förslag och mål. Vårt intryck är dock att den etiska plattformen, samt de normer och värderingar som kommer till uttryck därigenom, ligger nära hälso- och sjukvårdens eget etos.

3 Övergripande mål för omställningen till nära vård

3.1 Nära vård och dess syfte

Ett av syftena med ”den nära vården med primärvården som nav” är att patienterna i större utsträckning ska få ”en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan”. Primärvården ska stärkas och därmed bidra med tre grundläggande delar, som också den här rapporten fokuserar på:

- förbättrad tillgänglighet
- ökad kontinuitet
- ökad delaktighet.

En mer effektiv vård är enligt propositionen (2019/20:164) nödvändig för att klara framtidens utmaningar med fler kroniskt sjuka och ökad ojämlikhet i vården. Genom att uppnå ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet tänker man att förtroendet för hälso- och sjukvården ökar. Tillsammans med den ökade tillgängligheten bidrar det till att patienterna vänder sig till primärvården i stället för till sjukhusens akutmottagningar, vilket i sin tur leder till en effektivare vård och att akutsjukhusen avlastas.

Även ökat preventivt arbete ska bidra till en billigare och effektivare vård. Olika typer av digitala lösningar kan effektivisera vården, liksom kontinuitet som kan ”innebära stora effektivitetsvinster i form av effektivare arbetssätt”. Även delaktighet ska bidra till effektiviteten på olika sätt (se vidare kapitel 5 och 6).

För att reformeringen av primärvården ska bli möjlig krävs också enligt propositionen att vissa centrala förutsättningar är uppfyllda: kompetensförsörjning, digitalisering, samverkan mellan huvudmännen, en ändamålsenlig uppföljning av omställningen och att omställningen inte ska ske på bekostnad av akutsjukvården.

3.2 Vad framgår från underlagen gällande prioriteringar?

I propositionen skriver regeringen om vad som ligger till grund för omställningen till nära vård genom att hänvisa till 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (Hälso- och sjukvårdslag 2017:30): ”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.” Prioriteringar nämns alltså allmänt i och med att man skriver att den som har största behovet ska ha företräde.

Propositionen tar också upp kostnadseffektivitet genom att hänvisa till 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen: ”Offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet”. En annan skrivning är: ”Det ökande behovet av hälso- och sjukvård behöver också mötas på ett kostnadseffektivt sätt.”

Om tillgängligheten skriver regeringen tydligt i propositionen: ”Patienter ska ges vård efter behov och i rätt tid.” Ett annat exempel är: ”I arbetet med ökad tillgänglighet är det viktigt att tillgängligheten för delar av befolkningen inte tränger ut vård av grupper som har större behov och att den förbättrade tillgängligheten är kostnadseffektiv och långsiktigt hållbar.”

Kontinuitet kopplas inte lika tydligt till prioriteringar, men det står att graden av kontinuitet bör, som allt annat i vården, anpassas efter ”patientens behov, förutsättningar och preferenser.”

Delaktighet kopplas till prioriteringar i avsnittet om patientkontrakt, som man menar i första hand ska ”erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov”.

Generellt nämns på flera ställen behovsgrupper som består av personer med komplexa behov, som äldre och multisjuka eller personer med kroniska sjukdomar, barn och unga, personer med nedsatt autonomi och personer med en sämre socioekonomisk situation samt anhöriga och närstående.

I propositionen skriver regeringen om resursöverföring från sjukhus till primärvård utifrån finansiella medel men också kompetens, utbildning, lokaler och forskning: ”Resursöverföringen behöver ske stegvis och utan att patientsäkerheten äventyras eller att etiska principer, däribland behovsprincipen, inom hälso- och sjukvården åsidosätts.”

När det gäller hälsofrämjande och förebyggande arbete skriver man: ”Enligt de av riksdagen beslutade riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) delas vården in i fyra prioriteringsgrupper. I prioriteringsgrupp I ingår insatser av karaktären vård av livshotande akuta sjukdomar och svåra kroniska sjukdomar och i prioriteringsgrupp II ingår prevention och habilitering/rehabilitering. Prevention ska därmed prioriteras före t.ex. vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.”

Det finns också skrivningar om vad som bör prioriteras i både propositionen och i överenskommelserna mellan regionerna och SKR. Till exempel skriver man att det i gemensamma målbilder och strukturerad samverkan mellan regionerna och kommunerna är viktigt att prioritera det hälsofrämjande, förebyggande samt det habiliterande och rehabiliterande arbetet.

Kostnadseffektivitet nämns på många ställen utöver att man refererar till hälso- och sjukvårdslagen. Man skriver till exempel: ”Ur ett längre perspektiv vill regeringen framhålla att tidigare utredningar särskilt har pekat på att det är mer kostnadseffektivt att utföra vårdinsatser på primärvårdsnivå (se bland annat SOU 2016:2 s. 376 f. och SOU 2018:39 s. 365 f.) än på andra sjukvårdsnivåer” och ”Omställningen till nära vård och personcentrerade arbetsätt, med primärvården som nav, bedöms leda till en större kostnadseffektivitet på sikt.”

3.3 Analys

3.3.1 Stöd för prioritering i propositionen

Människovärdesprincipen

Människovärdesprincipen nämns inte i texten utöver de allmänna skrivningarna, när man refererar till hälso- och sjukvårdslagen och skriver att vården ska ges på lika villkor för hela befolkningen. På flera ställen återkommer vi till människovärdesprincipen i rapporten, eftersom det kan krävas olika kompensatoriska insatser för att nå grupper, som personer med nedsatt autonomi eller sämre socioekonomisk situation, för att kunna ge alla vård på lika villkor.

Behovs-solidaritetsprincipen

Behov tolkas, när det gäller prioriteringar, som en kombination av svårighetsgraden hos tillståndet och patientnyttan av de insatser som sätts in (se kapitel 2). Vi har dock inte hittat detta explicit i underlagen. I stället skriver regeringen i underlagen om ”behov” i allmänhet och nämner inte vilka insatser som behövs för patientgrupper med stora behov, som multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar. När vi fortsatt använder begreppet *behov* har vi försökt att vara konsekventa och tänka in både den aktuella patient- eller sjukdomsgruppens svårighetsgrad och nyttan av olika insatser som kan vara aktuella. På några ställen i underlagen framgår också att ”etiska principer, däribland behovsprincipen, inom hälso- och sjukvården” inte ska åsidosättas. Vi tolkar det som att man syftar på de principerna i den etiska plattformen och framför allt på behovs-solidaritetsprincipen.

Skrivningarna om prioriteringar i propositionen fastslår relativt tydligt att inte bara den direkta vården utan också tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet ska ges utifrån behov. Som vi uppfattar propositionen beskrivs dock oftast målen om både ökad tillgänglighet samt kontinuitet och delaktighet som något som gäller alla eller många patientgrupper. På flera ställen talar man också om att alla patienter själva ska få välja till exempel grad av kontinuitet och delaktighet, vilket innebär att även de med små behov kan välja. Vi hittar inte heller några exempel i propositionen på patientgrupper som kan prioriteras ner och inte få del av ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet (eller få det i lägre utsträckning) om resurserna inte räcker till allt för alla.

När det gäller hälsofrämjande, förebyggande och det habiliterande/rehabiliterande arbetet hänvisar propositionen till prioriteringsgrupperna I-IV (Prop. 1996/97:60). Prioriteringsgrupperna har under många år tonats ner i det nationella prioriteringsarbetet, bland annat från Socialstyrelsen och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket som i stället använder den nationella modellen (se kapitel 2). Det huvudsakliga skälet är att de grupperna blandar tillstånd och insatser på ett sätt som är otydligt. När det gäller prioritering av förebyggande insatser pågår en diskussion om hur man ska resonera om svårighetsgrad. Rapporten *Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård: Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar från 2023*

beskriver en delvis ny syn på prioritering av förebyggande insatser som också beskrivs kort i kapitel 8 (Sandman & Arvidsson, 2023).

Kostnadseffektivitetsprincipen

Kostnadseffektivitetsprincipen nämns inte heller explicit utom i anslutning till hälso- och sjukvårdslagen. Att målet är en effektiv vård framgår dock tydligt på många ställen i propositionen. Eftersom vi har fokus på hur omställningen påverkar patienters och medborgares vård, kommer vi tolka det som att man med effektiv vård menar detsamma som kostnadseffektiv vård i den fortsatta analysen.¹

3.3.2 Generell prioritering av tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet

Prioriteringar i vården bör alltså ske utifrån behov enligt de prioriteringsetiska principerna i den etiska plattformen och enligt metoden i den nationella modellen. Enligt den etiska plattformen ska insatser för patientgrupper med större behov prioriteras högre än patientgrupper med mindre behov. Behovet är en sammanlagd värdering av ett sjukdomstillstånd svårighetsgrad och en åtgärds nytta. Ju svårare tillstånd och ju större nytta desto större behov. Här vill vi återigen betona att när vi använder begreppet behov, betyder det en sammanvägning av svårighetsgrad och patientnytta. Det betecknar inte enbart svårighetsgraden hos det eller de tillstånd patienterna har. Vid prioriteringen vägs också kostnaderna in och då i förhållande till patientnyttan (kostnadseffektiviteten). Det innebär att åtgärder för tillstånd med hög svårighetsgrad i vissa fall kan ha en låg prioritet, om de har väldigt liten nytta eller inte har en rimlig relation mellan patientnytta och resursanvändning.

Eftersom det sägs att den etiska plattformens principer ska genomsyra hela hälso- och sjukvården, skulle samma resonemang också gälla för tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet. Det skulle då innebära olika tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet, se exempel i tabell 1.

¹ Man kan notera att *effektivitet* är ett bredare begrepp än *kostnadseffektiv* som det förstås i den etiska plattformen. I kostnadseffektivitetsprincipen som sådan handlar det om att relationen mellan insatta resurser och utfallet i form av effekter på patienters hälsa och livskvalitet ska vara rimlig. Att hälso- och sjukvården bedrivs på ett effektivt sätt kan handla om andra processer som inte på ett direkt sätt har någon inverkan på patienters hälsa och livskvalitet, exempelvis administrativa processer.

Tabell 1. Exempel på tillstånd och åtgärder med olika svårighetsgrad, nytta och kostnad (eller kostnadseffektivitet om nytta och kostnad räknas samman) och prioritering av deras tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet.

	Prioriteringsgrunder			Inriktningsmål
	Svårighetsgrad	Nytta	Kostnad	
		Alternativt kostnadseffektivitet		
Tillstånd A Åtgärd X	Stor		Hög	Hög
Tillstånd B Åtgärd Y	Stor	Liten		Medel
Tillstånd C Åtgärd Z	Stor	Måttlig		Medelhög
Tillstånd E Åtgärd Q	Måttlig		Hög	Medelhög
Tillstånd G Åtgärd W	Måttlig	Liten		Låg

I de följande kapitlen kommer vi att undersöka om detta är en rimlig tolkning när vi betraktar dessa tre delar av omställningen till nära vård, samt diskutera om och i sådana fall hur de har en mer komplex relation till den etiska plattformen.

3.3.3 Alternativkostnad

Generellt har insatser för att öka tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet, liksom det mesta annat i hälso- och sjukvården, en alternativkostnad. Det betyder att de resurser som det tar i anspråk att öka tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet hade kunnat användas till något annat. Det kan handla om att öka resurserna så att man har tillräckligt med personal på dygnets olika timmar och lite "luft" i sina scheman eller lokaler och utrustning för att öka tillgängligheten när det behövs. Det kan också handla om personal som finns på samma ställe och har tid och möjlighet att en stor del av tiden träffa "sina" patienter för att öka kontinuiteten. Eller så kan det handla om att personalen har tid och förmåga till personcentrerat arbetssätt i samtal med patienter och anhöriga, samverkan med andra i vården samt tid att gå igenom och fylla i vårdplaner för att öka delaktigheten. Kostnaden för den extra personalen och deras tid, lokalerna och utrustningen är resurser som skulle kunde använts till annan vård, som att erbjuda insatser för olika patientgrupper som skulle behöva mer eller bättre vård. Den kostnaden kallas för alternativkostnaden. Vid prioriteringar tydliggörs de här alternativkostnaderna, det vill säga möjligheten att använda en viss resurs för ett visst behov till något annat behov i stället.

Om en viss alternativkostnad ska anses rimlig utifrån den etiska plattformen beror på ett antal olika faktorer. Enligt den etiska plattformen kan vi generellt acceptera en högre

alternativkostnad för att åtgärda stora behov jämfört med små behov. Det avspeglas i att vi accepterar en sämre kostnadseffektivitet för att åtgärda större behov jämfört med små behov. Men om kostnaden ökar för att öka tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet, och alternativkostnaden är större än innan, måste den resursen tas någonstans ifrån. Det krävs då en omprioritering från något annat som vi lägger resurser på. En sådan ökad direkt kostnad för tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet kan i vissa fall kompenseras av besparing av andra kostnader i systemet. I linje med att horisontella prioriteringar kan ske på olika nivåer inom systemet, kan det vara så att en direkt kostnad för en vårdcentral för ökad tillgänglighet skulle kunna kompenseras av andra minskade kostnader inom vårdcentralen. Kompensationen kan även handla om minskade kostnader inom andra delar av systemet, till exempel akutsjukvård, social omsorg och samhällets kostnader på sikt. Men eftersom det sällan sker en resursöverföring mellan olika delar av systemet på kort sikt, kommer även en sådan situation kräva en horisontell prioritering där något annat får stå tillbaka på vårdcentralen.

Om vi utgår från den etiska plattformen, kan ökade kostnader för ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet motiveras även om de inte kompenseras genom besparingar. Det förutsätter att de är rimliga i relation till den nytta de bidrar med, i linje med kostnadseffektivitetsprincipen. När det gäller små behov (lindriga tillstånd eller svårare tillstånd där vi gör mer marginell nytta eller där nyttan inte är rimlig i relation till resursanvändningen), är dock toleransen för ökade kostnader mindre. Att frigöra resurser för att öka tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet är inte heller förenligt med de prioriteringsetiska principerna om det kräver en omprioritering från patientgrupper med större behov. Generellt kan man därmed säga att ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet för patientgrupper med mindre behov bör vara kostnadsbesparande eller bara marginellt leda till ökade kostnader för att kunna motiveras.

3.3.4 Patientperspektivet ställs mot systemperspektivet

Om vi utgår från den etiska plattformen och dess tydliga patientperspektiv bör ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet följa behovets storlek enligt de prioriteringsetiska principerna. Dessutom bör ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet för lägre prioriterade behov eller behovsgrupper vara kostnadsbesparande eller bara i mindre utsträckning leda till ökade kostnader.

Ett annat sätt att uttrycka det är att ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet kan motiveras både ur ett prioriteringsetiskt patientperspektiv och ett större systemperspektiv. De båda perspektiven kan delvis dra i olika riktningar och vara i konflikt med varandra. Om ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet leder till en mer effektiv eller kostnads-effektiv användning av samhällets resurser över tid även för lägre prioriterade behov, kan det motiveras ur ett systemperspektiv även om det inte följer den etiska plattformen. Se också kapitel 2 om olika perspektiv.

För tillgänglighet kan systemperspektivet till exempel handla om en önskan att styra patienter med mindre behov till en viss vårdnivå (se vidare kapitel 5). För kontinuitet kan det handla om att de goda effekter man får av kontinuitet, som lägre vårdkostnader och minskat vårdutnyttjande, också gäller dem med mindre vårdbehov (se vidare kapitel 6).

För delaktighet kan det handla om effekter som ökad följsamhet till behandling och om egenvård (se kapitel 7). För det förebyggande arbetet kan det handla om att minska framtida kostnader för hälso- och sjukvård eller upprätthålla legitimitet för systemet i stora väljargrupper. Återigen kan vi uttrycka det som att ökade kostnader för tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet för lägre prioriterade behovsgrupper behöver motiveras tydligt ur ett systemperspektiv, eftersom man då frångår den etiska plattformen. Det är något som däremot inte krävs för ökade kostnader när det gäller patientgrupper med större behov.

3.3.5 Prioriteringsobjekt

En gemensam fråga för tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet är också vad som ska betraktas som prioriteringsobjekt. Prioriteringsobjekt är det vi prioriterar mellan när vi gör en vertikal eller horisontell prioritering, det vill säga vad vi rangordnar och därmed sätter före något annat. I den nationella modellen är det som prioriteras (prioriteringsobjekten) i regel olika definierade tillstånds- och åtgärdspar. Det kan till exempel handla om att prioritera mellan hälsosamtal för råd om levnadsvanor till personer med prediabetes och behandling av manifest diabetes (vertikal prioritering) eller mellan samtalsbehandling av unga med psykisk ohälsa och läkemedelsbehandling av patienter med hjärtsvikt (horisontell prioritering).

När det gäller tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet (och även jämlikhet och förebyggande insatser) kan det vara svårt att variera prioriteringen utifrån olika avgränsade tillstånd och åtgärder. Ofta behöver behovet hos patientgruppen som helhet värderas. Enligt människovärdesprincipen kan man också behöva kompensera för underliggande skillnader (bestämningsfaktorer) hos patientgrupper. Det innebär att man kan behöva ta hänsyn till förhållanden som inte är direkt kopplade till sjukvård, som etnisk bakgrund och utbildningsbakgrund. Det innebär också att den logik vi beskrivit om hur målen för omställningen relaterar till den etiska plattformen kompliceras ytterligare, eftersom målen följer personer eller patientgrupper snarare än tillstånd och åtgärder. Dessa tillstånd kan variera i svårighetsgrad, liksom åtgärderna kan variera i kostnads-effektivitet.

4 Jämlikhet

Eftersom jämlikhet är en viktig del av målet för omställningen till nära vård, fördjupar vi tolkningen av jämlikhet i relation till den etiska plattformen i det här kapitlet innan vi undersöker de tre centrala målen och det förebyggande arbetet närmare.

Det här är våra viktigaste resultat om jämlikhet:

- Jämlik vård handlar dels om jämlika förutsättningar för att tillägna sig vård, dels om jämlik hälsa, det vill säga jämlika utfall av vården. Propositionen (2019/20:164) tar upp båda dessa perspektiv.
- Enligt den etiska plattformen bör mer resurser läggas på att främja hälsa på ett jämlikt sätt ju större behoven är.
- Ett undantag från den etiska plattformen som den tolkas i den nationella modellen är att vården i praktiken måste se till hela individens hälsa. Det kan då vara svårt att prioritera enskilda sjukdomar och åtgärder.
- För att nå jämlik hälsa kan det finnas behov av kompensatoriska åtgärder för dem med den sämsta hälsan i befolkningen. Ju närmare man kommer den allmänna hälsonivån i befolkningen, desto mindre angeläget är det att lägga resurser på kompensatoriska åtgärder av jämlikhetsskäl.

4.1 Inledning om jämlikhet

Den svenska hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf 1 § 3 kap. slår fast:

1 § Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

I propositionen (1996/97:60) beskrivs behovs-solidaritetsprincipen så här: ”Solidaritet innebär inte bara lika möjligheter till vård utan också en strävan att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt, det vill säga att alla skall nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet.” Lagstiftaren förefaller alltså laborera med två olika sätt att se på jämlikhet: dels jämlika förutsättningar, möjligheter eller villkor för att tillägna sig vård, dels att utfallet av vården ska fördelas jämnt i befolkningen.

För båda aspekterna av jämlik vård kan särskilda insatser behövas för grupper som är mindre benägna att söka vård av olika skäl, som socioekonomi, minoritetsspråk eller funktionsnedsättning. Lagstiftaren beaktar även jämlikhet mellan andra grupper inklusive ökad jämlikhet mellan grupper och jämställdhet mellan kvinnor och män.

4.2 Jämlikhet i underlagen

I propositionen (2019/20:164) tar man upp båda dessa perspektiv. Bland annat kan man läsa att uppföljningar från Folkhälsomyndigheten ”visar att svensk hälso- och sjukvård inte är jämlik och att hälsan inte är jämlikt fördelad i befolkningen”. Man skriver vidare om jämlika möjligheter till vård att man vill uppnå en jämlik fördelning av vårdens resurser. Om jämlik hälsa står det att det finns en ökad ojämlikhet i hälsa i och att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen.

Faktorerna tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet förväntas påverka även ojämlikheten i hälsa. Genom att öka inslaget av de faktorerna i vården menar man att ojämlikheten i hälsa kommer att minska. En viktig faktor för att uppnå det är ett ökat förebyggande arbete som måste nå grupper med stora behov: ”Generella hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser når inte alla grupper i befolkningen i lika stor omfattning. Utvecklingen inom hälsa skiljer sig också åt mellan kvinnor och män.”

Om tillgänglighet skriver man i propositionen: ”Primärvården har en avgörande roll i det förebyggande arbetet för att möta en ökad ojämlikhet i hälsa. För att kunna axla den rollen behöver primärvården också ha en god tillgänglighet.”

Om delaktighet står det: ”Att stärka patientens ställning och förbättra möjligheterna till delaktighet är viktigt för att kunna uppnå en god och jämlik vård”, och ”För att möta utvecklingen med en ökad förekomst av kroniska sjukdomar och ökad ojämlikhet i hälsa är det avgörande att ge bättre förutsättningar för människor att vara delaktiga i sin egen vård och hälsa”.

4.2.1 Prioritering och jämlikhet i underlagen

I propositionen nämns på flera ställen att de med det största behovet ska få företräde till vården. På något ställe kallas detta för ”prioriteringsprinciper för jämlik vård som gäller enligt HSL”.

4.3 Analys av jämlikhet i relation till etisk plattform

4.3.1 Jämlika möjligheter till vård och jämlikt utfall av hälsa

Till viss del är de båda aspekterna jämlika möjligheter att få vård och jämlikt utfall av hälsa relaterade till varandra. Att man har lika möjligheter till att tillägna sig vård är en förutsättning för att man sedan ska kunna uppnå ett mer lika hälsoutfall i befolkningen. Men eftersom vi vet att det finns flera så kallade bestämningsfaktorer för hälsa, som inte är kopplade till utbudet av vård inom hälso- och sjukvården, är det inte självklart att lika möjligheter till vård är den avgörande faktorn för om människor uppnår ett jämlikt hälsoutfall (Socialdepartementet, 2017).

Målet om att uppnå en jämlik hälsolivå i befolkningen förutsätter att de som har den sämsta hälsan behöver lyftas i större utsträckning än de som har en bättre hälsa. Det förutsätter en behovsbaserad hälso- och sjukvård. Målet om en jämlik (och god) hälsa i befolkningen förefaller dock gå utöver att endast se till det strikt medicinska behovet när vi

fördelar världens resurser. Människor har olika förutsättningar och hälsolivåer när de drabbas av ett specifikt medicinskt tillstånd, bland annat på grund av socioekonomiska faktorer, språkbakgrund och utbildning. Därför är det inte självklart att det räcker med att de får tillgång till exakt samma medicinska eller vårdande insatser, utan det kan krävas kompensatoriska insatser för att balansera upp den inledande skillnaden i förutsättningar. Den etiska plattformen ger inte explicit stöd för det vi brukar kalla för positiv särbehandling, men människovärdesprincipen samt behovs-solidaritetsprincipen har i andra sammanhang tolkats som att de ge stöd för den typen av insatser, till exempel när det gäller läkemedel för sällsynta tillstånd enligt rapporten *Stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd – till långsiktigt hållbara läkemedelskostnader* (TLV 2023; se även Sandman & Gustavsson, 2017). Det återspeglas även i ersättningssystem inom primärvården, som till viss del kan ha extra tilldelning till områden med högre socioekonomisk belastning (SKR, 2021).

Propositionen tar regeringen upp detta och skriver att olika insatser inte når alla grupper i befolkningen i lika stor omfattning. Det framgår även indirekt på flera ställen, när man skriver att ökad tillgänglighet och kontinuitet ska bidra till jämlik hälsa.

4.3.2 Prioritera insatser för jämlik hälsa mer vid större behov

Även insatser för att uppnå jämlikhet har en alternativkostnad. Det innebär att de resurser vi lägger på att utjämna hälsoskillnader eller utbudet av vård i stället hade kunnat läggas på andra insatser som exempelvis hade förbättrat hälsa ytterligare för vissa patientgrupper (Sandman & Henriksson, 2022). Om vi då tolkar skrivningarna i proposition 2019/20:164 och underlag om jämlikhet i ljuset av den etiska plattformens generella hållning till hur resurser bör fördelas, så kan man hävda att ju större behovet i en patientpopulation är, desto starkare skäl har vi att lyfta fram den gruppen på ett jämlikt sätt. Det är alltså rimligt att tolka den etiska plattformen så att ju svårare tillstånd det rör sig om, desto viktigare är det att lyfta fram alla patienter med svåra tillstånd på ett jämlikt sätt, även om det kräver kompensatoriska insatser för vissa av patienterna eller patientgrupperna. Ju lindrigare tillstånd det handlar om, desto svagare skäl har vi att åstadkomma jämlikhet för just det tillståndet, om vi nu måste göra prioriteringar på resursmässiga grunder. Här är det dock viktigt att skilja mellan insatser som aktivt ökar skillnaderna genom att väga in vissa specifika faktorer, exempelvis social och ekonomisk situation, och att kompensera för faktorer som kan påverka hälsoutfallet negativt. Den förra typen av insatser sätter människovärdesprincipen stopp för. Däremot kan man hävda att lägga resurser för kompensation för underliggande skillnader är mindre angeläget ju lindrigare tillstånd det rör sig om.

Uttryckt på ett annat sätt kan vi därmed hävda att jämlikhet, både i form av lika möjligheter till vård och lika hälsoutfall, är viktigare ju svårare tillstånd eller ohälsa man har och ju mer kostnadseffektiv vård det rör sig om för dessa tillstånd. När tillståndet är lindrigare och vården inte är särskilt kostnadseffektiv, är det mer acceptabelt med en viss ojämlikhet både i tillgång till vård och hälsoutfall.

Ett problem att värdera enskilda insatser (tillstånds- och åtgärdspar) uppstår dock om personer med sämre hälsa har en kombination av hälsoproblem. Då kan insatser för ett lindrigare tillstånd hos en patientgrupp med totalt stor ohälsa kanske ändå vara motiverade för att uppnå en mer jämlik hälsa.

4.3.3 Vem behöver insatserna?

Vi utgår från att ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet har en inverkan på skillnaderna i ohälsa i befolkningen, samtidigt som vi måste prioritera vilka patientgrupper som framför allt bör komma i åtnjutande av dessa insatser utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Då bör man i första hand fokusera på de patientgrupper som har den sämsta hälsan i befolkningen. Ju närmare man befinner sig den allmänna hälsonivån i befolkningen, desto mindre angeläget är det att lägga resurser på tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet av jämlikhetsskal. I vår rapport kan vi dock inte svara på hur stora skillnader i hälsa på den nivån som är acceptabla. Det är en politisk fråga, där propositionen inte heller ger ett tydligare svar än att de som har störst behov ska ha företräde till vård. Det innebär att behovet av kompensatoriska åtgärder för att åstadkomma jämlikhet ytterligare kan motivera den typen av insatser.

5 Tillgänglighet

Det här är våra viktigaste resultat om tillgänglighet:

- Alternativkostnaden för tillgänglighet kan kompenseras av minskade totala kostnader på systemnivå, men för den enskilda vårdcentralen kan det ändå innebära en kostnad.
- Högre prioriteringsnivå enligt de etiska principerna bör leda till högre tillgänglighet och omvänt.
- Personer med funktionsvariationer bör ha lika god eller lika begränsad tillgänglighet till olika vårdinsatser som andra patienter med motsvarande sjukdomstillstånd. Olika kompensatoriska åtgärder kan därför behövas.
- Att styra vårdsökande mot den av sjukvårdssystemet önskade vårdformen kan vara ett skäl att frångå de prioriteringsetiska principerna och ge tillgänglighet till de med mindre behov inom primärvården. Då bör insatserna vara kostnadsbesparande eller ha mycket hög kostnadseffektivitet.
- För att kompensera för att det är omöjligt att tillgodose optimal tillgänglighet för lägre prioriterade behov kan lättillgänglig information och rådgivning behövas också för lägre prioriterade grupper
- Det finns en målkonflikt mellan tillgänglighet och kontinuitet. En rimlig tillgänglighet som inte riskerar patientsäkerheten och utfallet för patienten är inte alltid förenligt med att patienten får träffa sin vanliga läkare.

5.1 Inledning om tillgänglighet

Tillgänglighet till vård för patienterna kan handla om tillgänglighet till

- olika fungerande kontaktvägar till vården
- information och rådgivning
- vård och behandling i form av bedömning och diagnostik, behandling, omvårdnad, rehabilitering eller preventiva insatser
- geografisk närhet
- tid (vård utan att behöva vänta eller vård på tider som passar en själv)
- stöd vid funktionsvariationer
- information i form av tillgång till relevant medicinsk information om patienten för vårdpersonal.

Värdet av tillgänglighet kan variera för olika intressenter. För patienten kan vård som finns geografiskt nära förenkla transport och spara tid, kanske också minska oro och skapa trygghet. Det kan också tidsrelaterad och rumsligt lättillgänglig vård förväntas göra. Från ett systemperspektiv skulle god tillgänglighet till en viss vårdform och sämre tillgänglighet till en annan kunna fungera som styrmedel av patienter mot den vårdform som sjukvårdssystemet önskar.

Från 1 juli 2022 finns också en skrivning om tillgänglighet i 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2023:37) under rubriken Primärvårdens grunduppdrag: ”Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt [...] se till att vården är lätt tillgänglig.”

5.2 Tillgänglighet i underlagen

Ett av huvudmålen med ”den nära vården med primärvården som nav” är att tillgängligheten till primärvården ska öka. Tillgänglighet i primärvården kan enligt propositionen (2019/20:164) betyda olika saker. Det kan innebära tillgänglighet till rådgivning och tidsbokning samt möjlighet att ”inom rimlig tid få bedömning och behandling av den yrkeskategori som bäst kan möta patientens behov”. En del av tillgängligheten är också hur öppethållandetider och jourtjänstgöring ser ut vid olika tidpunkter som kvällar, helger och nätter. Vidare nämner man väntetider och köer: ”Att korta väntetiderna till vården är centralt för att god tillgänglighet ska kunna uppnås.” Tillgänglighet kan också handla om informationstillgänglighet och anpassning vid fysiska svårigheter eller behov av anpassad information och kommunikation för personer med funktionsnedsättning.

Geografisk tillgänglighet kan innebära att vården finns fysiskt nära patienten, men samtidigt kan vad som är fysiskt nära vård variera med vilka avstånd man är van vid. Vården framöver kommer också i allt större utsträckning att distribueras via olika tekniska lösningar. Tekniska och även olika mobila lösningar ska bidra till att man ”bättre [kan] möta invånarnas krav på tillgänglighet och flexibilitet”, så att patienten ”snabbare och enklare [får] tillgång till rätt vårdnivå inom ramen för de gemensamma resurser som finns tillgängliga.”

Ett skäl för ökad tillgänglighet som anges i propositionen är att avlasta övrig specialiserad vård inklusive akutmottagningarna. Det förväntas ske genom att befolkningen får en positiv upplevelse av primärvården när den är lätt tillgänglig och man möter rätt kompetens. Chansen är då större att man väljer den som första vårdnivå. Med god tillgänglighet och förbyggande arbete kan behovet av sjukhusvård för äldre och multisjuka minska, vilket är centralt för en effektiv vård. Specifikt nämns också ökad tillgänglighet för förebyggande arbete för att möta en ökad ojämlikhet i hälsa.

Ett av medlen för att uppnå ökad tillgänglighet är vårdgarantin. Enligt den ska man få kontakt med primärvården samma dag som man söker kontakt (tillgänglighetsgaranti). Inom tre dagar från det att man sökt kontakt ska man få en medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (bedömningsgaranti inom primärvården).

Kompetensförsörjning är också en nödvändig faktor för ökad tillgänglighet som beskrivs utförligt i propositionen. Tillgänglighet till primärvård i glest befolkade områden är en särskild utmaning som kan kräva nya tekniska lösningar.

5.2.1 Prioritering och tillgänglighet i underlagen

I propositionen skriver regeringen följande om prioritering: ”En tillgänglig vård behöver samtidigt inte innebära kortare väntetider för alla i alla sammanhang och för alla åkommor. Begreppet tillgänglighet behöver fortsatt ställas mot de tidigare nämnda prioriteringsprinciperna för jämlik vård som gäller enligt HSL. Det innebär att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

Om geografisk tillgänglighet skriver regeringen i propositionen: ”Det kan också finnas t.ex. budgetmässiga eller samhällsekonomiska skäl för en geografisk centralisering. Det finns en gräns för hur mycket vård som distribueras på ett visst sätt kan få kosta, jämfört med andra skattefinansierade behov. Detta är svåra prioriteringar, där målkonflikter mellan olika perspektiv kan uppkomma och måste hanteras.”

5.3 Analys av tillgänglighet i relation till etisk plattform

5.3.1 Alternativkostnad

Generellt har tillgängligheten en alternativkostnad. När vi breddar horisonten och väger in även andra verksamheter, vårdnivåer eller samhället i stort kan det vara en kostnad som i sin tur leder till besparingar av resurser (och därmed utifrån ett helhetsperspektiv kan sägas inte ha någon alternativkostnad). Fortfarande har dock förändringen (oftast) en alternativkostnad i den verksamhet där den ska genomföras.

Om till exempel ingen ska behöva vänta på vård, behövs det tillräckligt med personal, lokaler och utrustning för att klara alla behov direkt även vid hög belastning. Det innebär sannolikt att en viss överkapacitet måste finnas vid tillfällen med lägre belastning. Att erbjuda god tillgänglighet fler av dygnets timmar (kvällar, helger och kanske nattetid) kostar också. Dels är arbetskraft dyrare utanför kontorstid, dels måste personalen öka om man inte samtidigt ska få minskad tillgänglighet andra tider. På liknande sätt behövs många geografiskt utspridda mottagningar om ingen ska ha längre än en viss sträcka till en viss service. Kostnaden för den extra personalen, kvälls- och helgarbetet, lokalerna och utrustningen är resurser som skulle kunde ha använts till annan vård, det vill säga alternativkostnaden.

Vårdbehovet avgörs alltså av svårighetsgraden av ett tillstånd tillsammans med patientnyttan av en viss insats, enligt de prioriteringsetiska principerna och den nationella modellen. Ju svårare tillstånd och ju större nytta, desto större behov. Vid prioriteringen vägs också kostnaderna in. Om svårighetsgraden för två tillstånd är lika men kostnadseffektiviteten för de aktuella åtgärderna olika, prioriteras det med störst kostnadseffektivitet högst.

Det innebär alltså att generellt bör nivån på tillgänglighet följa med behovets storlek och prioriteringsnivån: Ju högre prioriteringsnivå, desto högre tillgänglighet och omvänt. Olika tillstånd och åtgärder som har samma prioriteringsnivå bör ha samma nivå av tillgänglighet. Grunden för det resonemanget är alltså att också tillgänglighet är en begränsad resurs och har en alternativkostnad (åtminstone inom den egna verksamheten).

Om en ökad alternativkostnad är motiverad beror på vilka grupper den ökade tillgängligheten riktar sig till och vilka effekter den har.

5.3.2 Behov eller efterfrågan?

I propositionen skriver regeringen att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården”. Det stämmer överens med vår tolkning av tillgänglighet enligt den etiska plattformen. Det står också att vården bör möta ”invånarnas krav på tillgänglighet”. Här kan finnas en målkonflikt om det är så att patientgrupper med små behov kräver bättre tillgänglighet.

5.3.3 Ökad tillgänglighet för vem?

Att ”den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården” står i hälso- och sjukvårdslagen och i propositionen. Det stämmer också överens med vår tolkning av tillgänglighet enligt den etiska plattformen, det vill säga att nivån på tillgänglighet ska följa behovets storlek. Frågan är dock hur man i propositionen tydliggör att det rör sig om behovsbaserad tillgänglighet och hur man ska uppnå en sådan. På de flesta ställena i propositionen där regeringen skriver om tillgänglighet är det inte relaterat till behov, utan gäller mer generellt.

Om vi antar att propositionen menar att man bör öka tillgängligheten för alla, hur ska man se på det ur ett prioriteringsperspektiv? Även om tillgängligheten bör öka för alla patientgrupper, kan man fortfarande tänka sig att den ökar olika mycket för olika grupper, men att alla får en något ökad tillgänglighet. En sådan rörelse skulle fortfarande kunna vara i linje med den etiska plattformen. Hur den kommer påverka hälso- och sjukvårdssystemet beror dock på hur mycket resurser som krävs för att genomföra det. Skulle man, till exempel med olika tekniska hjälpmedel, kunna öka tillgängligheten utan att det kräver några ytterligare resurser så är ju allt väl. Om det däremot kräver resurser måste de antingen tillföras systemet utifrån eller tas från befintliga resurser, vilket ur ett kortare perspektiv förefaller troligare. I det förra fallet kan man tillföra finansiella medel på ett relativt enkelt sätt, men att däremot öka antalet anställda som kan ge den ökade tillgängligheten är en betydligt svårare sak på kort sikt. Särskilt med tanke på att det redan i dag är brist på vissa yrkeskategorier inom primärvården. Om man inte kan eller är villig att tillföra resurser, så menar vi att det är omöjligt att öka tillgängligheten för alla. Snarare kommer satsningar på ökad tillgänglighet för vissa patientgrupper då ske på bekostnad av försämrad tillgänglighet (enligt någon dimension) för andra patientgrupper. Det innebär i sin tur en prioritering.

Samtidigt skriver regeringen i propositionen på vissa ställen att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde. Vi tolkar det som att den ökade tillgängligheten i första hand avser personer med stora behov. Grupper vars behov lyfts fram på flera ställen i propositionen är ”personer med komplexa behov, som multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar”. Även personer med en sämre socioekonomisk situation skulle kunna vara aktuella för ökad tillgänglighet med tanke på att propositionen nämner att en ökad tillgänglighet ska bidra till jämlik hälsa. Propositionen

nämner dock inget om olika tillgänglighet vid olika svåra sjukdomstillstånd eller olika grad av kostnadseffektivitet.

I propositionen skriver regeringen dock om ”tidiga riskförebyggande insatser” för ovan nämnda grupper, och att en ökad tillgänglighet för dessa insatser kan minska behovet av sjukhusvård.

5.3.4 Tidsrelaterad tillgänglighet till vård och behandling

När det gäller tillgång till vård och behandling ligger det i den etiska plattformens natur att den bör följa om det rör sig om högt eller lågt prioriterade behov. Vår bedömning av värdet av tidsmässig tillgänglighet är att det handlar om tre olika aspekter:

- bekvämligheten av att snabbt få den vård man behöver
- tryggheten att veta att man får vård vid behov inom rimlig tid
- påverkan på den medicinska och övriga kvaliteten på vården genom att rätt kompetens och utrustning finns och att den ges i rimlig tid.

Här skulle man kunna tänka sig en varierande tillgänglighet där man försöker se till att de patientgrupper som har störst behov, även har *optimal tillgänglighet* i form av tillgång till vård och behandling med en väntetid som optimerar den medicinska kvaliteten och samtidigt minskar oron.

För personer med mindre behov, oberoende av sjukdomstillstånd, rör det sig i stället om olika grader av *rimlig tillgänglighet*. Återigen gör vi bedömningen att väntetider till vård i första hand bör styras av i vilken utsträckning den påverkar den medicinska kvaliteten och vårdkvaliteten. Om den medicinska kvaliteten kan uppnås på ett tillfredsställande sätt, men väntetiden eller tidpunkten för vård trots det innebär viss minskning av bekvämlighet och upplevd trygghet för patientgruppen, förefaller det rimligt att acceptera det. Framför allt är det rimligt om förbättrad tidsmässig tillgänglighet för den patientgruppen skulle påverka den medicinska kvaliteten för andra patientgrupper. För personer med de allra lägst prioriterade behoven kan man tänka sig att de inte erbjuds någon tillgänglighet för vissa åtgärder eller insatser, det vill säga den aktuella vårdinsatsen erbjuds inte alls (ransoneras, se kapitel 2).

5.3.5 Geografisk tillgänglighet viktigast vid stora behov

På motsvarande sätt kan man resonera om geografisk närhet. Var man bor i landet är inte i sig en relevant egenskap eller faktor som bör avgöra tillgången till vård. Liksom vid sällsynta tillstånd, funktionsvariationer och annan språkbakgrund finns det alltså skäl att kompensera för det utifrån människovärdesprincipen. Men det skulle vara extremt kostsamt att etablera vårdinrättningar i den utsträckning som utjämnar den geografiska tillgängligheten mellan exempelvis storstadsområden och glesbygd. Det är inte heller möjligt med dagens tillgång till kompetent vårdpersonal.

Värdet av geografisk närhet handlar om:

- bekvämligheten med att enkelt kunna nå den vård man upplever sig behöva
- tryggheten att veta att vården finns nära
- kvaliteten på vården som ökar genom att rätt kompetens och utrustning finns på plats.

Med tanke på den alternativkostnad som finns för geografisk närhet, så förefaller det rimligt att fokusera på trygghet och kvalitet. Det innebär att bekvämlighetsargumentet inte väger tillräckligt tungt för alternativkostnaden i det här fallet. Utifrån den etiska plattformen ser vi de två övriga argumenten som integrerade, det vill säga om vården kan ges med god medicinsk kvalitet oaktat det geografiska avståndet, så kan det i sin tur skapa trygghet. Den geografiska tillgängligheten bör därmed styras av i vilken utsträckning avståndet leder till risker för att patienter med högt prioriterade behov inte får vård med tillräckligt hög medicinsk kvalitet. Eftersom vi dragit slutsatsen att det vid lägre prioriterade behov är mer acceptabelt med ojämlikheter (se kapitel 4), drar vi slutsatsen att skillnader i medicinsk kvalitet på grund av avstånd också är mer acceptabla för lägre prioriterade behov. Men det gäller endast under förutsättning att man inte kan öka den geografiska närheten inom den aktuella resursramen. Som tas upp i propositionen kan digitala lösningar för att överbrygga det avståndet vara en lösning.

I propositionen nämns också att uppfattningar om geografisk tillgänglighet kan variera med vilka avstånd man är van vid. Även om det är sant bör det inte, ur ett etiskt perspektiv och om man strävar efter jämlik vård, leda till att man accepterar en sämre geografisk tillgänglighet om avståndet leder till risker för att patienter med högt prioriterade behov. Om geografisk närhet väljs bort för vissa patientgrupper eller i vissa områden, bör man redovisa det öppet. I propositionen nämns också svårigheterna i att med begränsade skattemedel kunna erbjuda god geografisk tillgänglighet överallt.

5.3.6 Anpassad tillgänglighet vid funktionsvariation

Enligt människovärdesprincipen ska prioriteringen av vård och därmed också tillgången till vård inte styras av irrelevanta faktorer. Patienter med likvärdiga vårdbehov bör därmed kunna få likvärdig tillgång till den vården, i görligaste mån. Det innebär att människovärdesprincipen, även om det inte sägs uttryckligen i förarbetena, ger oss skäl att kompensera personer eller grupper som av olika skäl systematiskt kan missgynnas. Det har argumenterats för att detta ger oss skäl att acceptera en högre kostnad för läkemedel till sällsynta tillstånd, för att kompensera för de marknadsmekanismer som innebär att sådana läkemedel tenderar att få en högre kostnad per patient (Sandman & Gustavsson, 2017). Det har i sin tur lett till en förändrad policy hos exempelvis Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och ligger även till grund för deras senaste rapport om läkemedel för sällsynta tillstånd *Stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd – till långsiktigt hållbara läkemedelskostnader* (TLV, 2023). På motsvarande sätt har sjukvården hittills kompensert för en annan språkbakgrund genom att erbjuda tolk, även om det har ifrågasatts på senare tid och avgifter för tolk diskuteras i någon region (*Införande tidsgränser för språktolk*, motion till riksdagen 2022/23:136).

I linje med det förefaller det rimligt att försöka minska skillnader i tillgänglighet som systematiskt kan kopplas till funktionsvariationer. Det innebär att personer med funktionsvariationer bör ha lika god eller lika begränsad tillgänglighet till olika vårdinsatser som andra patienter med motsvarande diagnoser. Det tas också upp i propositionen i form av anpassad fysisk och informationstillgänglighet vid funktionsvariationer.

5.3.7 Patient- och systemperspektiv – tillgänglighet i syfte att styra vårdsökande

Man kan också se tillgänglighet ur ett systemperspektiv baserat på sjukdomstillstånd och åtgärd. En anledning att frångå de prioriteringsetiska principerna för god tillgänglighet kan vara att styra patienterna mot den vårdform som sjukvårdssystemet önskar för att använda resurserna mer effektivt. Det skulle till exempel kunna innebära god tillgänglighet för små vårdbehov i primärvården, för att förhindra att de patienterna söker sig till akutmottagningar och därmed blir mer resurskrävande. Ur ett överordnat prioriteringsperspektiv är inte vård till små vårdbehov nödvändigtvis prioriterat, även om de kan åtgärdas på ett kostnadseffektivt sätt (eftersom det fortfarande innebär en kostnad för systemet). Om patienterna trots allt söker vård för behov som borde stå tillbaka eller kanske inte ens borde åtgärdas, och det inte går att förhindra det, kan det finnas skäl att försöka möta det på ett mer kostnadsbesparande sätt än att patienterna söker vård inom akutsjukvården. Ur den etiska plattformens perspektiv hade det varit ännu bättre om de här patienterna hade avvaktat eller inte sökt vård över huvud taget.

Ett annat skäl att erbjuda god tillgänglighet vid lindriga behov skulle kunna vara att man befärrar att sämre tillgänglighet för lindrigt sjuka patientgrupper generellt minskar förtroendet för hälso- och sjukvården och därmed viljan att solidariskt bekosta sjukvården genom skatten.

Det här pekar på att den etiska plattformen inte är den enda faktorn som kan avgöra hur tillgängligheten bör se ut. Man bör dock göra en konsekvensanalys av hur den formen av övervägande bör balanseras mot alternativkostnaden för patientgrupper som trots allt bör ha en bättre tillgänglighet enligt den etiska plattformen. Generellt skulle man kunna hävda att den formen av insatser bör vara kostnadsbesparande eller ha en mycket hög grad av kostnadseffektivitet för att kunna motiveras. Här kan det finnas en komplikation i relation till horisontella prioriteringar på olika nivåer eller inom olika verksamheter i systemet. Om man erbjuder bättre tillgänglighet inom primärvården, kräver det en horisontell omprioritering inom primärvården eller den enskilda vårdcentralen. Samtidigt kan det vara kostnadsbesparande totalt sett, genom att man minskar kostnaderna för någon annan del av systemet. Här är det inte självklart att det sker någon resursöverföring för att kompensera för de effekterna. Det innebär att den horisontella prioriteringsanalysen behöver ske på olika nivåer samtidigt, både inom och utanför hälso- och sjukvårdssystemet. Det blir extra komplext om vi pratar om kostnader för nära vård inom hälso- och sjukvården, men där vinsterna finns inom andra välfärdssystem eller i framtidens välfärdssystem.

En fråga är också vad konsekvensen blir om man ökar tillgängligheten i primärvården mest för personer med stora behov. Ska de i första hand styras till att undvika att vårdas

inom den övriga specialistsjukvården? Avsikten i propositionen, som vi tolkar den, är att behovet av sjukhusvård ska kunna förebyggas genom att öka tillgängligheten i primärvården för personer med stora behov. Men allt kan inte förebyggas och många av dem som har stora behov är också just de personer som faktiskt behöver övrig specialistsjukvård. Här är det alltså viktigt att klargöra att de med de största behoven också måste kunna prioriteras högst inom specialistsjukvården.

5.3.8 Tillgänglighet till information och rådgivning för de med mindre behov

Tillgång till information och rådgivning är ett sätt att delvis kompensera för mindre än optimal tillgänglighet för vård, behandling, geografi och tid, så att patienters oro minskar. I en bemärkelse kan det finnas skäl till att även tillgången till information och rådgivning följer den etiska plattformens prioriteringar, eftersom svårare tillstånd kan väcka många frågor och stor oro hos patienter på ett sätt som lindrigare tillstånd inte gör. Samtidigt är det mer komplext, eftersom svåra tillstånd där behandlingen är effektiv och har stor patientnytta kan skapa mindre oro hos patienter och därmed mindre behov av information och rådgivning. Har man å andra sidan ett lindrigt tillstånd kan behovet av information och rådgivning vara stort. Detsamma gäller om man än så länge inte vet om det är lindrigt eller tillståndet har måttlig svårighetsgrad men det är oklart vilken behandling som finns tillgänglig, eller om man oroar sig för om tillståndet kan komma att försämrans om man inte får vård i tid. Det är alltså rimligt att tillgången till information och rådgivning delvis följer en annan logik än den etiska plattformens, och delvis kan ses som ett sätt att kompensera för att det är omöjligt att tillgodose optimal tidsrelaterad tillgänglighet för lägre prioriterade behov.

5.3.9 Målkonflikt mellan relationell kontinuitet och tillgänglighet

Det kan finnas en motsättning mellan god tillgänglighet och kontinuitet, enligt propositionen. Att patienten ska få vården nära geografiskt och utan att vänta (eller med kort väntetid) har båda en alternativkostnad om besparingar inte görs direkt i den egna verksamheten. Samtidigt finns det för det mesta en alternativkostnad för att få träffa samma person (se kapitel 6). Med begränsade resurser kan man kanske inte uppnå allt detta. Konsekvensen blir då att om patienterna ska få vård nära och snabbt kanske de får avstå från att träffa samma person, eller om de vill träffa samma person kanske de får vänta eller resa längre. För att undvika det behöver vården vara dimensionerad på ett helt annat sätt än i dag. Vad som ska prioriteras högst kan variera med situationen. Vid akut svår sjukdom kanske tillgänglighet är viktigast, medan kontinuitet är viktigast vid återkommande, icke akuta och stora vårdbehov. Personer med mindre vårdbehov, både akuta och mer kroniska, prioriteras enligt den etiska plattformen lägst när det gäller tillgänglighet och kontinuitet.

6 Kontinuitet

Det här är våra viktigaste resultat om kontinuitet:

- Alternativkostnaden för ökad kontinuitet kan kompenseras av minskad resursanvändning, antingen i den egna verksamheten eller i systemet i stort.
- Högre grad av kontinuitet bör prioriteras vid större behov. Vi ser dock ett behov av att göra ett undantag från den etiska plattformen eftersom kontinuitet inte kan värderas utifrån ett visst tillstånds- och åtgärdspar, utan innebär att hela personen får mer eller mindre kontinuitet vid alla kontakter med sjukvården.
- Patienter med störst behov ska prioriteras om inte alla kan få samma goda kontinuitet. Samtidigt har alla patienter som önskar det enligt lag rätt att välja och få tillgång till en fast vård- och läkarkontakt. Här är det otydligt om behov eller efterfrågan ska gälla.
- En målkonflikt finns mellan kontinuitet och tillgänglighet. Det är dock tänkbart att det i vissa situationer är viktigare med hög kontinuitet, exempelvis vid återkommande icke akuta vårdbehov, samtidigt som det vid akut svår sjukdom är mindre viktigt.
- Det finns en potentiell konflikt mellan patienternas och systemets perspektiv på vilka grupper som bör få högst kontinuitet. Enligt de prioriteringsetiska principerna bör de med störst vårdbehov få högst kontinuitet då de har störst behov av god vård. Vid mindre vårdbehov är kraven på kostnadseffektivitet samtidigt störst, och kontinuitet är viktigt för att systemets resurser ska användas så effektivt som möjligt.

6.1 Inledning om kontinuitet

Liksom för tillgänglighet har kontinuitet olika betydelser (SBU, 2021), vanligast är *relationell* kontinuitet. Där spelar tiden som relationen har varat ofta stor roll, ibland kallas det *longitudinell* kontinuitet. Man pratar också om *informationskontinuitet* som innebär att vårdpersonalen har tillgång till relevant information om patientens tidigare vård, även från andra delar av sjukvårdssystemet. *Behandlingskontinuitet* (kallas också *managementkontinuitet* och *koordinerande kontinuitet*) innebär att vården ges enligt gemensamma riktlinjer och vårdprogram, även om patienten byter vårdnivå. I studier av effekter av god kontinuitet avses ofta relationell kontinuitet, men de olika typerna av kontinuitet hänger delvis samman eftersom de förväntas underlätta varandra.

Dessa typer av kontinuitet kan vara olika sätt att uppnå olika typer av mål. Relationell kontinuitet kan syfta till att förbättra hälsan hos patienten, men kan också öka trygghet och minska oro. Informationskontinuitet och behandlingskontinuitet kanske framför allt syftar till en effektiv och patientsäker vård, men kan minska frustration och öka trygghet hos

patienterna genom att de själva inte behöver vara informationsbärare eller att de känner sig trygga med att de får evidensbaserad vård.

För att mäta relationskontinuitet används ofta index som i olika grad tar hänsyn till hur länge en relationell kontinuitet varat, hur stor andel av kontakterna som är med en viss läkare (eller annan vårdpersonal), hur många olika läkare som patienten träffat och i vilken ordning. Mätning av kontinuitet förutsätter upprepade vårdkontakter med en viss frekvens.

Det finns många studier om nyttan av kontinuitet till allmänläkare (Cabana & Jee, 2004; Engström med flera, 2019; Pereira Gray med flera, 2018; SBU, 2022). Generellt gäller att man sett samband mellan högre kontinuitet och minskade sjukhusinläggningar, minskade besök på akutmottagningar, lägre sjuklighet och även lägre dödlighet. I studierna finns ingen övre gräns på kontinuiteten utan ju högre kontinuitet, desto bättre effekter. Flera studier är gjorda på en äldre befolkning men resultaten gäller också för yngre personer. Ibland diskuteras effekten av kontinuitet bara i vissa situationer, till exempel vid tillfälliga besvär eller lindrigare sjukdomar. Men då frångår man de förutsättningar som visat på nytta av hög kontinuitet.

När det gäller tillgänglighet diskuterar vi det i form av optimal, rimlig och ingen tillgänglighet. Vi känner inte till studier där man sett negativa effekter av hög kontinuitet utan det vore önskvärt att alla skulle kunna få hög kontinuitet. Dock kan man behöva acceptera en sämre kontinuitet om alternativkostnaden inte kan motiveras för alla patientgrupper (om den hamnar inom den egna verksamheten). Därmed kan det krävas en gradering med mer begränsad eller ingen kontinuitet i vissa fall.

6.2 Kontinuitet i underlagen

Ett av huvudmålen för ”den nära vården med primärvården som nav” är att kontinuiteten i primärvården ska öka. Kontinuitet lyfts fram som en avgörande aspekt för god vård och av propositionen (2019/20:164) framgår att ”kontinuitet som bärande princip ska genomsyra styrning, organisation och arbetssätt i vården.”

Skälen för ökad kontinuitet, enligt propositionen, är att den

- medför ökad patientnöjdhet
- efterfrågas av patientgrupper som vårdens storkonsumenter
- främjar personligt ansvarstagande
- är relationsskapande
- bidrar till trygghet och ökad tillit.

Ökad kontinuitet leder också till bättre medicinsk kvalitet och positiv effekt på hälsa. Patienterna får större möjlighet att lyfta känsliga frågor, som begynnande psykisk ohälsa, missbruksproblematik eller våld i nära relationer, samt följer ordinationer bättre. Samordningen för personer med komplexa vårdbehov underlättas. Ökad kontinuitet kan ge effektivitetsvinster genom effektivare arbetssätt, som att onödiga utredningar undviks, teamarbete och samverkan kring patienterna förbättras och produktiviteten ökar. Generellt

medför god kontinuitet minskad vårdkonsumtion och minskade kostnader. Ökad kontinuitet ger också bättre arbetsmiljö för vårdens medarbetare.

Den fasta läkarkontakten kan genom ökad tillit bidra till minskat vårdsökande, till exempel nattetid på akutmottagningarna. Patienten känner ökad trygghet och ökad delaktighet och kan därmed lättare ta upp känsliga ämnen. Förebyggande åtgärder, till exempel livsstilsförändringar, kan underlättas av att patienten har möjlighet träffa samma läkare. För läkarna förbättras arbetsmiljön och inläsningstiden om de får färre patienter. De får en bättre överblick över pågående aktiviteter och det blir lättare att hålla samman utredning och behandling. Effektiviteten ökar också genom att behovet av att dokumentera flera gånger kan minska och onödiga undersökningar och behandlingar kan undvikas.

De patientgrupper som har störst behov av kontinuitet är ”vårdens storkonsumenter”, det vill säga personer med komplexa vårdbehov och patienter i behov av vård i hemmet, enligt underlagen. Överenskommelserna mellan staten och SKR nämner också barn och unga samt vikten av att deras behov av ökad delaktighet, samordning och kontinuitet tillgodoses. För fast läkarkontakt nämner propositionen personer med komplexa behov, som multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar: ”Regeringen förutsätter att den som har störst behov av en fast läkarkontakt i primärvården också får en sådan.” Och för fast vårdkontakt gäller också att en sådan utses för patienter som har behov av det, enligt patientlagen (2014:821).

Förutom behov kopplas kontinuitet också till viss del till efterfrågan. I propositionen står att de patienter som vill ha en fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt ska få det, och att det också kan gälla andra patientgrupper än de med stora behov, till exempel vid mer sporadiska kontakter. Å andra sidan ska ”vården respektera att inte alla patienter efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare.”

Ökad kontinuitet ska alltså uppnås genom fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. I propositionen står att en undersökning visat att åtta av tio patienter vill ha en fast läkarkontakt i primärvården, men att bara knappt hälften har det. Orsaker kan vara få läkare eller att patienter och vårdpersonal inte känner till möjligheten. I överenskommelserna mellan staten och SKR för 2022 sattes mål för kontinuiteten. Senast vid årets slut 2022 skulle minst 55 procent av befolkningen ha en namngiven fast läkarkontakt i primärvården och kontinuitetsindex skulle öka med 20 procent. För personer i särskilt boende för äldre var målen 80 procent och en ”betydande ökning”. Målnivåerna skulle successivt öka. I överenskommelsen för 2024 utgår dock målen som sådana, eftersom det har varit svårt att kartlägga måluppfyllelsen. Däremot kvarstår i stort målet med ökad kontinuitet i primärvården samt i övriga hälso- och sjukvården (Socialdepartementet, 2024).

Fast vårdkontakt ska också utses ”om patienten begär det eller det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov”, enligt propositionen. Också ett fast vårdteam med olika kompetenser kan erbjuda kontinuitet om behov finns.

Ett verktyg för förbättrad informationskontinuitet är de dokumenterade överenskommelserna (före detta patientkontrakten), som dessutom ska bidra till delaktighet och utveckling av personcentrerade arbetssätt och till vårdens effektivisering.

6.2.1 Prioritering och kontinuitet från underlagen

Utöver att det står i propositionen att ”Regeringen förutsätter att den som har störst behov av en fast läkarkontakt i primärvården också får en sådan” står det inte mycket om prioritering av kontinuitet i underlagen.

6.3 Analys av kontinuitet i relation till den etiska plattformen

6.3.1 Alternativkostnad

Ökad kontinuitet har en alternativkostnad, på samma sätt som tillgänglighet. Om alla patienter i huvudsak ska få träffa bara en eller ett par medarbetare i vården måste just de medarbetarna finnas tillhands när behov uppstår. Eftersom ”flödet av vårdsökande” inte är jämnt fördelat innebär det att en viss överkapacitet måste finnas för bästa möjliga kontinuitet. Överkapaciteten har en direkt kostnad som kunde ha använts till annan vård i den vårdverksamhet där man ökar kontinuiteten.

Samtidigt kan det, liksom vid tillgänglighet, leda till minskad resursanvändning i stort, antingen i den egna verksamheten eller inom andra verksamheter. Återigen innebär det att man behöver göra en horisontell prioriteringsbedömning även i relation till andra delar av hälso- och sjukvården, kanske även andra delar av samhället och inte bara inom sin egen verksamhet. Det är mer utmanande om en verksamhet tar kostnaden för insatsen, medan andra verksamheter eller andra delar av systemet får minskade kostnader.

6.3.2 Kontinuitet följer person snarare än enskilda tillstånd och åtgärder

Enligt de prioriteringsetiska principerna ska tillstånd med större svårighetsgrad, större nytta av en åtgärd och lägre kostnad (större kostnadseffektivitet) prioriteras högre än tillstånd med lägre svårighetsgrad, lägre nytta och högre kostnad. När det gäller kontinuitet är det svårt att applicera, eftersom det snarare är patienten som behöver (kan få) kontinuitet. En person kan ju ha ett eller flera tillstånd med olika svårighetsgrad, som kanske varierar över tid, och behandlas med flera åtgärder med varierande kostnadseffektivitet. Det innebär att behovet av kontinuitet inte kan värderas utifrån ett visst tillstånds- och åtgärdspar som i den nationella modellen, eftersom kontinuitet innebär kontakt vid alla olika typer av tillstånd. Därför måste ”hela personen” få mer eller mindre kontinuitet. Det skulle då kunna handla om grupper med generellt stora behov som barn, sköra äldre samt personer med nedsatt autonomi och i övrigt komplexa vårdbehov, vilket också är grupper som nämns i propositionen. För de grupperna skulle man kunna behöva eftersträva så hög kontinuitet som möjligt.

Patienter med likvärdiga vårdbehov bör få lika kontinuitet. Liksom för tillgänglighet kan det finnas skäl att kompensera personer eller grupper som av olika skäl systematiskt kan missgynnas. Det skulle kunna röra sig om personer med nedsatt autonomi, funktionsvariationer eller låg socioekonomisk position. Det är dock inte självklart att tillgängligheten alltid är hög även om patientgrupperna har en hög kontinuitet genom en väl etablerad relation med läkare eller andra vårdprofessioner. Om de har lindriga tillstånd eller tillstånd

där åtgärder har en begränsad nytta i relation till resursanvändningen, är det rimligt att de grupperna får stå tillbaka på liknande sätt som andra grupper.

6.3.3 Behov eller efterfrågan?

Skrivningen i propositionen att ”den som har störst behov av en fast läkarkontakt i primärvården också ska få en sådan” är delvis dubbeltydigt. Det kan tolkas som att den som har stora hälso- och sjukvårdsbehov också ska få en fast läkarkontakt i större utsträckning, vilket är en tolkning i linje med prioriteringar enligt den etiska plattformen. Det kan finnas grupper som har andra skäl till att ha behov av en fast läkarkontakt än att man har ett stort hälso- och sjukvårdsbehov. I det flesta fall förefaller det dock rimligt att tolka det som att dessa grupper sammanfaller. När man nämner personer med komplexa vårdbehov och kronisk sjukdom som grupper i behov av kontinuitet, så är det ju också grupper som generellt kan anses ha större hälso- och sjukvårdsbehov.

Det kan dock finnas grupper som av andra skäl, exempelvis bristande autonomi har behov av fast läkarkontakt även om deras vårdbehov är mer begränsat. Det kan då motiveras av att man ska kunna leva upp till människovärdesprincipens förväntningar på likabehandling i relation till andra grupper med liknande behov.

Samtidigt framgår det av propositionen att ”Kärnan i kontinuiteten ska vara en fast läkarkontakt för alla patienter som vill det.” Patienter som önskar det har enligt lagen också rätt att välja fast vårdkontakt. Om patienter med små behov önskar fasta kontakter, och tillgången på till exempel allmänläkare eller annan personal som kan vara fasta vårdkontakter samtidigt är begränsad, uppstår en konflikt. I vilken utsträckning ska alla ha rätt att välja?

På motsvarande sätt som när det gäller tillgänglighet, menar vi att en ökad kostnad för kontinuitet för grupper med behov som anses lägre prioriterade, måste kunna motiveras med systemeffekter eller utifrån ett systemperspektiv. Det innebär att det ska vara kostnadsbesparande eller nödvändigt för att säkerställa förtroendet för systemet, framför allt om den ökade kostnaden i den egna verksamheten drabbar patientgrupper med högre prioriterade behov. Då kanske det är bättre att eftersträva en rimlig nivå av kontinuitet som framför allt kan kopplas till att vården bör vara effektiv och patientsäker, snarare än kopplad till patienternas behov av trygghet och minskad oro.

6.3.4 Geografisk jämlikhet?

Enligt de prioriteringsetiska principerna bör den med störst behov få kontinuitet i första hand. En fråga uppstår då om fördelningen efter behov ska ske inom en vårdenhet, inom en hel region eller med någon annan avgränsning? Om några vårdenheter har stor brist på personal som kan vara fasta kontakter, ska patienter med relativt stora behov då bli utan, samtidigt som personer med lägre behov kanske får en fast kontakt på en annan vårdenhet? En lösning skulle kunna vara att de med stora behov listas på de bäst bemannade enheterna.

Här skulle ett tydliggörande om hur det i så fall kan gå till i relation till lagen om valfrihetssystem vara värdefullt.

6.3.5 Målkonflikt mellan kontinuitet och tillgänglighet

Det finns en möjlig konflikt mellan god tillgänglighet och god relationell kontinuitet. Om en patient med stora behov ska kunna träffa samma läkare, eller samma person med någon annan kompetens, måste den personen finnas tillgänglig. Om patienten dessutom ska slippa vänta, måste personen jobba nära patienten och ”ha lediga tider” när behovet inträffar. Dessutom måste personen finnas geografiskt nära. Det kommer då att krävas en överkapacitet av vården. Om inte, måste patienten välja mellan att vänta längre för att träffa den hen brukar eller träffa någon annan som finns geografiskt nära och har tid när behovet uppstår.

Man kan tänka sig att det i vissa situationer är viktigare med hög kontinuitet, till exempel vid återkommande icke akuta vårdbehov, och att patienten då kan acceptera att tillgängligheten blir sämre. I andra situationer kan hög tillgänglighet vara viktigast, till exempel vid akut svår sjukdom och då blir kontinuiteten mindre viktig.

6.3.6 Patient- och systemperspektiv

Relationskontinuitet kan ses ur både patienternas och systemets perspektiv. Utifrån patienternas perspektiv är relationskontinuitet viktigt för att vården ska bli trygg och säker och för att patienterna ska uppleva så god nytta som möjligt av vården. Samtidigt medför god relationskontinuitet lägre vårdkostnader och minskat vårdutnyttjande, även för yngre och relativt friska personer. Ur det systemperspektivet är kontinuitet viktigt för att resurserna ska kunna användas så effektivt som möjligt.

Här kan man hävda att patientsäkerhet och patientnytta är allra viktigast för dem med större behov, eftersom det för dem troligen har större konsekvenser om vården inte blir patientsäker och har avsedd nytta. Det innebär att ju större behov det rör sig om, desto mer bör prioriteringen vara kopplad till patientgruppens behov av god vård. Även det omvända gäller: Ju mindre patientgruppens behov är, desto mer bör prioriteringen vara kopplad till systemets behov av att använda resurserna på ett effektivt sätt, till exempel för att uppnå målet om minskat söktryck på akutmottagningarna eller för att säkerställa förtroende. Här är det dock viktigt att väga in de mer långsiktiga konsekvenserna för vissa patienter av att uppleva otrygghet, även om det saknas ett tydligt medicinskt behov som därmed leder till att man söker vård upprepade gånger.

6.3.7 Fritt val eller högre kostnadseffektivitet?

I propositionen poängteras att inte alla patienter efterfrågar ”personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare” och att den måste anpassas till patientens preferenser. Samtidigt tar man upp många goda effekter av kontinuitet inklusive bättre medicinska utfall, lägre kostnader och mindre sjukhusvård samt större effektivitet. Man kan då ifrågasätta i vilken utsträckning patienter ska kunna ”avstå från kontinuitet”. Hur stor alternativkostnad för självald låg kontinuitet är rimligt? Eller uttryckt på ett annat sätt: Hur stora kostnader uppstår någon annanstans i systemet för att patienten väljer bort kontinuitet?

Här borde en högre alternativkostnad vara mer acceptabel vid större behov men samtidigt uppfattar vi propositionen som att det framför allt är personer med mindre vårdbehov som kan vilja välja bort kontinuitet. Även här skulle ett klagörande om alternativkostnader var värdefullt.

När det gäller informationskontinuitet kan man argumentera att det är viktigt oavsett vilken grad av behov det handlar om, för att kunna bedriva en kostnadseffektiv och patientsäker vård. Vi kan se det ur både patienternas och systemets perspektiv: Ju större behov, desto mer bör prioriteringen vara kopplad till patienternas behov av god vård. Och ju mindre behov, desto mer angeläget att vården inte använder onödiga resurser, utan bedrivs kostnadseffektivt och att ökade kostnader för förbättrad kontinuitet kan leda till besparingar för systemet. Eftersom informationskontinuitet både beror på fungerade patientjournalssystem och på relationskontinuitet, kan man möjligen hävda att kombinationen blir viktigare för större behov. Ju mindre behov det rör sig om, desto mer minskar vikten av relationskontinuiteten om en prioritering behöver göras.

På motsvarande sätt kan man argumentera för att även behandlingskontinuitet kan ses ur patientens och systemets perspektiv. Från patientens perspektiv handlar det om att få så god vård som möjligt. Från systemets perspektiv handlar det i stället om att använda resurserna på ett så kostnadseffektivt sätt som möjligt och bidra till legitimitet för systemet.

Ur den etiska plattformens perspektiv kan man hävda att det är viktigare att se till att patienter med stora behov får en god vård än att patienter med lindrigare behov får det (om man tvingas välja). Det innebär återigen att behandlingskontinuiteten som tillgodoser patientgruppens behov av god vård kan få större prioritet för större behov. När behoven är lindrigare kan perspektivet av att kunna bedriva en kostnadseffektiv vård och inte slösa resurser i onödan i stället bli viktigare.

7 Delaktighet

Det här är våra viktigaste resultat om delaktighet:

- Delaktighet har en alternativkostnad som kan leda till besparingar inom eller utanför den egna verksamheten, dock troligen på längre sikt.
- Delaktighet, i form av informerat samtycke inför behandlingar och andra åtgärder kan inte prioriteras bort.
- Högre grad av delaktighet bör ges ju högre prioriteringsnivån enligt de etiska principerna är. Detta gäller även upplevd delaktighet. Vid större behov kan insatser för att skapa upplevelsen av delaktighet därför behöva få mer resurser.
- Vid mindre behov bör mindre möjligheter ges för patienten att välja behandlingsalternativ som är resurskrävande och mindre kostnadseffektiva.
- Egenvård sker på eget ansvar och kräver förmåga och vilja. Ur ett systemperspektiv kan mer egenvård leda till minskade kostnader. Vid mindre, lägre prioriterade behov är egenvård i regel enklare för patienten. Det kan därför vara rimligt att ställa högre krav på egenvård vid mindre behov.
- Vid funktionsvariationer och nedsatt autonomi kan förutsättningarna för delaktighet behöva anpassas och få extra resurser så att vården blir likvärdig.
- Delaktighet i form av information till patienten har både ett patient- och systemintresse. Ur ett systemperspektiv kan information leda till minskat vårdsökande, vilket gör information viktigt även vid mindre vårdbehov. Vid större vårdbehov kan större vikt läggas på patientens behov av information på ett mer individanpassat plan.

7.1 Inledning om delaktighet

Delaktighet inom vården har flera olika aspekter, till exempel

- kravet på informerat samtycke i relation till de åtgärder som genomförs med patienten
- möjligheten att få delta i beslutet om sin vård och påverka vilken vård man får
- att bedriva vård, det vill säga det som vi normalt kallar egenvård.
- upplevelsen av delaktighet i sin vård.

I det här kapitlet kommer vi beröra alla dessa fyra former av delaktighet och hur de kan kopplas till nära vård och prioriteringar.

7.2 Delaktighet i lagstiftningen

I 5 kap. patientlagen (2014:821) finns ett övergripande mål kopplat till delaktighet:

1 § Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Grunden för att patienten bör vara delaktig i sin vård kan tyckas självklar. Socialstyrelsen uttrycker detta som att ”varje patient har unik kunskap om sig själv och sina behov, förväntningar och resurser” (Socialstyrelsen, 2020). Förutom att ha reglerats i patientlagen har även frågan om delaktighet aktualiserats genom utvecklingen mot en personcentrerad vård. Även om personcentrerad vård definieras på olika sätt i olika sammanhang, innebär det i korthet att utgångspunkten är personens perspektiv på sin situation och sin hälsa. Personen ses som en ”beslutskapabel, värdefull och jämbördig samarbetspartner i planering, utförande och uppföljningar av vård och omsorg” där delaktigheten är en viktig komponent, enligt rapporten *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård* (2019).

Det här övergripande målet kan dock brytas ner i olika aspekter.

7.2.1 Informerat samtycke

I 4 kap. 2 § patientlagen (2014:821) framgår följande:

2 § Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap.

Här har vi ett, i princip, absolut krav där det krävs legala undantag för att vårdgivaren inte ska hämta patientens samtycke. Förutsättningen är att patienten har tillräcklig autonom förmåga för att ge ett sådant samtycke. Det sägs inte heller något om exakt hur detta samtycke ska utformas, och man kan tänka sig att både explicit och mer implicit samtycke kan vara giltigt.

7.2.2 Möjligheten att påverka behandlingsinsatser

En annan aspekt är i vilken utsträckning delaktigheten innebär att man ska kunna påverka vilken vård man får ta del av (förutom att tacka ja eller nej till erbjuden vård). Patienter har följande möjlighet att välja behandling, enligt 7 kap. patientlagen (2014:821):

1 § När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Här beskrivs en mer begränsad möjlighet att välja eller påverka behandlingen dels utifrån karaktistiken till sjukdomen eller skadan, dels om det är resursmässigt motiverat.

7.2.3 Vara delaktig i sin egen vård

Delaktighet kopplas även till patientens möjlighet till egenvård. Egenvård är ett komplext begrepp som kan omfatta många olika former av vård. Det kan handla om den vård som vi bedriver själva när vi drabbas av lättare åkommor, där vi inte söker professionell vård eller skulle kunna klara själva utan att söka professionell vård. Exempel på det är när vi tar värktabletter för att få ner feber i samband med en influensa.

Det kan också handla om vård som patienten själv klarar efter utbildning från hälso- och sjukvården, till exempel såromläggning eller hemdialys. Ibland kan en anhörig eller hemtjänstpersonal bedriva vården efter att ha fått utbildning. I vissa fall rör det sig om mer avancerad vård, till exempel icke-invasiv ventilation för en ALS-patient av en personlig assistent. Några gånger kan beslut om eventuell egenvård kompliceras av vilken huvudman som förväntas betala för insatserna.

I 5 kap. patientlagen (2014:821) framgår följande:

2 § En patients medverkan i hälso- och sjukvården genom egenvård enligt lagen (2022:1250) om egenvård ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

7.2.4 Upplevd delaktighet

Det finns också en upplevelse av delaktighet som handlar mer om att känna sig sedd, involverad, att ens identitet respekteras och liknande aspekter (Sandman & Kjellström, 2024).

7.3 Delaktighet i underlagen

I propositionen (2019/20:164) beskrivs delaktighet dels som patientens möjlighet att påverka vårdens innehåll, dels som en möjlighet till egenvård. Patienterna ska vara informerade om olika alternativ för utredning och behandling, så att de kan fatta väl avvägda beslut i så stor utsträckning som de önskar. Patienten ska ses mer som en fullvärdig medlem i vårdteamet.

Personcentrerad vård är ett sätt att skapa delaktighet och innebär att utgångspunkten för vården är patientens egna behov, preferenser och resurser, att man tar tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdmötet och i utformningen av hälso- och sjukvården. Det gäller utredning och behandling, val av kontaktvägar och närståendes involvering. Personcentrering innebär också stöd till patientens egenvård, vilket också ska anpassas till patientens behov, förutsättningar och preferenser samt hur mycket ansvar patienten kan och vill ta.

De dokumenterade överenskommelserna (före detta patientkontrakten) är en sammanhållen planering av patientens samtliga vård- och omsorgskontakter. De är

”verktyg som bidrar till delaktighet och till utvecklingen av personcentrerad vård”. De är också en teknisk lösning som ska underlätta samordningen av patientens vårdinsatser, bland annat ska de kunna visualiseras digitalt via 1177 Vårdguiden.

Patientkontraktet ska innehålla de vårdinsatser som vårdgivare och vårdtagare har kommit överens om, inklusive de insatser som patienten själv ansvarar för, inklusive hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Skäl som anges för att öka delaktighet är att kunna ”möta utvecklingen med en ökad förekomst av kroniska sjukdomar och ökad ojämlikhet i hälsa” med bättre ”förutsättningar för människor att vara medskapande i sin egen vård och hälsa”. Ökad delaktighet är därmed en ”förutsättning för att kunna klara hälso- och sjukvårdens utmaningar på sikt”, enligt underlagen (Socialdepartementet, 2019b).

I underlagen står också att ökad delaktighet bidrar till att patienter i större utsträckning följer behandlingsråd, vilket bidrar till en mer effektiv hälso- och sjukvård. Resurser sparas också genom ökad egenvård, vilket bidrar till att mer stödjande insatser kan ges till dem som behöver det. Ökad delaktighet är också viktigt för en god patientsäkerhet samt ökar patientnöjdheten.

De patientgrupper som underlagen tar upp när det gäller delaktighet är personer med kroniska sjukdomar och ”ojämlikhet i hälsa” samt barn och unga. Dokumenterade överenskommelser ska i första hand erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. Även anhörigas behov av hälsofrämjande och förebyggande insatser för att motverka ohälsa tas upp (Socialdepartementet, 2022).

7.3.1 Prioritering och delaktighet från underlagen

Enligt propositionen ska en personcentrerad hälso- och sjukvård ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Prioriteringar ska göras utifrån vem som har störst behov av hälso- och sjukvård.

Regeringen vill ”understryka skillnaden mellan begreppen hög patientdelaktighet och efterfrågestyrd vård. I den etiska plattformen för prioriteringar (Socialdepartementet, 1997) som ligger till grund för bestämmelsen i 3 kap. 1 § andra stycket HSL betonas att vården ska vara behovsbaserad och därmed inte styrd av efterfrågan. Inget hälso- och sjukvårdssystem kan oprioriterat tillgodose alla invånares önskan om vilka medicinska insatser som helst när som helst”, enligt propositionen. Resonemanget fortsätter: ”Det är heller inte önskvärt. Sjukvård ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och det finns en rad exempel på insatser och åtgärder som vid fel tillfälle och på fel indikation är direkt skadliga, såsom användning av antibiotika där det inte är befogat eller de risker med strålning som kan uppstå vid onödiga röntgenundersökningar.”

7.4 Analys av delaktighet i relation till den etiska plattformen

7.4.1 Alternativkostnad

Ökad delaktighet har en alternativkostnad. Den tid vi behöver använda för att patienten ska uppleva sig delaktig, för att kunna bedriva en effektiv egenvård eller för att kunna ha

möjlighet att kunna ta ställning till olika alternativa behandlingar hade kunnat läggas på annat. I vissa fall kommer den tidskostnaden leda till tidsbesparingar eller andra besparingar inom eller utanför den aktuella verksamheten, men det gäller troligen då på lite längre sikt och den aktuella alternativkostnaden kvarstår.

7.4.2 Informerat samtycke

Eftersom det är ett, i det närmaste, absolut lagkrav att patienterna ska ge sitt informerade samtycke till de insatser som de erbjuds, förefaller det svårt att anlägga ett prioriteringsperspektiv på det. I det följande undantar vi därmed den aspekten av delaktighet från vår analys och förutsätter att man behöver avsätta tillräckliga resurser för att patienterna ska kunna ge ett tillräckligt informerat samtycke i de situationer där det är ett lagkrav.

Om vi ska öka delaktigheten för de andra delarna, krävs dock normalt betydligt mer resurser i form av tid och dialog för att patienterna både ska ha faktiska möjligheter att påverka vården och få en upplevelse av att vara sedda och involverade. Detsamma gäller för att kunna bedriva egenvård på ett meningsfullt och patientsäkert sätt.

7.4.3 Olika grad av delaktighet beroende på behov

Om vi vill öka den delaktighet som inte bara är ett absolut lagkrav, kan vi anta att alternativkostnaden också ökar (åtminstone i det korta tidsperspektivet och inom den verksamheten där delaktigheten ökar). Enligt den etiska plattformen bör grunden vara att ju större behov, desto större delaktighet och därmed större möjlighet att påverka vårdens utformning utifrån egna värderingar och uppfattningar.

7.4.4 Mer självbestämmande och större valfrihet vid större behov?

Om vi utsträcker självbestämmandet till att patienterna också har möjlighet att påverka vilken vård de får del av så kan vi förhålla oss delvis annorlunda. I patientlagens 7 kap 1§ (2014:821) möjligheten att välja behandlingsalternativ (se ovan), kan den senare delen av paragrafen tolkas som att möjligheten till val av behandlingsalternativ kan kopplas till behovets storlek och vad som är motiverat i form av kostnadseffektivitet i relation till det behovet. Enligt den gängse tolkningen av den etiska plattformen ställs det krav på högre kostnadseffektivitet vid mindre behov än vid större behov. Det kan i sin tur påverka möjligheten till delaktighet i form av inflytande över vilken vård som ges. Utrymmet för att välja ett behandlingsalternativ som är mer resurskrävande och därmed mindre kostnadseffektivt kan generellt sägas vara mindre vid mindre behov.

En personligt utformad vård för varje individuell patient kan ta mer tid för personalen och också innehålla olika krav på vården. Kraven kan medföra en ökad resursåtgång och därmed vara en mindre effektiv användning av resurserna. Ett exempel kan vara att patienten i stället för att få en standardbehandling och standarduppföljning av ett problem får uttrycka sina egna preferenser, och att behandling och uppföljning förändras och omdisponeras enligt det. Även om både standardåtgärderna och patientens egna önskemål om insatser är inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet kan det senare

alternativet tänkas ta längre tid, som kunde använts till en annan patient. Det är alternativkostnaden.

Patientens val kan också innehålla önskemål om undersökningar, behandlingar och uppföljningar som i sig skulle medföra ökad resursåtgång. Här får man tänka sig ett begränsat val inom det som kan anses vara likvärdiga vårdåtgärder vid ett visst tillstånd eller ett visst behov, även om det i viss mån kan uppfattas som en begränsning av delaktigheten. Behovet bör styra insatsen, inte patientens önskan, inte ens om det rör högt prioriterade patientgrupper.

Den acceptabla alternativkostnaden får sägas vara lägre vid mindre behov. Men det är motiverat om möjligheten att påverka vården även vid lindrigare tillstånd leder till en mer kostnadseffektiv resursvändning, exempelvis genom ökad följsamhet och därmed faktisk patientnytta av den insatta vården.

Patient- och systemperspektiv

På motsvarande sätt som för kontinuitet och tillgänglighet kan vi även här tillämpa å ena sidan ett patientperspektiv och å andra sidan ett systemperspektiv. Generellt kan det sägas att värdet av delaktighet varierar för olika patienter. Det kan handla om en större eller mindre önskan och möjlighet att själv få vara aktiv, planera, besluta om och genomföra den egna vården. Beroende på önskan och förmåga kan delaktighet också innebära ett ansvar som inte alltid är önskvärt ur ett patientperspektiv. Stor delaktighet behöver därför inte enbart vara positivt. Om hög delaktighet medför att patienten själv, genom att vara med och utforma vården, tar ett större egenansvar att följa planer och ordinationer, kan det bidra till ökad effektivitet i sjukvårdssystemet. Då kan det till och med spara resurser för vården, och vara motiverat ur ett systemperspektiv även vid mindre behov.

Liksom för ökad tillgänglighet och kontinuitet ställs det då krav på att ökad kostnad för den enskilda vårdverksamheten kan motiveras genom den formen av systemskäl. Att välja ett annat behandlingsalternativ än det som hälso- och sjukvården rekommenderar, kan naturligtvis vara mindre kostsamt om patienten väljer ett mindre resurskrävande alternativ. Men det kan också innebära en risk för sämre behandlingseffekt eller större risker som ger upphov till större vårdbehov längre fram. Lagstiftaren har uppmärksammat det genom att lägga in ett avsnitt om vikten av att bedöma om ett sådant behandlingsalternativ är rimligt ur ett kostnads- eller resursperspektiv.

7.4.5 Större krav på egenvård vid lägre behov?

Patientens möjlighet att bedriva egenvård beror både på patientens egen inställning till egenvård och på patientens faktiska förutsättningar.

Att ta tillvara patientens egna resurser genom egenvård är resursbesparande för den offentliga hälso- och sjukvården, om den bedrivs på rätt sätt och inte leder till fler vårdbehov. Därmed finns det uppenbarligen ett systemintresse av egenvård. Genom att patienten själv får utforma vården och ta ett större egenansvar för vårdinsatser både genom att följa uppgjorda planer och genom att utföra egenvård skulle det medföra en ökad effektivitet.

Samtidigt har även det här perspektivet ett patientperspektiv. Dels kan det stärka patientens egen upplevelse av sig själv som en kompetent person, dels skapa en större möjlighet till självständighet gentemot den professionella vården.

I propositionen påpekas att graden av delaktighet, inklusive egenvård, ska bero på patientens behov och resurser men också preferenser. Beroende på att de offentliga resurserna inte räcker till att bekosta all form av vård, kan det vara nödvändigt att bedriva egenvård. Följer vi den etiska plattformen, bör det i större utsträckning gälla vid mindre behov än vid större behov, vilket kan tolkas så att patientens möjlighet att ”välja bort” egenvård bör vara lägre vid mindre behov. Egenvård kan alltså anses mer motiverat utifrån ett systemperspektiv för mindre behov, men det kräver ändå en resursinsats som möjliggör en långsiktigt resurseffektiv egenvård. Den vård patienten bedriver ska inte leda till ökande och mer resurskrävande vårdbehov på sikt.

Egenvård kan också sägas vara mest motiverat när det handlar om mindre behov eller framför allt vid lindrigare tillstånd. Skälet är att ett lindrigare tillstånd i större utsträckning möjliggör egenvård på grund av patientens egna resurser än vad som oftast är fallet vid allvarligare tillstånd. Det är dock viktigt att påpeka att även vid allvarligare och mer långvariga tillstånd, kommer patienten förväntas (och ofta också vilja) ta hand om stora delar av sin vård på egen hand.

En viktig grundvärdering i den etiska plattformen är jämlikhet. Eftersom olika patienter har olika förutsättningar att bedriva egenvård, finns det en risk för ökad ojämlikhet om vi ökar graden av egenvård inom hälso- och sjukvård. Det kan vara mer acceptabelt med en viss ojämlikhet när det gäller lindrigare behov än större behov, vilket också bör påverka i vilken utsträckning patienter (med nedsatta förutsättningar för egenvård) förväntas bedriva egenvård.

7.4.6 Upplevelse och känsla av delaktighet i relation till behov

En viktig aspekt av delaktighet är att patienter upplever eller känner sig delaktiga. Med det menar vi inte att patienterna, på falska grunder, upplever delaktighet, utan snarare att de upplever att de blir lyssnade på, blir behandlade som några vars perspektiv är viktigt, vars upplevelse av sin situation blir tagen på allvar, vars identitet och specifika värderingar tas på allvar och vägs in vid beslutet. Återigen är detta viktigt oavsett vilken typ av behov patienten har av vård och är något som generellt bör känneteckna varje vårdmöte. Upplevelsen av delaktighet underlättas förmodligen också av det vi kallar relationskontinuitet, även om den kan skapas i ett kort och tillfälligt vårdmöte.

På samma sätt som med flera andra av de faktorer vi diskuterar i den här rapporten, finns det både ett patient- och ett systemperspektiv på delaktighet. Från ett patientperspektiv är det kopplat till att bli respekterad som person, men det bidrar också till positiva upplevelser i form av trygghet. Patienterna får även möjlighet att bidra med information om vilka de är, vad som är viktigt och därmed öka möjligheten att anpassa vården på ett sätt som leder till faktisk patientnytta för de specifika patienterna. Från ett systemperspektiv kan det också finnas ett samband mellan upplevelsen av delaktighet, patienttrygghet och att man därmed får en mer effektiv användning av resurserna – framför allt om det rör sig om större behov med allvarligt sjuka patienter och patienter

med mer komplexa tillstånd eller multisjuklighet. Upplevelsen av delaktighet ökar då tryggheten och kan därmed minska behovet av att söka oplanerad vård.

7.4.7 Anpassad delaktighet vid funktionsvariation och nedsatt autonomi

En förutsättning för patientens delaktighet är en tillräcklig grad av autonom förmåga. Den förmågan kan vara tillfälligt ur spel på grund av ett akut tillstånd, eller mer permanent påverkad genom en kognitiv funktionsnedsättning eller på grund av andra skäl. Eftersom autonom förmåga, inklusive beslutskapacitet, är en gradvis förmåga, kan även personer med nedsatt autonomi få möjlighet till viss delaktighet, även om det finns en nedre gräns för förmågan när delaktighet inte längre är möjligt eller meningsfullt (Sandman & Kjellström, 2024).

Enligt människovärdesprincipen ska prioriteringen av vård och därmed också innehållet i, eller utformningen av vården inklusive delaktigheten, inte styras av andra faktorer än behov. Patienter med likvärdiga vårdbehov bör därför kunna erbjudas en likvärdig möjlighet till vård.

För att det ska vara möjligt kan underliggande skillnader hos patienter behöva kompenseras till viss del. Här kan både relationskontinuitet och delaktighet vara viktiga instrument för att skapa det.

Vid riktigt svåra och väldigt akuta besvär (som kan jämföras med tillfälligt nedsatt autonomi) kan man anta att delaktighet inte är lika angeläget som god medicinsk kvalitet. För personer med nedsatt autonom förmåga minskar möjligheten att vara fullt ut delaktig, men samtidigt kan delar av delaktigheten fortfarande upprätthållas och kanske vara ännu viktigare för att patienterna ska få en mer likvärdig vård (jämfört med patienter med liknande behov men utan nedsatt autonom förmåga). I den mån den autonoma förmågan inte är helt borta, kan det krävas mer tid för information och mer resurser för att skapa en upplevelse av att vara lyssnad på och uppleva trygghet. Det kan i sin tur vara viktigt för att de här patienterna ska få en likvärdigt god vård som leder till samma nivå av patientnytta som för andra patienter med liknande behov. Det kan också vara viktigt utifrån ett samhällsperspektiv där vi använder våra resurser på ett resurseffektivt sätt, det vill säga så att insatta resurser faktiskt får effekt på patienterna tillstånd på ett rättvist och likvärdigt sätt. För patientgrupper med bristande autonom förmåga är det dock viktigt att betona att delaktigheten inte får påverka vården negativt. Genom att lägga beslut på dessa patientgrupper får man inte medverka till att de väljer bort eller väljer vård som är suboptimal utifrån deras behov.

7.4.8 Information också till dem med mindre behov

Oavsett hur stort eller litet behov en patient har, är information till patienten väsentlig och det förefaller svårt att gradera den utifrån ett prioriteringsperspektiv. Men man kan anlägga ett patient- och ett systemperspektiv på detta. Från patienternas perspektiv är informationen viktig för att de ska känna sig trygga, förstå vad som händer, få underlag till att fatta beslut om sin vård, få underlag till att följa vårdrekommendationer eller kunna

bedriva egenvård och känna sig trygga med det och för att kunna fatta ett autonomt beslut om samtycke.

Utifrån systemperspektivet är informationen viktig för att den bidrar till en effektiv användning av resurser. Patienterna söker då inte vidare vård i onödan, på grund av bristande förståelse eller otrygghet, följer vådrekommandationer och undviker fortsatta och kanske ökande vårdbehov som resultat. För större behov kan man lägga större vikt vid det patientinriktade perspektivet, och vid mindre behov mer vikt vid systemperspektivet. Uttryckt på ett annat sätt bör man vid mindre behov oftare bedöma om den informationsgivning som sker är kostnadseffektiv, bidrar till en klok resursanvändning eller är viktig för att säkerställa förtroende, än vad som är nödvändigt vid större behov. I den bedömningen bör det dock ingå att bedöma om en mer begränsad informationsgivning ger mer långsiktiga resurskonsekvenser i form av ökad otrygghet och därmed kanske ökande upplevda vårdbehov och sökmönster för patienten.

7.4.9 Prioritering och onödig eller skadlig vård

I propositionen står som nämnts att prioriteringar ska göras utifrån vem som har störst behov av hälso- och sjukvård. I det sammanhanget nämns också att vården ska ges enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt att undvika åtgärder som vid fel tillfälle och på fel indikation kan vara direkt skadliga.

Här får vi intrycket att man blandar samman begreppen prioritering mellan behovsgrupper (där behov faktiskt finns även om det är i olika grad) och vad man skulle kunna kalla patientsäkerhet, god medicinsk kvalitet eller ”kloka kliniska val” beroende på vilka åtgärder som åsyftas. När prioriteringar måste göras handlar det inte om att ta bort onödiga eller skadliga åtgärder (även om detta förstås måste göras också), utan om att mindre ofta, eller inte alls, erbjuda vård vid mindre behov. Onödiga eller skadliga åtgärder bör tas bort oavsett resurssituationen.

8 Förebyggande insatser

Detta är våra viktigaste resultat om förebyggande insatser:

- I ett systemperspektiv kan det förebyggande arbetet tänkas spara resurser, vilket kan motivera att det erbjuds också till personer med mindre behov. Det kan ändå behövas prioriteringar eftersom vinsterna finns längre fram i tiden och ofta i en annan verksamhet än den där vården ges.
- Förebyggande insatser bör prioriteras på samma sätt som övrig hälso- och sjukvård, det vill säga att de med störst behov får insatserna i första hand.
- Svårighetsgraden när det gäller förebyggande insatser bör bedömas utifrån det eller de tillstånd eller komplikationer man avser att förebygga. Bedömning av behov görs utifrån den riskgrupp eller population som insatsen riktas mot.
- Ur ett jämlikhetsperspektiv kan det vara rimligt att patientgrupper som har den sämsta hälsan i befolkningen prioriteras när det gäller förebyggande insatser. Patientgrupper med funktionsvariationer och nedsatt autonomi kan behöva extra resurser så att vården blir likvärdig.

8.1 Inledning om förebyggande insatser

Förebyggande insatser kan innebära att främja hälsa, förebygga en eller flera specifika sjukdomar, tidigt upptäcka sjukdomar samt förhindra försämring eller komplikation av redan etablerad sjukdom. Begreppen primär- och sekundärprevention används på lite olika sätt inom olika verksamheter.

När man bara talar om förebyggande arbete eller insatser i stort är det ofta oklart vilken typ av förebyggande insatser man syftar på. Breda hälsofrämjande insatser bedrivs ofta utanför sjukvården. Det kan handla om skolidrott, antirökkampanjer, åldersgräns för tobak och alkohol, tillgång till cykelbanor och krav på cykelhjälm till barn för att bara nämna några få exempel. Att förebygga sjukdom kan också göras brett genom vaccinationer, jodtillsats i salt och hygienråd, men även mer individriktat som behandling av högt blodtryck eller rökslutarstöd till individer. Att förhindra försämring som komplikationer av diabetes eller vidareutveckling av KOL (kronisk obstruktiv luftvägssjukdom) är också förebyggande insatser, men kan samtidigt räknas som sjukdomsbehandling. Man kan också tänka sig att det ofta kan gå att förebygga att någon söker sjukvård (eller blir svårt sjuk) genom att till exempel ge ”goda råd i tid”, öka läkemedelsbehandling tidigt vid tendens till försämring, kanske genom egenvård, eller genom att hitta sjukdomar tidigt, som vid bröstcancerscreening.

Mycket förebyggande arbete bedrivs utanför sjukvården i form av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser på populationsnivå. Ett visst ansvar för förebyggande arbete inom vårdcentralernas upptagningsområde fanns tidigare, men togs bort i samband med att man införde lagen om valfrihetssystem, (*LOV att välja – Lag Om*

Valfrihetssystem. Betänkande av Frittvalutredningen. SOU 2008:15 2008). Från 1 juli 2022 har finns dock åter skrivningen om förebyggande insatser i 13 a kap. hälso- och sjukvårdslagen (2023:37): ”Primärvårdens grunduppdrag 1 § Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt [...] tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.” Vilka delar av detta som vårdcentralerna respektive andra delar av primärvårdsorganisationen ansvarar för varierar i olika regioner. Men bevakningsansvaret ligger ofta utanför vårdcentralerna, eftersom den listade befolkningen kan komma från olika håll också varierar när patienter väljer att lista om sig.

När man möter sjuka personer kan man ibland tänka att om det upptäckts och behandlats tidigare, hade personerna inte behövt bli sjuka eller lätt kunnat botas. Det kan vara sant i vissa fall men man glömmer att många har olika typer av tidiga besvär eller symptom som skulle kunna vara tecken på tidig sjukdom men som i de allra flesta fall inte någonsin utvecklas till sjukdom eller behov av sjukhusvård. Här måste man överväga de möjliga negativa effekterna, förutom kostnader, som tillkommer när man behandlar många människor i onödan, både på individnivå (med risk för biverkningar och komplikationer) och ur ett systemperspektiv (med onödig resursåtgång).

8.2 Förebyggande i underlagen

Propositionen (2019/20:164) tar upp förebyggande arbete på många ställen. Man nämner primärvårdens viktiga roll i det förebyggande arbetet på befolkningsnivå och att primärvården ska vara delaktig i samarbete med skola, civilsamhälle och företags- hälsovård, även om en stor del av arbetet sker utanför hälso- och sjukvården. Förebyggande insatser på individnivå som fungerar väl nämns, som det allmänna vaccinationsprogrammet och andra delar av barnhälsovården, mödrahälsovården och de olika nationella screeningprogrammen, till exempel mammografi, medan det individpreventiva arbetet vid ohälsosamma levnadsvanor behöver öka.

Enligt propositionen ska primärvården bidra till livsstilsförändringar för att förebygga kroniska eller andra långvariga sjukdomar samt för att minska risken för felaktig läkemedelsanvändning. Primärvården ska också genomföra insatser för att förebygga psykisk ohälsa och förebygga sjukhusvård för äldre.

Förebyggande insatser tas upp tillsammans med den tillgänglighet som anges vara en förutsättning för det förebyggande arbetet. Man nämner särskilt ökad tillgänglighet i primärvården för äldre och andra med komplexa vårdbehov, för att de ska slippa söka sjukhusvård. Livsstilsförändringar och kontinuitet tas upp tillsammans. När ”patienten har möjlighet att återkommande få träffa samma läkare” kan livsstilsförändringar underlättas.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser ska också ingå i de dokumenterade överenskommelserna (före detta patientkontrakten). Delaktighet återkommer i skrivningen om att förebyggande insatser ska erbjudas utifrån patientens individuella behov och förutsättningar.

I underlagen står att det förebyggande arbetet är viktigt för att uppnå jämlik hälsa och för att minska andelen personer med kroniska sjukdomar, så att sjukvårdsuppdraget ska

kunna hanteras i framtiden med tanke på demografiska förändringar. I överenskommelsen mellan staten och SKR för 2022 skriver man till exempel ”Kunskapen är också större om att mycket går att förebygga, både ohälsa och stora folksjukdomar, genom hälsosamma levnadsvanor. Det hälsofrämjande arbetet kan också handla om att t.ex. utsatthet för våld eller våldsutövande upptäcks för att undvika fysisk och psykisk ohälsa under lång tid. För att möta befintliga och framtida utmaningar behöver hälso- och sjukvården arbeta mer med förebyggande och hälsofrämjande insatser. En utvecklad nära vård med en stärkt primärvård kan ge förbättrade förutsättningar för att möta dessa utmaningar och för att åstadkomma en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt.”

Grupper som särskilt nämns när det gäller det förebyggande arbetet är barn och unga, äldre och andra grupper med komplexa behov, till exempel personer med psykisk ohälsa.

8.3 Analys av förebyggande insatser i relation till den etiska plattformen

Ökat förebyggande arbete har förstås en alternativkostnad liksom annan vård. Det innebär att en prioritering av insatserna behöver göras enligt den etiska plattformen liksom andra åtgärder i hälso- och sjukvården, och att svårighetsgrad och kostnadseffektivitet är det som styr prioriteringen. Det är förstås möjligt att det förebyggande arbetet sparar resurser på sikt och inom andra verksamheter, men nu krävs resurser från den verksamhet som ska erbjuda vården eller insatserna.

För just förebyggande insatser har dock svårighetsgraden generellt ”räknats ner”, eftersom insatserna gäller personer som ännu inte fått sjukdomen och kanske inte heller skulle fått den utan den aktuella insatsen.

I rapporten Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård: Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar (Sandman & Arvidsson, 2023) rekommenderas att förebyggande insatser prioriteras på samma sätt som övrig hälso- och sjukvård. Svårighetsgraden bör bedömas utifrån det eller de tillstånd eller de komplikationer man avser att förebygga, och den bör inte viktas inte ned utifrån risken att drabbas av en sjukdom eller en komplikation av känd sjukdom. Kostnadseffektivitetsbedömningen bör inkludera alla hälsoeffekter när det gäller åtgärder som påverkar flera sjukdomar och den görs utifrån den riskgrupp som insatsen riktas mot.

Fortfarande pågår en debatt om hur man bäst bör lyfta fram förebyggande insatser så att de inte missgynnas.

För bedömning av kostnadseffektivitet när det gäller prevention räknar man på samma sätt som vid annan prioritering. Nyttan och kostnaden ses på gruppnivå, där en viss andel av alla individer som får en insats kan beräknas ha nytta av den.

I underlagen till omställningen till nära vård finns dock ingen diskussion om svårighetsgraden och nyttan, utan man skriver mer generellt om patientgrupper, några olika insatser och ”behov”.

I rapporten Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård: Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar (Sandman & Arvidsson,

2023) poängteras också vikten av att värna om det förebyggande arbetet i sjukvårdsorganisationen, så att det inte trängs undan utan att dess prioritering kan upprätthållas i relation till andra typer av insatser.

Förebyggande insatser är relevanta att betrakta ur jämlikhetsperspektiv, det vill säga dels jämlika förutsättningar eller möjligheter och villkor för att tillägna sig förebyggande insatser, dels att utfallet i hälsa ska bli så likt som möjligt i befolkningen.

Det kan innebära att de patientgrupper som har den sämsta hälsan i befolkningen bör prioriteras när det gäller förebyggande insatser. Vid funktionsvariationer och nedsatt autonomi kan extra resurser behövas, så att alla får lika förutsättningar och vården blir likvärdig.

I propositionen går man inte in på prioritering av olika tillstånd och åtgärder utan nämner förebyggande arbete i stort, som att det generellt ska vara högt prioriterat (se också kapitel 3).

Systemperspektivet, att förebyggande insatser sparar resurser, måste också beaktas och kan motivera prevention för alla behovsgrupper även dem med mindre behov. Det perspektivet har fått stort utrymme i propositionen: ”Om hälsoförebyggande insatser kan bidra till att fler lever både längre och friskare liv, skulle vinsterna för samhället bli stora.” Dock är ”vinsterna” i form av minskad sjuklighet och dödlighet svåra att hämta hem för primärvården, och kanske alls förrän på längre sikt. Därför behövs, trots sparade resurser på längre sikt, en prioritering av patienter där de med stora behov är de som första hand som bör få preventiva insatser i primärvården.

9 Sammanfattning och slutsatser

I det här avslutande kapitlet sammanfattar vi analysen och återkommer till hur vi besvarat de frågor som beskrevs i uppdraget från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och som vi listade i det introducerande kapitlet. De frågor som beskrevs i uppdraget var följande:

1. Vilken vägledning finns i regeringens beskrivning av omställningen när det gäller horisontella prioriteringar i relation till omställningens mål?
2. Vilken vägledning finns i regeringens beskrivning av omställningen när det gäller vertikala prioriteringar i relation till omställningens mål?
3. Vilka målkonflikter aktualiseras i regeringens beskrivning av omställningen?
4. Inom vilka områden finns det störst behov av ytterligare vägledning när det gäller prioriteringar och hur olika mål inom omställningen ska balanseras mot varandra?

9.1 Vägledning för horisontella (och vertikala) prioriteringar

Med vertikala prioriteringar brukar man mena prioriteringar inom ett sjukdoms- eller diagnosområde. I underlagen nämns egentligen inga sådana, utan istället nämner man breda patientgrupper som barn och ungdomar, äldre, personer med komplexa vårdbehov och personer med psykisk ohälsa. Åtgärderna som tas upp är inte heller specificerade utom till ett par exempel framför allt när det gäller förebyggande arbete. I primärvården är dessutom, som nämnts i kapitel 2, verksamheten så bred att prioriteringarna som görs till största delen är horisontella.

Vår tolkning av underlagen är att de endast ger generell vägledning i frågorna om horisontella och vertikala prioriteringar, genom att vid upprepade tillfällen hänvisa till att omställningen ska ske på ett sätt som är i linje med behovsbaserad vård och den etiska plattformen. Det ges dock relativt liten vägledning i vad det innebär mer i detalj och framför allt vilka avvägningar mellan olika behov och behovsgrupper det aktualiserar. Vi har därför försökt att utveckla förståelsen genom att göra en egen prioriteringsanalys av omställningens centrala mål, med fokus på horisontella prioriteringar.

Sammanfattat innebär det att ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet bör i första hand ges till grupper som prioriterats högt enligt de etiska principerna, det vill säga grupper med stora behov, där behov definieras som svårighetsgrad och patientnytta av en insats. Kostnaden vägs också och bör vara rimlig i förhållande till patientnyttan. Lägre kostnadseffektivitet (högre kostnad per nytta) accepteras vid svårare tillstånd, se kapitel 2. För personer med särskilda behov kan extra insatser behövas för att jämlik vård ska kunna uppnås.

För tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet finns en alternativkostnad. Även om resurser sparas i andra delar av sjukvårdssystemet eller samhället, eller egen verksamhet i

ett längre tidsperspektiv, krävs resurser här och nu. Därför behöver ett övervägande göras inte bara om vilka grupper som i första hand böra få ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet, utan också om resurserna borde användas för helt andra åtgärder som kan vara ännu högre prioriterade.

Tillgänglighet och delaktighet kan variera utifrån olika behov, det vill säga vara större vid svåra tillstånd och vid insatser med stor nytta. Men kontinuitet kan inte erbjudas bara vid vissa sjukdomstillstånd och åtgärder, utan det måste ges till en ”hel person” över tid vid sjukvårdskontakter med olika behov. Det innebär dock inte att man måste erbjuda vård vid väldigt lindriga sjukdomstillstånd och åtgärder med liten kostnadseffektivitet. Detsamma gäller jämlikhet där man måste se till hela individens hälsa.

I vissa fall sparas resurser inom hälso- och sjukvården eller andra samhällssektorer om man erbjuder ökad tillgänglighet, kontinuitet, delaktighet och förebyggande insatser till vissa grupper. Det kan då finnas skäl att erbjuda det även till grupper med lägre prioritet. Dock är det ofta så att ”vinsterna” tillfaller en annan del av hälso- och sjukvården eller samhället, och kanske också vid en annan tidpunkt än då de ges, och därför behövs oftast ändå en prioritering inom den verksamhet som ska erbjuda insatserna, i det sammanhanget primärvården.

9.2 Målkonflikter som aktualiseras

I underlagen har vi hittat relativt få explicita exempel på att man uppmärksammat en målkonflikt mellan de centrala målen. I stället ges bilden att ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet i stort kommer leda till ökad jämlikhet och ett förbättrat förebyggande arbete med bättre hälsa och ökad effektivitet i vården. De målkonflikter som nämns är mellan tillgänglighet och kontinuitet samt mellan ökad tillgänglighet genom geografiskt nära vård och behov av centralisering av kostnadsskäl.

I vår analys diskuterar vi ett antal potentiella målkonflikter på vägen mot nära vård. Vi bedömer att det är målkonflikter som inte bara är teoretiska, utan mycket väl kan aktualiseras om man genomför en omställning mot nära vård.

En central underliggande målkonflikt som aktualiseras om man inte gör en tydlig prioritering enligt den etiska plattformen, är att insatser för att öka tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet för vissa patientgrupper kan få en undanträngningseffekt eller negativt påverka vården för högre prioriterade grupper. Det gäller framför allt om man ökar insatserna för lågt prioriterade behov och de inte är kostnadsbesparande för systemet. Den målkonflikten är möjligtvis antydd genom att man säger att dessa insatser ska ske med hänsyn till den etiska plattformen.

Vi har identifierat ytterligare fem målkonflikter. Konflikt uppstår om man följer prioriteringsetiska principer och samtidigt värnar om kostnadseffektivitet i samhället i stort. Man kan inte både prioritera dem med störst behov inom en aktuell verksamhet och ge vårdinsatser vid lägre behov för att det är kostnadsbesparande. Det innebär en kostnad för verksamheten och kräver därmed prioriteringar som kanske inte upplevs vara i linje med den etiska plattformen. Till exempel kan en vårdcentral öka antalet tider för digitala kontakter för patienter med lättare besvär utan en utökad resursram och därmed

personaltillgång. Då måste den tiden tas från andra patienter på vårdcentralen (som kanske borde vara högre prioriterade eftersom de har större behov). Det kanske avlastar akuten och är därmed bättre ur ett systemperspektiv.

Konflikt uppstår mellan samhällsekonomiska skäl för en geografisk centralisering och att erbjuda högre tillgänglighet genom större geografisk närhet. Att driva en sjukvård i ett glesbygdsområde är till exempel förknippat med en hög kostnad som kanske inte kan motiveras, samtidigt som det försämrar tillgängligheten för de patienter som bor i glesbygden.

Konflikt uppstår mellan efterfrågan och behov när det gäller att erbjuda möjlighet att välja kontinuitet även om man har små behov jämfört med att vid resursbrist reservera kontinuitet för dem med stora behov. Att kunna erbjuda patienterna möjlighet att träffa samma läkare på vårdcentralen utan alltför lång väntetid kräver till exempel en viss mängd läkare. Eftersom antalet läkare är begränsat, om patienter vill träffa ”sin” läkare även för mer lindriga behov, blir ju den läkaren inte tillgänglig för andra patienter som har större behov.

Konflikt uppstår mellan jämlik vård och valfrihet. Möjligheten att välja vårdcentral kan innebära att personer med en viss behovsnivå får en insats på en vårdcentral, men inte på annan där det är brist på personal eller andra resurser så att en ”hårdare prioritering” måste göras. Det kan till exempel gälla kontinuitet för olika patientgrupper. På vårdcentraler med god bemanning kan till exempel kontinuitet och andra insatser erbjudas de flesta patienter, medan andra vårdcentraler inte kan erbjuda samma insatser ens till patienter med mycket stora vårdbehov. Personer som inte har förmåga eller geografisk möjlighet att byta vårdcentral får då sämre vård.

Konflikt uppstår mellan tillgänglighet och kontinuitet, där möjligheten att snabbt få kontakt med vården ställs mot möjligheten att få träffa den man brukar träffa och som kanske inte har möjlighet att ge en besökstid direkt. Det råder till exempel i nuläget brist på allmänläkare. Det innebär att man kan behöva vänta relativt länge om man ska få tillgång till ”sin” läkare och framför allt om det handlar om mer akuta besvär. Kanske är en rimlig tillgänglighet (som inte riskerar patientsäkerheten och utfallet för patienten) inte förenligt med att patienten får träffa den läkare hen vanligen träffar.

9.3 Var bör analys och beslut om prioritering ske?

En fråga som aktualiseras av vår analys och de olika aspekter som kan behöva belysas i samband med omställningen till nära vård är var analysen och besluten om prioritering bör ske.

I nuläget fattas beslut om prioriteringar eller beslut som har konsekvenser för prioriteringar på alla nivåer i systemet. På den nationella nivån fattas besluten av riksdag och regering samt i form av riktlinjer från nationella myndigheter och rekommendationer från nationella kunskapsstyrningsfunktioner. På den regionala nivån fattas besluten i politiska församlingar samt i lednings- och tjänstemannaled. Och på verksamhetsnivå fattas besluten på den enskilda vårdcentralen eller motsvarande.

Vissa av de aspekter och målkonflikter av mer övergripande karaktär som vi lyft fram i vår rapport kan behöva förtydligas i lagstiftning eller genom riktlinjer från nationella myndigheter som Socialstyrelsen. Framför allt är det viktigt att förtydliga hur satsningar på ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet ska tolkas i ljuset av den etiska plattformen och hur man bör förhålla sig vid målkonflikter.

Andra aspekter kräver snarare prioriteringsanalys och beslut på en överordnad regional nivå. Om exempelvis en region överväger en viss satsning på nära vård, kräver det en analys av hur det påverkar systemet ur ett horisontellt prioriteringsperspektiv, om det kan motiveras utifrån den analysen och vilka eventuella resursförflyttningar det kan kräva.

På verksamhetsnivå kan det krävas analys av hur de här enskilda förslagen och initiativen faktiskt påverkar verksamheten, vilken konkret undanträngning det leder till och i vilken utsträckning det kan behöva justeras för att konsekvenserna ska bli mer rimliga.

9.4 Verksamhets- och systemperspektiv

Vi har i rapporten vid flera tillfällen påpekat att det kan finnas en motsättning mellan verksamheten och systemet. Insatser för att genomföra nära vård på verksamhetsnivå kan innebära en kostnad, som påverkar prioriteringen inom verksamheten och inte är i linje med den etiska plattformen. Samtidigt kan den kostnaden vara motiverad ur ett systemperspektiv, eftersom det innebär en mer kostnadseffektiv användning av resurserna i stort eller till och med är kostnadsbesparande i relation till den nuvarande situationen. Om det får stora konsekvenser för den enskilda verksamheten förefaller det rimligt att den får en utökad resursram för att hantera det. Den resursramen får naturligtvis då ställas i relation till vilka resurser som kan sparas inom andra delar.

Samtidigt förefaller det inte i nuläget finnas någon del av hälso- och sjukvårdssystemet som har för mycket resurser i relation till sitt uppdrag eller den vård de bedriver. Att skapa ett resurstillskott för primärvårdens verksamheter genom en resursöverföring från andra delar av vårdssystemet kommer därmed få stora konsekvenser för de andra delarna och deras prioriteringar. Det kräver en noggrann prioriteringsanalys utifrån ett horisontellt perspektiv och kan lösas om den totala resursramen för hälso- och sjukvården ökar. Men eftersom ett av resursproblemen handlar om tillgång till vårdpersonal, är det inte självklart att den typen av tillskott kan bidra till att hantera situationen på kort sikt.

9.5 Behov av ytterligare vägledning

Eftersom vår tolkning är att prioriteringsfrågorna behandlas relativt generellt och ger liten konkret vägledning, ser vi att det behövs ytterligare vägledning. I vår analys har vi försökt skriva fram hur vi uppfattar att de centrala målen och de eftersträlvade effekterna i form av jämlikhet och påverkan på förebyggande insatser bör tolkas ur ett prioriteringsperspektiv. Vi hoppas därmed att vår rapport och analys kan ses som ett steg i riktning mot ökad och mer konkret vägledning om hur man kan tänka när man överväger insatser inom ramen för omställningen till nära vård.

De viktigaste frågorna man bör ställa sig är:

- Vilka patientgrupper och åtgärder bör i första hand få ökad tillgänglighet?
- Vilka bör få ökad kontinuitet?
- Vilka bör få ökad delaktighet?
- Vilka bör få stå tillbaka?
- I vilka sammanhang bör systemperspektivet gälla snarare än prioriteringsetiska?

I en bilaga har vi strukturerat ett antal frågor som kan användas som utkast till en modell för att göra en systematisk analys.

10 Referenser

- Cabana MD, Jee SH. (2004) Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract. Dec*;53(12):974-80. PMID: 15581440
- Engström, S., Borgquist, L., Nordvall, D., Albinsson, G., & Arvidsson, E. (2019). Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård förenad med färre besök på akutmottagning. *Läkartidningen*, 116(51–52).
- Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30). (2017). Sveriges Riksdag.
- LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem. Betänkande av Frittvalutredningen. SOU 2008:15 (2008). Stockholm, Sweden
- Motion till riksdagen 2022/23:136. Införande tidsgränser för språktolk. (2022). Robert Stenkvist och Anders Alftberg (båda SD).
- Patientlag (2014:821), (2014). Sveriges Riksdag.
- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. (2018) Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open. Jun 28*;8(6):e021161. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021161. PMID: 29959146; PMCID: PMC6042583
- Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård. (2019). Ödeshög: Svensk sjuksköterskeförening och Svenska Läkaresällskapet och Dietisternas Riksförbund.
<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062310d6/1583937715986/personcentrerad%20v%C3%A5rd%202019.pdf> [hämtat 2024-10-10]
- Prioriteringscentrum. (2017). Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård : ett verktyg för rangordning Prioriteringscentrum
- Riksrevisionen. (2014) Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? (RiR 2014:22). Riksrevisionen; 2014.
- Sandman L. (2017) Prioritising, Ranking and Resource Implementation - A Normative Analysis. *Int J Health Policy Manag. Jun 1*;7(6):532-541. doi: 10.15171/ijhpm.2017.125. PMID: 29935130; PMCID: PMC6015508.
- Sandman, L., & Arvidsson, E. (2023). Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård: Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar (Model for horizontal priority setting - a suggestion : Report from National expert group for horizontal priority setting (engelska)) (Rapport / Prioriteringscentrum: Nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg, 2023:1 https://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1802243&dswid=5897_ [hämtat 2024-10-10]
- Sandman L, Gustavsson E. (2017) The (Ir)relevance of Group Size in Health Care Priority Setting: A Reply to Juth. *Health Care Anal. Mar*;25(1):21-33. doi: 10.1007/s10728-016-0333-3. PMID: 27734213; PMCID: PMC5313590.

- Sandman, L., & Henriksson, M. (2022). Vi borde prata om rättvis vård! I L. Sandman (Red.) Prioriteringscentrum - 20 år i rättvisans tjänst. Linköping University Electronic Press.
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2024). Etikboken – Etik för vårdande yrken. Studentlitteratur AB.
- Sandman, L., & Tinghög, G. (2011). Att tillämpa den etiska plattformen vid ransonering. Fördjupad vägledning och konsekvensanalys, Rapport 2011:7.
- SBU. (2021). Kontinuitet i vården: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter. <https://www.sbu.se/329>. [hämtat 2024-10-10]
- SBU. (2022). Kontinuitet i primärvården [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022. SBU:s upplysningstjänst. <https://www.sbu.se/ut202219>. [hämtat 2024-10-10]
- SKR. (2021). Ersättningsmodeller i primärvården. Delrapport 1 – en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård .
- Socialdepartementet. (1997). Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso-och-sjukvarden_gko360/html/. [hämtat 2024-10-10]
- Socialdepartementet (2017). Statens offentliga utredningar 2017:47. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsaSOU 2017:47. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2017/06/sou-201747/>. [hämtat 2024-10-10]
- Socialdepartementet. (2019a). God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2019-06-19 nr 1:6.
- Socialdepartementet. (2019b). Regeringens proposition 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.
- Socialdepartementet. (2020). God och nära vård 2020. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2020-01-30 nr 1:8.
- Socialdepartementet. (2021). God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Bilaga till regeringsbeslut 2021-01-28 nr I:1.
- Socialdepartementet. (2022). God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Bilaga till regeringsbeslut 2022-01-27 nr. I:2.
- Socialdepartementet. (2023). God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Bilaga till regeringsbeslut 20223-01-26 nr. II:3.
- Socialdepartementet. (2024). God och nära vård 2024. En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav. Överenskommelse

- mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Bilaga till beslut vid regeringssammanträde 23-12-20 nr II:0.
- Socialstyrelsen. (2020). Samlat stöd för patientsäkerhet 2020. Socialstyrelsen.
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbets-sakerhet/patientens-delaktighet/>
[hämtat 2024-10-10]
- SOU 1995:5. (1995). Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Vårdens svåra val.
- TLV (2023). Stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd – till långsiktigt hållbara läkemedelskostnader. (2023).

Bilaga

Utkast till modell för att analysera prioriteringsaspekter av nära vård-initiativ

Vill man prioritera patientgrupper för att öka tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet mer systematiskt kan följande frågor vara aktuella:

1. Etisk prioritering

- Vilka patientgrupper och åtgärder är aktuella för ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet?
- Vilka har störst svårighetsgrad och patientnytta?
- Vilka har lägst svårighetsgrad och patientnytta?
- Hur stor är kostnaden i förhållande till nyttan?
- Hur rangordnas (prioriteras) dessa grupper?
- Finns det andra insatser som är mer angelägna än just ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet? Vad och för vem?

2. Genomförandeperspektivet

- Vilka resurser i personaltid och pengar behövs för att erbjuda ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet?
- Till hur många och vilka av de rangordnade grupperna räcker resurserna för att öka tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet om det inte räcker till alla?
- Hur gör vi med dem som resurserna inte räckte till när det gäller tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet?

3. Systemperspektiv

- Finns det insatser som sparar resurser (tid och pengar) om de erbjuds?
- Vilka bör få dessa insatser?
- Kan vinsten "hämtas hem" här och nu?
- Om inte, hur kan resurser skapas (vad kan tas bort) för att erbjuda den aktuella vården (se punkt 1)?

Nära vård och horisontella prioriteringar

En analys av hur centrala faktorer för nära vård kan ses ur ett prioriteringsperspektiv

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ut ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

 **vård- och omsorgsanalys**

ISBN: 978-91-89933-24-8

