

Att inte längre erbjuda åtgärder inom hälso- och sjukvården

– en checklista för att ta hänsyn till etiska aspekter

Hälso- och sjukvården lever med en ständig resursbegränsning samtidigt ska den alltid bedrivas med utgångspunkt från etiska värden och normer. I tillägg ska den i så stor utsträckning som möjligt vara evidensbaserad. Alla dessa faktorer påverkar vilka åtgärder som bör vara en del av hälso- och sjukvårdens arsenal. I det följande beskrivs, med utgångspunkt från detta, en checklista för hur beslut om att inte längre erbjuda åtgärder inom hälso- och sjukvården (vad som i korthet kan kallas borttagande av åtgärder) kan ske på ett sätt som tar hänsyn till de etiska aspekter som detta aktualiserar.

Beslut om att inte erbjuda åtgärder är i de flesta fall kopplat till att göra prioriteringar inom hälso- och sjukvården och ska därför följa den etiska plattformen för prioriteringar som inkommerats i hälso- och sjukvårdslagstiftningen (HSL 1982:763). Undantaget är borttagande av åtgärder av andra etiska skäl som inte är kopplade till resursbrist. Oftast sker denna form av analys snarare innan man ska införa en viss åtgärd inom den offentliga hälso- och sjukvården – men åtminstone teoretiskt kan man komma fram till att en åtgärd inte längre ska erbjudas utifrån förändrade värderingar etc. Ett exempel på en sådan åtgärd är huruvida man ska erbjuda fosterdiagnostik till föräldrar och vilka egenskaper hos fostret en sådan diagnostik ska avslöja. Beslut om huruvida det ska vara en del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården är inte i första hand en fråga om resurser. När åtgärder måste tas bort av prioriteringsskäl innebär det att människovärdesprincipen, behovs- solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen i första hand ska beaktas i de processer som beskrivs här. Men utöver de etiska aspekter som direkt aktualiseras av den etiska plattformen finns det ett antal andra aspekter som direkt eller indirekt är av etiskt intresse att beakta. Följaktligen tar denna checklista upp även ett antal centrala sådana aspekter och kan därmed ses som ett komplement i relation till de etiska aspekter som implicit beaktas i en prioriteringsprocess där den nationella modellen för prioriteringar används (se Prioriteringscentrums rapport 2011:4).



Förhållandet mellan utmönstring, ransonering och borttagande av andra etiska skäl

I huvudsak finns det tre sätt med åtföljande skäl för varför borttagande av åtgärder kan eller bör ske inom hälso- och sjukvården. Dessa benämns här *utmönstring*, *ransonering*¹ och *borttagande* av andra etiska skäl. I nedanstående figur presenteras schematiskt hur dessa förhåller sig till varandra när det gäller skäl för borttagande och vilka etiska aspekter som bör beaktas. Därefter följer en mer fördjupad beskrivning av detta i text.

Borttagande av andra etiska skäl

Om vi inleder med borttagande av andra etiska skäl så är detta inte kopplat till kunskapsutveckling och resursbrist. I det fallet handlar det om åtgärder med effekt som vi skulle kunna ha råd med, men som inte bör vara en del av den svenska hälso- och sjukvården eftersom de strider mot våra samhälliga värderingar och normer. Detta är en fråga som handlar om vilket samhälle vi vill ha och kommer i detta sammanhang inte att beröras ytterligare.

Exempel inom detta fält är enligt ovan att vi inte erbjuder vissa former av fosterdiagnostik, exempelvis när det gäller att kartlägga egenskaper som kön eller för lindrigare tillstånd, eftersom vi inte vill riskera att skapa ett elitsamhälle. Eller att vi skulle besluta oss för att inte erbjuda omskärelse för pojkar eftersom vi inte anser att man ska utsätta pojkar för medicinskt oberättigade ingrepp. Eller att vi inte erbjuder vissa former av förbättrande kosmetisk kirurgi, eftersom det kan bidra till att förstärka osunda skönhetsideal. Här är det då viktigt att betona att i detta fall gör vi det inte av resursskäl utan av andra etiska skäl. Det innebär att vi i vissa fall skulle kunna ha "dubbla" skäl till att inte erbjuda en viss åtgärd (exempelvis kosmetisk kirurgi) – dvs. det kan stödjas både av resursskäl och av andra etiska skäl.

Resurstillgång	Prioritering	Ej prioritering
Ej resursbrist	Utmönstring – åtgärder med ingen, mycket liten eller skadlig effekt eller tillgång till alternativa åtgärder med bättre effekt • Beror ej på resursbrist, men frigör resurser • Hänsyn till människovärdesprincipen • Granskning av effekt (om det finns alternativa åtgärder) • Granskning av allmänhetiska aspekter	Borttagande av andra etiska skäl • Ej beroende på resursbrist • Granskning av allmänhetiska aspekter
Resursbrist	Ransonering • Beror på resursbrist • Hänsyn till människovärdesprincipen • Granskning av svårighetsgrad, effekt och kostnadseffektivitet • Granskning av allmänhetiska aspekter	

¹ I detta sammanhang används begreppet ransonering för att skilja från den form av prioritering som snarast leder till att man inför nya metoder eller fördelar storleken av resurser på olika metoder eller åtgärder. I vissa sammanhang används prioritering och ransonering som synonyma begrepp men här finns det en vikt i att hålla isär dessa begrepp. Däremot är det så att en ransonering alltid måste föregås av en prioritering för att anses rimlig.

Utmönstring

Utmönstring motiveras av att hälso- och sjukvården endast bör ägna sig åt sådant som bidrar till patientnytta, samt att denna patientnytta i så stor utsträckning som möjligt bör vara evidensbaserad. Allt eftersom kunskapen inom hälso- och sjukvården ökar innebär det att vi kommer fram till att åtgärder som används är skadliga för patienten (eller kanske snarare att de positiva effekterna av åtgärder inte kan väga upp dess negativa effekter), att åtgärder har en alltför liten effekt för att bidra till patientnytta eller att det utvecklas nya åtgärder med bättre effekt som kan ersätta tidigare använda åtgärder. Oavsett hur mycket resurser vi har inom hälso- och sjukvården bör dessa åtgärder tas bort – vad vi här kallar utmönstring. Det innebär att utmönstring inte primärt styrs av resursbrist. Däremot är det naturligtvis så att utmönstring frigör resurser inom hälso- och sjukvården och eftersom hälso- och sjukvården alltid ges under resursbegränsning ger det ytterligare skäl till att ägna sig åt utmönstring.

I analysen av huruvida en åtgärd ska utmönstras eller inte ligger fokus på vilka effekter åtgärden har, summan av de positiva och negativa effekterna och vilken evidens som finns för dessa effekter. Värt att notera i sammanhanget är att effekten ska implicera patientnytta, dvs. att åtgärden ska bidra med en effekt som ur ett patientperspektiv är värdefull i termer av livslängd eller livskvalitet för patienten. Likaså bör det betonas att propositionen kring prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård (Prop. 1996/97:60) inte förefaller göra någon skillnad mellan strikt medicinsk nytta och nytta ur ett patientperspektiv eller uttryckt i propositionens termer, mellan hälsorelaterade och livskvalitetsrelaterade aspekter. Istället bör all nytta bedömas ur patientens perspektiv oavsett om det kan sägas ha en strikt medicinsk nytta eller inte. Detta innebär inte att det är patientens efterfrågan som ska styra huruvida något ska utmönstras eller inte utan betyder snarare att det ska bedömas huruvida åtgärden har värdefulla effekter utifrån patientgruppens perspektiv. En åtgärd kan exempelvis ha effekt på ett visst fysiologiskt mätvärde utan att detta påverkar patientens liv i någon större utsträckning, vare sig i nuet eller i termer av risk för framtida problem – det kan då ses som en effekt som inte är viktig ur ett patientperspektiv.

Vid bedömning av huruvida en åtgärd ska utmönstras eller inte är det väsentligt att inte otillåtna aspekter enligt människovärdesprincipen vägs in – dvs. kronologisk ålder, kön, social och ekonomisk ställning samt tidigare livsstil. Det innebär att en åtgärd endast bör utmönstras för en viss grupp om det finns evidens för att åtgärden inte har någon effekt (eller har skadlig effekt) för denna grupp. I vissa fall kan det naturligtvis vara så att effekten av en viss åtgärd är starkt relaterad till en viss kronologisk ålder, ett visst kön eller att man lever en viss typ av socialt liv. Exempelvis vet vi att effekten av hjärtlungräddning utanför sjukhus är starkt relaterad till ålder och i princip är utan effekt om patienten är över 80 år (REF). På samma sätt kan effekten av multimodal rehabilitering vid smärttillstånd bli sämre utan tillgång till socialt stöd i patientens omgivning (Nationella medicinska indikationer 2011). Hänsyn bör inte heller tas till att vissa grupper skulle kunna motsätta sig att åtgärden utmönstras och därmed kunna påverka beslut kring inom vilka fält utmönstring sker.

I punktform bör alltså en etisk analys vid utmönstring utgå från följande:

- Bedöm effekten av åtgärden ur ett patientperspektiv².
- Observera så att inte bedömningen involverar otillåtna hänsynstaganden utifrån människovärdes principen om inte dessa är relaterade till effekten av åtgärden, dvs.:
 - o Kronologisk ålder
 - o Kön
 - o Social och ekonomisk ställning
 - o Tidigare livsstil
- Om det har konstaterats att åtgärden inte har någon effekt ur ett patientperspektiv, eller har relativt sett sämre effekt än tillgängliga alternativ - låt inte hänsyn till kommersiella eller andra sårintressen åverka huruvida utmönstring sker eller inte.

²Här är det viktigt att betona att när det talas om ett patientperspektiv i detta sammanhang innebär det att vi intar patientgruppens perspektiv, inte enskilda patienters perspektiv.

Ransonering

Prioritering som leder till ransonering motiveras av att hälso- och sjukvården har begränsade resurser. I samband med en ransonering så tar man bort sådant som möter vårdbehov med en viss effekt men där de begränsade resurserna innebär att det måste göras prioriteringar kring vad hälso- och sjukvården ska och inte ska göra. Här är det viktigt att betona att ransonering kan ske på olika sätt och i detta sammanhang kan vi skilja mellan tre olika former av ransonering: 1) Nivåransonering – som innebär att man erbjuder åtgärden så att vårdbehovet tillfredställs i mindre utsträckning (eller inte alls); 2) Indikationsransonering – som innebär att man skärper indikationen för att få tillgång till åtgärden; samt 3) Tidsransonering – som innebär att man får vänta innan man får tillgång till åtgärden (för en utökad förklaring se Sandman och Tinghög 2011).

Ransonering utifrån den etiska plattformen

Enligt ovan så ska prioritering och ransonering i svensk hälso- och sjukvård följa den etiska plattform som riksdagen beslutat om (Prop. 1996/97:60). Vi (Sandman och Tinghög 2011) har i en rapport från Prioriteringscentrum försökt tolka hur den etiska plattformen kan tillämpas i ransoneringssituationer och kommer fram till nedanstående schematiska checklista. En utgångspunkt för checklistan är att principerna har givits en så kallad lexikal ordning, vilket i prioriteringsutredningen innebar att människovärdesprincipen ska vara uppfylld innan behovs- och solidaritetsprincipen tillämpas och behovs- och solidaritetsprincipen i sin tur ska vara uppfylld innan kostnadseffektivitetsprincipen tillämpas. I senare riktlinjer på läkemedelsområdet och inom ramen för arbetet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer har denna lexikalitet mjukats upp. Vår tolkning är fortfarande att vårdbehovet eller vad som i den nationella modellen kallas för svårighetsgraden hos tillståndet ska ges en större tyngd än effekten av åtgärden respektive kostnadseffektiviteten av åtgärden vilket tagits hänsyn till i checklistan. Utöver det som regleras i plattformen tillkommer även frågor om evidensen för effekt och kostnadseffektivitet. När det gäller att justera rangordning utifrån evidens är det dock viktigt att vara medveten om olika åtgärders möjlighet att evidensbaseras i strikt bemärkelse – dvs. där dubbelblindade randomiserade kontrollerade studier av god kvalitet ger högst evidens. Här kan det finnas forskningsetiska skäl, metodologiska problem samt även tillgången till forskningsresurser inom fältet som påverkar detta. I relation till åtgärder som av dessa skäl kan ha svårt att evidensbaseras bör detta vägas inom och här blir snarare konsensus inom den kliniska professionen väsentligt. Nedanstående checklista presenteras i ett överskådligt flödesschema, tillsammans med övriga etiska aspekter, i ett appendix.

- Finns det åtgärder som har mycket liten effekt, saknar effekt eller har negativ (skadlig) effekt med rimlig evidens? Eller finns det nya åtgärder med bättre effekter som ersätter dessa åtgärder? Om ja, bör dessa ha blivit föremål för utmönstring (enligt ovan) innan en ransonering påbörjas.
- För de åtgärder som inte uppfylla förra kriteriet sker en bedömning av svårighetsgrad och effekt av åtgärd sker utan hänsyn till (i den mån dessa faktorer inte påverkar effekten av åtgärden):
 - Kön
 - Kronologisk ålder
 - Social och ekonomisk ställning
 - Tidigare livsstil
- Denna bedömning av svårighetsgrad och effekt av åtgärd bör beakta följande:
 - Observera att den etiska plattformen inte gör någon strikt skillnad mellan medicinska Och livskvalitetsbehov.
 - Svårighetsgrad med avseende på livslängd bedöms efter hur kort överlevnadstid som riskeras som ett resultat av vårdbehovet.
 - Svårighetsgrad med avseende på livskvalitet bedöms utifrån avvikelser från en gemensamt accepterad nivå för god livskvalitet ³.

³För en diskussion och förklaring av hur man ska förstå en sådan nivå för god livskvalitet, se Sandman och Tinghög 2011. Kortfattat kan det sägas att det är den nivå där vi i vårt samhälle anser att man lever ett gott liv och det kan här finnas en spännvidd i relation till ett idealt liv.

- Är tillståndets svårighetsgrad sådan att den faller innanför ramen för en accepterad variation av livskvalitet?⁴ Om ja, kan åtgärder gentemot detta tillstånd bli föremål för ransonering utan en föregående prioriteringsprocess. I de fall det finns risker för försämring av tillståndet kan åtgärder bli föremål för ransonering (i form av skärpt indikation) tills indikationstillståndet faller under den accepterade miniminivån för livskvalitet.
- I de fall där tillståndets svårighetsgrad är större än denna miniminivå bör en prioritering ske av aktuella tillstånd/åtgärdspar. En strukturerad gång för denna prioritering kan vara följande (se nationella modellen för prioriteringar, Prioriteringscentrum 2011:4):
 - Svårighetsgradsbedömningen ger en första vägledning om högsta möjliga rangordningsnivå. Denna vägs samman med effekten av åtgärden och justeras i enlighet med detta. Om det saknas alternativa åtgärder gentemot de grupper som har livskvalitets- eller livslängdsbehov med stor svårighetsgrad behandlas en sämre effekt något mer välvilligt⁵.
 - Rangordningen justeras ned i relation till låg kostnadseffektivitet. Om det saknas alternativa åtgärder gentemot de grupper som har livskvalitets- eller livslängdsbehov med stor svårighetsgrad behandlas låg kostnadseffektivitet beroende på höga kostnader något mer välvilligt.
 - Rangordningen justeras ned i relation till dålig evidens. I denna bedömning bör det tas hänsyn till åtgärdens möjlighet att evidensbaseras i en snäv bemärkelse:
 - Är det möjligt att genomföra randomiserade kontrollerade studier för åtgärden?
 - Finns det etiska skäl som talar emot? Finns det principiella mätbarhetsproblem?
 - Har området varit relativt sett underfinansierat när det gäller forskningsresurser?
- Utifrån den upprättade rangordningslistan och utifrån gällande besparingskrav sker inleds ransoneringen med att överväga tillstånd/åtgärder på lägsta rangordningsnivån. Om det inte är nödvändigt att ransonera alla åtgärder på en viss rangordningsnivå, ransoneras enligt följande:
 - I första hand tillstånd/åtgärder som har liten svårighetsgrad. Om två tillstånd/åtgärdspar är på samma svårighetsgradsnivå ransoneras i första hand tillstånd/åtgärdspar med den lägre påträngandegraden (se Sandman & Tinghög 2011).
 - I andra hand tillstånd/åtgärder med dålig effekt.
 - I tredje hand tillstånd/åtgärder med låg kostnadseffektivitet respektive låg evidens.

⁴För en diskussion och förklaring av hur man ska förstå en sådan variation, se Sandman och Tinghög 2011. Kortfattat kan den dock sägas vara den spännvidd av livskvalitet inom vilken man allmänt i samhället kan anses leva ett acceptabelt liv.

⁵I den etiska plattformen finns inga explicita skrivningar när det saknas alternativa åtgärder men att åtgärder i relation till tillstånd där det saknas alternativ bör behandlas mer välvilligt är en stark intuition hos många kliniskt verksamma personer i samband med prioriteringsarbete. Ett argument för detta utifrån den etiska plattformen är att hänvisa till behovs- och solidaritetsprincipens skrivningar om att samhället bör eftersträva efter att ge medborgarna så lika möjligheter och eftersträva ett så likartat utfall som möjligt när det gäller hälsa. Om vi då jämför grupper som har tillstånd med likartade svårighetsgrad och i det ena fallet har ett antal åtgärder som har effekt på tillståndet medan i det andra fallet inte har sådana alternativa åtgärder kan även en åtgärd med mindre effekt vara ett steg i riktningen mot ökad likhet med avseende på möjligheter och utfall. Detta ska dock vägas mot andra faktorer i bedömningen och innebär inte att dessa åtgärder helt undantas ransonering.

Utifrån denna modell och den analys som gjorts av tidigare prioriteringsarbete vid Sahlgrenska universitetssjukhuset (Sandman 2010) kan vi formulera ett antal etiska frågeställningar att vara uppmärksam på genom processen. En viktig utgångspunkt är här att processen bör kännetecknas av en behandling av olika tillstånd och åtgärder i bemärkelsen att tillstånd / åtgärder med liknande värden när det gäller svårighetsgrad / effekt / kostnadseffektivitet bör behandlas på liknande sätt. Detta oavsett hur stor den ekonomiska effekten av att ta bort respektive tillstånd/ åtgärd är. Att låta besparingens storlek vara en avgörande faktor för huruvida en viss åtgärd tas bort eller inte (trots denna likvärdighet med andra åtgärder) är kopplat till hur stor gruppen som är i behov av åtgärden är, något som den etiska plattformen inte ger utrymme för att ta hänsyn till. Samtidigt är naturligtvis besparingens storlek ytterst relevant vid en ransoneringssituation. För att bevara den etiska plattformens intentioner och samtidigt ta hänsyn till kravet på kostnadsbesparing föreslås därför att likvärdiga åtgärder behandlas likvärdigt (oavsett gruppens storlek) och att man därmed lägger sig så nära besparingskravet som det är möjligt (antingen över eller under) genom att behandla åtgärder med likvärdig svårighetsgrad, effekt och kostnadseffektivitet på ett likvärdigt sätt.

- Bedöm effekten av åtgärden ur ett patientperspektiv.
 - EXEMPEL: Bedömer man ett "kosmetiskt" behov som inte i sig ger upphov till smärta eller fysiska funktionshinder men som kan påverka personens sociala liv i stor utsträckning på samma sätt som ett behov som ger upphov till fysiskt eller psykiskt lidande eller ger funktions hinder? I studier har det visat sig att ett problem som svår acne (som åt minstone delvis kan anses vara kosmetiskt) är förknippat med en förhöjd självmord-frekvens (Saitta et al 2011), vilket visar att även ett mindre medicinskt allvarligt behov kan vara svårt ur ett patientperspektiv.
- Bedöm om det utifrån patientperspektivet är möjligt att leva med tillståndet utan de åtgärder som tas bort och om det är i linje med en allmänt accepterad nivå för livskvalitet.
 - EXEMPEL: Om vi begränsar antalet uppföljningstillfällen för tillståndet innebär det att personen får leva med och klara av något som kanske är i paritet med annat som vi förväntar oss klara av på egen hand eller med hjälp av närstående.
- Observera så att inte bedömningen involverar otillåtna hänsynstaganden utifrån människovärdesprincipen:
 - Kronologisk ålder
 - Kön
 - Social och ekonomisk ställning
 - Tidigare livsstil
 - EXEMPEL: Har man valt att behålla åtgärder som rör barn och ungdomar, trots att dessa åtgärder tas bort för vuxna och finns det i så fall relevanta skillnader i svårighetsgraden hos tillståndet och/eller effekten av åtgärden?
- Bedöm om det saknas alternativa åtgärder gentemot tillståndet och om det i så fall motiverar restriktivitet när det gäller ransonering.
 - EXEMPEL: Om vi har en cancerform där det endast finns ett livsförlängande läkemedel och detta läkemedel har relativt liten effekt (endast ett par månaders livsförlängning) till en hög kostnad så bör vi behandla den effekten mindre strängt än motsvarande effekt i relation till andra cancerformer där det finns alternativa åtgärder.
- Bedöm om det finns interna motsägelser i materialet kring vad som föreslås tas bort respektive behållas och framförallt i argumentationen kring dessa förslag.
 - EXEMPEL: Om man tagit bort uppföljningen av en typ av tillstånd med behållit uppföljningen av andra typer av tillstånd som förefaller ha ungefär samma svårighetsgrad och där uppföljningen har ungefär samma effekt– kan detta motiveras?

Kompletterande etiska konsekvensanalys av ransonering

En utvidgad etisk analys i samband med ransonering bör även väga in ett antal ytterligare etiska aspekter eller aspekter som kan ha etisk relevans. Dels handlar det om andra etiska värden och normer som kan påverkas av ransoneringen. Dels handlar det om hur ett ransoneringsbeslut tas emot av olika grupper utifrån deras intressen och värderingar och därmed i vilken utsträckning vi ska låta den typer av särintressen påverkar beslutet. Här ska betonas att de aspekter som tas upp här inte på ett absolut sätt hindrar eller möjliggör en ransonering utan snarare ska ses som argument som måste balanseras mot varandra i en helhetsbedömning. Likaså är det inte självklart att beredskapen för att hantera de etiska aspekter som tas upp här alltid ingår i hälso- och sjukvårdens uppdrag utan det kan vara konsekvenser som det måste finnas en mer allmän beredskap i samhället att hantera.

Har ransoneringen någon påverkan på andra gruppers attityd och värderingar av patientgruppen eller på patientgruppens lika möjligheter i samhället?

En övergripande aspekt att väga in är om ett ransoneringsbeslut kan få en inverkan på vår människosyn. Är det exempelvis så att vi genom att ta bort en viss typ av åtgärder låter patientgruppen leva med tillstånd som i sin tur kan påverka vår uppfattning om deras lika värde. Ett exempel på detta som har lyfts fram i debatten är tillgången till tandvård. Om det är beroende på människors resurser huruvida de får tillgång till god tandvård och detta så småningom även kommer att synas på människors tänder så kan det ge upphov till diskriminering i arbetslivet och i det sociala livet. Detta kommer då vara ett hinder för att realisera idén om att vi ska ha lika möjligheter i samhället vilken åtminstone delvis kan sägas ha sitt ursprung i tanken om ett lika människovärde. I förlängningen kanske en sådan synlig skillnad även skulle kunna ge upphov till attityder som går emot tanken på ett lika människovärde. Vi börjar helt enkelt att behandla dessa människor som om de är mindre värda än andra människor. Här är det viktigt att betona att hälso- och sjukvården inte har ett allmänt ansvar för att skapa förutsättningar för ett jämlikt samhälle utan endast har ett ansvar för att se till att vi har så lika möjligheter som möjligt att uppnå god hälsa. Samtidigt bör inte hälso- och sjukvården medverka till att skillnaderna mellan människor i samhället ökar.

Det skulle ju också kunna vara så att vi genom att ta bort åtgärder stärker människosyn och människovärde, exempelvis om vi tar bort åtgärder som passiviserar människor och som förhindrar att de själva kan ta ansvar för sitt liv (jfr Prioriteringscentrum 2007). Exempelvis om vi minskar uppföljningstiden för botade tillstånd och istället låter personen själv ta ansvar för att söka vård om det skulle uppstå nya problem.

Har ransoneringen någon påverkan på patientgruppens autonomi?

En viktig etisk aspekt att ta hänsyn till är huruvida ett ransoneringsbeslut påverkar patientgruppens möjlighet att utöva sin autonomi. Här är det viktigt att påpeka att ett ransoneringsbeslut kan både skapa bättre och sämre förutsättningar för att patientgruppen ska kunna utöva sin autonomi. Om vi exempelvis tar bort kontroller eller olika former av övervakningsåtgärder så kan det ju skapa större förutsättningar för att patienten själv får utöva sin autonomi. I ett sådant läge är det dock viktigt att bedöma om patientgruppen är beslutskompetent och har förmågan att ta tillvara en sådan möjlighet. Å andra sidan kan ett borttagande av en åtgärd skapa sämre förutsättningar för patientgruppen att fatta ett autonomt beslut i situationen, exempelvis om man minskar tiden för konsultation och därmed gör det svårare för patienten att ta till sig relevant information. Det kan även vara så att ransoneringen av en åtgärd mer direkt påverkar patientgruppens autonoma förmåga eller beslutskompetens, exempelvis om man tar bort åtgärder som ska förhindra utvecklingen av demens eller åtgärder mot vissa psykiska sjukdomstillstånd som gör patientgruppen sämre rustade för att fatta egna beslut.

Har ransoneringen någon påverkan på patientgruppens integritet?

Likaså är det väsentligt att väga in hur patientgruppens möjlighet till bevarad integritet påverkas av ransoneringsbeslutet. Detta gäller både den fysiska, personliga och moraliska integriteten och det är återigen väsentligt att påpeka att denna påverkan både kan stärka och underminera integriteten.

Är alternativet till de åtgärder som tas bort mer invasiva åtgärder som inkräktar mer på den fysiska integriteten eller är det snarare så att man därmed kommer att använda mindre invasiva åtgärder? Ett exempel kan vara att man tar bort sjukgymnastik och patientgruppen istället får avvakta tills problemen blir så stora att de kräver ett operativt ingrepp.

Är det så att ett borttagande i större utsträckning exponerar personens hälso- och sjukvårdsproblem för utomstående – exempelvis om man avstår från viss kosmetisk kirurgi – och därmed kan inkräkta på den personliga integriteten. Eller är det snarare så att man genom att ta bort åtgärder – exempelvis en viss form av kontroll eller övervakning – stärker den personliga integriteten?

På samma sätt med den moraliska integriteten – tar man bort åtgärder som innebär att vissa grupper kommer att ha svårt att fortsätta att följa sina värderingar (exempelvis om man tar bort möjligheten att få blodsättning för Jehovas vittnen eller omskärelse av små pojkar). Eller tar man snarare bort åtgärder som kommer att stärka vissa gruppers möjlighet att leva upp till sina värderingar? Här är det viktigt att påpeka att det ofta kan vara så att borttagande av åtgärder som har koppling till starka värderingar stärker vissa gruppers moraliska integritet men underminerar samtidigt andra gruppers moraliska integritet.

Leder ransoneringen till undanträngning?

Ytterligare en möjlig konsekvens av ett ransoneringsbeslut är om borttagande av åtgärder leder till att patientströmmen förändras och leder till undanträngning på andra områden. Detta är framförallt problematiskt om undanträngningen leder till att behov med större svårighetsgrad hamnar i strykkläss. Ett exempel på detta kan vara om man minskar på uppföljningen av vissa lindrigare tillstånd och patienterna inte har beredskap för att hantera detta och istället söker akut då det uppstår problem. Något som i sin tur skapar köer på akutmottagningar med möjlig undanträngning av patienter med svårare tillstånd.

Hur kan ransoneringen relateras till professionella roller och värderingar?

Ett ransoneringsbeslut kan innebära att den professionella rollen förändras, dvs. att en viss vårdprofession inte längre ska göra det som man tidigare gjort eller ska göra andra saker än vad man tidigare gjort. Om ransoneringen leder till detta bör det finnas beredskap för att kunna hantera den diskussion som detta kan ge upphov till och det bör naturligtvis även bedömas om den aktuella vårdprofessionen har kompetens att hantera en sådan förändring. Ransoneringen kan även innebära att vårdansvaret förskjuts från vårdprofessionen till patientgruppen (och/eller deras närstående). I samband med en sådan förändring krävs överväganden kring vad detta innebär i förlängningen om patienten försämras eller om de åtgärder patienten själv ska ta ansvar för leder till komplikationer etc.

Det kan också vara så att det finns starka professionella värderingar förknippade med det som tas bort – exempelvis om man minskar möjligheten att hjälpa vissa patientgruppen med vad som uppfattas som relevanta problem. I samband med ett ransoneringsbeslut bör det finnas beredskap för att hantera sådana förändringar och reaktioner.

I vilken utsträckning påverkas tredje part av ransoneringen?

I vissa fall kan det vara så att ett ransoneringsbeslut leder till stor påverkan på tredje part, utöver patientgruppen eller hälso- och sjukvårdsprofessionen. Detta gäller framförallt närstående som i och genom ransoneringen kan få ta ett större ansvar för patientgruppens situation eller som påverkas negativt av att patientgruppen inte längre får den ransonerade vården eller behandlingen. I vissa fall kan en sådan påverkan bli av den graden att det uppstår ett vårdbehov hos de närstående, något som det bör finnas beredskap för och som även kan innebära en förnyad kostnad för hälso- och sjukvården. Ett exempel på detta kan vara om man minskar möjligheten till slutenvård för vissa psykiatriska tillstånd. Här gäller det att vara observant på att människovärdesprincipen säger att det inte är tillåtet att väga in patientgruppens sociala funktion vilket bland annat förefaller innebära att hälso- och sjukvården inte kan förutsätta att en patient ska ha närstående som kan ta ansvar för vården av patienten. Å andra sidan, bör inte det faktum att det kan ha en påverkan på närstående påverkar ransoneringen i sig, men det bör finnas beredskap för att hantera att en sådan påverkan sker.

Hur kan ransoneringen relateras till etablerade gruppvärderingar och särintressen?

Vissa av de åtgärder som ransoneras kan vara förknippade med starka gruppvärderingar (exempelvis inom vissa patientgrupper, eller vissa religiösa grupper) eller med andra särintressen (exempelvis kommersiella sådana). I samband med ransoneringsbeslut bör man dels vara uppmärksam på att dessa inte tillåts påverka beslutet (enligt människovärdesprincipen ovan) men också ha en beredskap för att hantera argumentationen i relation till dessa grupper och särintressen. Ett exempel på det senare kan vara att man fattar beslut om att ransonera möjligheten till avancerad diagnostik med magnetresonanskamera av knäproblem samtidigt som

det finns ett antal privata aktörer som erbjuder den formen av diagnostik. Dessa kan då utöva påtryckningar för att beslutet ska omprövas och erbjudas inom ramen för vårdvalet. I ett sådant läge bör det finnas beredskap att hantera de protester, den argumentation eller kanske den marknadsföring som dessa aktörer kan ta till.

Hur kan ransoneringen relateras till lagstiftningen?

I samband med ransoneringsbeslut måste en bedömning ske hur beslutet förhåller sig till lagstadgade rättigheter för patienter (och närstående). Exempelvis sådant som rätten till abort etc.

Hur kan ransoneringen relateras till samhälleliga värderingar och tillit till hälso- och sjukvården?

En aspekt som är kopplad till konsekvenserna av ett ransoneringsbeslut är hur beslutet står i linje med samhälleliga värderingar. Samhälleliga värderingar kan ju ta sig olika uttryck. De kan vara kodifierade i lagstiftning och andra regleringar och i den mån har de redan vägts in ovan. Det kan vara etablerade politiska uppfattningar men även de värderingar folk i allmänhet faktiskt har (som ju till viss del kan skilja sig från etablerade politiska uppfattningar). Här är det viktigt att betona att det kan finnas etiska skäl till att inte acceptera sådana samhälleliga värderingar men samtidigt måste de beslut som fattas inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård vara demokratiskt förankrade och även politiskt möjliga (även om den politiska möjligheten ska baseras på argumentation och inte endast genom att hålla upp fingret i luften och se vart vinden blåser). Finns det samhälleliga värderingar som riskerar att strida mot beslutet bör det dels finnas beredskap att argumentera kring detta, dels måste det då övervägas om beslutet är möjligt eller om det kan få mer långtgående konsekvenser. En sådan möjlig konsekvens skulle kunna vara att tilliten till hälso- och sjukvården förändras hos vissa patientgrupper och det bör då övervägas vad det i så fall innebär för hur och när dessa grupper söker sig till vården? Kan ett borttagande av åtgärder komma i konflikt med sådana värderingar och även leda till att vissa grupper får en förändrad tillit till vården och i förlängningen avstår från att söka vård? Om vi inte erbjuder omskärelse av små pojkar inom hälso- och sjukvården kan det uppfattas som diskriminerande av föräldrar med den kulturella eller religiösa bakgrund där sådan omskärelse praktiseras? Kan det även påverka deras tillit till hälso- och sjukvården och även innebära att de inte vågar söka vård för komplikationer som uppstår genom s.k. köksbordsomskärelse? Återigen finns det skäl att ha beredskap för detta och överväga om detta ska påverka ransoneringsbeslutet. Samtidigt, om detta rör vissa utvalda grupper så bör inte särintressen i sig påverka beslutet men det bör finnas beredskap att hantera en sådan situation.



