

Primärprevention – hur förhåller sig det till den etiska plattformen?

Lars Sandman, professor och föreståndare,
Prioriteringscentrum, Linköpings universitet

Etiska plattformen

- Prioriteringsutredningen 1995
- Infogade i HSL1997
- Läkemedelsförmånslag 2002
- Finns viss oklarhet vilken status beslut har i de olika lagstiftningarna och vilken vägledning vi kan få
- Gäller för hälso- och sjukvård

Människovärdesprincipen

- *Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.*
- Likabehandlingsprincip
- Ger egentligen endast vägledning för vad vi inte får ta hänsyn till:
 - Social status/ställning/funktion
 - Ekonomisk ställning
 - Kronologisk ålder
 - Tidigare livsstil

Människovärdesprincipen

- Däremot sägs att vi får ta hänsyn till:
 - Biologisk ålder
 - Framtida livsstil
 - Eftersom detta är kopplat till möjligheten till behandlingsnytta
- Prevention?:
 - Kan vi satsa på tidig primärprevention pga den stora vinsten ur ett livstidsperspektiv med tanke på skrivningar om kronologisk ålder?
 - Kan vi ta hänsyn till socioekonomiska skillnader i hälsa?
 - Hur ska vi se på personers ansvar för sin hälsa utifrån skrivningar kring livsstil och tidigare val?

Behovs- och solidaritetsprincipen

- *Resurserna bör fördelas efter behov*
- Behov – svårighetsgrad och patientnytta – endast behov om man kan få nytta
- Största behoven kopplas till de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten
- Solidaritetsaspekten är dels kopplad till:
 - Utjämning i tillgänglighet och utfall
 - Att svaga gruppers behov ska uppmärksammas och ges samma vikt som starka gruppers motsvarande behov

Behovs- och solidaritetsprincipen

- Prevention:
 - Svårighetsgraden har hittills graderats ner när det gäller risk-populationer – finns det skäl att ser över det?
 - Samtidigt – utjämning av hälsoutfall i befolkningen (över tid?) talar ju för att prevention bör ges stor vikt

Kostnadseffektivitetsprincipen

- *Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet eftersträvas.*
- Underordnad de andra principerna – men diskussion om vad rangordningen innebär
- Vid svårare tillstånd accepteras en lägre kostnadseffektivitet
- Prevention:
 - Om svårighetsgrad viktas ner – prevention vara mer kostnadseffektiv för att klara gränserna
 - Väger ju in hälsovinst över tid – men diskontering av framtida hälsovinster gör ju att den vinsten minskar (om kostnad och hälsovinst ej sammanfaller i tid)

Prioriteringsgrupperna

- Prioriteringsgrupp I
 - Vård av livshotande akuta sjukdomar
 - Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invaliderande tillstånd eller för tidig död
 - Vård av svåra kroniska sjukdomar
 - Palliativ vård och vård i livets slutskede
 - Vård av människor med nedsatt autonomi
- Prioriteringsgrupp II
 - *Prevention*
 - Habilitering/rehabilitering

Slutsatser

- Primärprevention missgynnas (i viss grad) av den etiska plattformen:
 - Viss oklarhet kring hur man ska väga in patienters eget ansvar (för livsstilsval etc)
 - Svårighetsgrad viktas ner – vilket påverkar krav på kostnadseffektivitet
 - Diskontering av framtida hälsovinster
 - Prevention placeras i prioriteringsgrupp II
 - Utöver det kan även följande påverka:
 - Evidenskrav
 - Plattformen är individinriktad – svårare att förhålla sig till populationer

Några förslag

- Översyn av den etiska plattformen – för att även få med mer av ett populations/folkhälsoperspektiv och hur det ska viktas mot behandling av manifesta tillstånd hos individer
- Justera bedömningen av svårighetsgrad (i linje med Norge)
- Analysera och diskutera användningen av diskontering

13:e Nationella prioriteringskonferensen

Umeå 8-9 oktober 2025

lars.sandman@liu.se

liu.se/prioriteringscentrum