

Utgångspunkter för Prioriteringsforum 2022

Syftet med prioriteringsforumet är att diskutera hur fördelningen av social- och hälsovårdsresurserna och de praktiska besluten i fortsättningen kan fattas enligt gemensamt godkända och verkställbara principer med beaktande av såväl befolkningens som individens behov.

I Finland behövs gemensamma, nationella principer för prioriteringarna. Riktlinjerna på nationell nivå och de allmänna principerna för prioritering ska göras på en allmännare nivå. Principerna kan inte variera från område till område för att jämlikheten inte ska äventyras. I välfärdsområdets organiseringsuppdrag och serviceproduktion ska prioriteringar göras utifrån allmänna, gemensamt fastställda principer med beaktande av skillnaderna i regionernas befolkningsprofil och omvärld.

De resurser som står till förfogande för social- och hälsovården (ekonomiska resurser, personal, kompetens, lokaler och utrustning osv.) är begränsade och det är inte möjligt att tillgodose befolkningens alla behov med offentliga resurser. Därför är det viktigt att resurserna riktas så att de ger så mycket hälsa och välfärd som möjligt på befolkningsnivå. Samtidigt ska rättvisa, grundläggande fri- och rättigheter och jämlikhet beaktas. Detta förutsätter val och fastställande av gränser, dvs. prioritering.

Prioriteringar görs för närvarande både inom social- och hälsovården och på flera nivåer. De principer som styr prioriteringen har dock inte slagits fast gemensamt eller beskrivits på ett genomskinligt sätt.

Beslut om prioritering fattas dagligen såväl inom servicen för enskilda kunder och vården av patienter som vid allokeringen av resurser mellan olika behov, tjänster, metoder och befolkningsgrupper. Diskussioner om prioritering har förts i flera år inom hälso- och sjukvården och terminologin i frågan är relativt etablerad. Det finns färre traditioner av likadan prioriteringsdiskussion inom socialvården. Socialvårdstjänsterna definieras i stor utsträckning tjänstespecifikt i lag.

Det är viktigt att inkludera både social- och hälsovården i diskussionen om prioriteringar när man övergår till en förvaltningsmodell som integrerar dessa sektorer och till integrerade tjänstehelheter. Prioriteringarna ska föras och fortsättas separat och tillsammans inom social- och hälsovården. Man måste också beakta gränssnittet till kommunens uppgifter när det gäller att stödja välbefinnandet för att man inte ska gå in för deloptimering i de viktigaste åtgärderna som upprätthåller och främjar hälsan och välbefinnandet.

Vid detta seminarium används följande termer:

Prioritering innebär att olika metoder och tjänster – inte människorna – sätts i prioritetsordning inom social- och hälsovården. Syftet med prioriteringen är att säkerställa att de tillgängliga resurserna utnyttjas och inriktas så att social- och hälsovården med hjälp av dem kan producera den bästa möjliga hälsonyttan och välfärden för hela befolkningen. Syftet med prioriteringen är inte att spara, utan att se till att lösningarna medför hälsa och välfärd på ett kostnadsnyttoeffektivt sätt, är rättvisa såväl på individ- som på befolkningsnivå och ökar inte ojämlikheten mellan befolknings-, klient- eller patientgrupperna.



Principerna för prioriteringen beskriver gemensamt godtagna värdebaserade uppfattningar som stöder sig på de grundläggande fri- och rättigheterna om på vilka grunder de tillgängliga resurserna borde fördelas. Principerna ska grunda sig på lagstiftning – i sista hand på grundlagen och konventioner om mänskliga rättigheter – och de ska vara rationella slutsatser, inte basera sig på åsikter. Processen för att skapa principer ska vara öppen och ge akt på alla parter. Principerna ska kunna tillämpas på olika praktiska situationer för att de de facto ska fungera som stöd för beslutsfattandet. Principerna ska också kunna ändras när de praktiska erfarenheterna och den föränderliga värdevärlden kräver det. Principerna är centrala gemensamma normer som skyddar värden.

Prioriteringarna granskas ur olika synvinklar:

I resursfördelningen (allokering, allocation) bedöms hur hela befolkningens behov av social- och hälsovård ska tillgodoses.

Målet är att

- fördela resurserna inom social- och hälsovården på ett övergripande sätt så att de ger den bästa nyttan och
- undvika onödig resursanvändning eller användning som endast medför ringa nytta i förhållande till kostnaderna.

De tillgängliga resurserna (bl.a. ekonomiska resurser, personal, kompetens, lokaler och utrustning) bör fördelas i enlighet med allmänt godtagna principer. De vägledande principerna ska säkerställa en rättvis och jämlik fördelning av resurserna samt lika respekt för människovärdet och olika klient- och patientgrupper.

I resursfördelningen ingår också

- till exempel bedöma hur mycket man satsar på förebyggande av problem och sjukdomar och å andra sidan korrigerande eller rehabiliterande vård och tjänster.
- till exempel välja om resurser ska satsas på tjänster som ges i hemmet, boendeenheter eller anstalts- och sjukhusvård. När något görs, blir något annat ogjort (s.k. alternativa kostnader).
- att beakta risken för deloptimering, vilket kan leda till att kostnaderna överförs till någon annan verksamhet eller någon annan sektor.

Ransonering (rationing) måste genomföras i en situation där det finns en absolut brist på tillgång till någon tjänst eller metod (t.ex. ett visst läkemedel eller boendeserviceplatser). Då måste man besluta på vilka grunder och i vilken ordning de tillgängliga resurserna ska fördelas, eftersom tjänsten eller metoden i fråga inte står till buds eller inte kan produceras för alla dem som behöver den.

På känslonivå är regleringen förknippad med ett negativt meddelande, eftersom man åtminstone tillfälligt blir tvungen att lämna vissa klienter eller patienter utanför.

Principerna för regleringen är mer bundna till förhållanden och den förväntade nyttan än principerna för resursfördelning. (t.ex. organtransplantation, intensivvård, bedömning av vårdbehovet och hur brådskande det är i en storolyckaär (triage), problem med tillgången på läkemedel som används för flera olika sjukdomar, boendeservice).

Regleringen kan styras genom lagstiftning (t.ex. fastställande avgivaren organdonatör), kriterier (t.ex. kriterier för boendeservice) eller instruktioner om rutiner inom professionen (t.ex. anvisningar för intensivvård).



Med fastställande av gränser (limit setting) avses gemensamt överenskomna principer som avgränsar vissa tjänster och metoder till att användas eller tillgodose vissa sjukdomar eller behov med offentliga resurser.

Inom hälso- och sjukvården är sådana principer till exempel att fastställa

- när det är fråga om ett sådant symptom, skada, sjukdom eller hälsotillstånd som det är medicinskt motiverat att behandla (t.ex. kosmetisk vs. medicinskt motiverad kirurgi),
- när forskningsrönen om behandlingens effekt är tillräckligt trovärdiga och bifallsprofilen godtagbar,
- hur mycket en enskild vård kostar och vad som är en godtagbar gräns för kostnadsnyttoeffekten,
- med vilken indikation och på vilka grunder vården ska finansieras offentligt (t.ex. kriterierna för läkemedelsersättning och tjänsteutbudsrådets läkemedelsrekommendationer) eller
- i vilken ordning vården ska testas eller vad genomförandet av vården förutsätter (t.ex. kriterierna för operationer utanför jourtid).

Socialvårdstjänsterna har i stor utsträckning definierats tjänstespecifikt i lag och de är subjektiva rättigheter för individen, vilket innebär att det inte har bildats några allmänna principer för begränsning av tjänsterna.

Gränserna ska vara förståeligt motiverade och jämlika såväl ur olika klient- och patientgruppers som ur förebyggande synvinkel och med tanke på befolkningens goda upplevelser. Gränserna är uteslutande, men de kan ändras utifrån forskningsrönkunskap och när de samhälleliga uppfattningarna och värdena förändras.

En begränsad budget förutsätter också att man identifierar **alternativa kostnader** – samma resurs kan användas endast en gång. När man gör något måste man låta bli att göra något annat. Detta betyder dock inte att individen helt blir utan någon vård eller service.

Om hälsoskillnaderna och den sociala situationen inte följs upp mellan olika befolknings-, klient- och patientgrupper, finns det risk för att man inte upptäcker alternativa kostnader eller en alternativ resursallokering. Risken är att det satsas oproportionerligt mycket på någon klient- eller patientgrupp, vilket gör att andra grupper oundvikligen får mindre (till exempel cancerpatienter vs. unga med missbruksproblem). Positiv diskrimination kan också utgöra en risk med tanke på faktisk jämlikhet.

Bakgrundsläsning om prioriteringen:

Autti-Rämö I ym. [Priorisointi ei ole tunnepeliä](#). Suomen Lääkärilehti 2018;73:2985.

Autti-Rämö I. [Säännöstelyn etiikka](#). Suomen lääkäri-lehti 2021; 76: 36-40.

Kaila M, Lohiniva-Kerkelä M. [Kansallinen terveydenhuollon palveluvalikoima: Määrittämisen periaatteet, rakenne ja kehittämismahdollisuudet](#). Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2020:31

Kekomäki M. Etiikasta ekonomiaan – ja takaisin. Duodecim 2019.

Niemi P, Kotiranta T. (toim.) Sosiaalialan normatiivinen perusta. Gaudeamus 2008.

[Priorisointi terveydenhuollossa](#). Kirjassa Lääkärin etiikka. Suomen lääkäriliitto. 2021

Ryynänen O-P, Kukkonen J, Myllykangas M, Lammintakanen J, Kinnunen J. Priorisointi terveydenhuollossa. Mitä maksaa, kuka maksaa. Talentum. 2006

Torkki P. ym. [Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi](#). Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53

Vuorenkoski Lauri: [Suomen tie priorisointiseminaareista palveluvalikoiman määrittelyyn](#) (2014)

