

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <http://www.researchgate.net/publication/283081047>

# Delaktighet, ansvar och prioritering

CONFERENCE PAPER · OCTOBER 2015

DOI: 10.13140/RG.2.1.2184.5205

---

READS

19

1 AUTHOR:



Christian Munthe

University of Gothenburg

99 PUBLICATIONS 236 CITATIONS

SEE PROFILE



FILOSOFI, LINGVISTIK &  
VETENSKAPSTEORI  
FLOV.GU.SE

ETISKA HINDER FÖR  
PERSONCENTRERAD VÅRD  
PERSONCENTRED.SE

GOTHENBURG RESPONSIBILITY  
PROJECT  
PHIL.GU.SE/MORALRESPONSIBILITY/

**FORTE**

Forskningsrådet för  
hälsa, arbetsliv och välfärd



Vetenskapsrådet

# DELAKTIGHET, ANSVAR & PRIORITERING

CHRISTIAN MUNTHE, PROFESSOR I PRAKTISK FILOSOFI, CHRISTIAN.MUNTHE@GU.SE

# Ökad delaktighet i vården en stark trend

- Patient-/Personcentrerad vård
- Delat beslutsfattande
- Patientlagen
- Gemensamt tema: ökat inflytande för patienter över vilken vård som ges och hur
- Många etiska frågor aktualiseras!!

Munthe, et al. (2012). Person centred care and shared decision making: implications for ethics, public health and research. *Health Care Anal*, 20 (3): 231-249

# Skälen bakom utvecklingen är sammansatta

- Strävan att öka patienters makt över sin situation (Autonomi)
- Strävan att ge utrymme för mer flexibla lösningar, som bättre passar människors livssituation (Autonomi/Hälsa)
- Särskilt intresse att åstadkomma förbättrad följsamhet i egenvård (Hälsa/Ekonomi)
- Minska vårdens insatser totalt sett så att kostnaderna minskar (Ekonomi)
- **Många potentiella målkonflikter möjliga!**

# Konsekvenser med relevans för prioritering 1: Ändrad ansvarsfördelning?

- Standardidé: ökad makt/frihet → ökat ansvar
- Vem har ansvar för avsteg från standardbehandling och konsekvenser av dessa?
- Om patienten begär något dyrare och/eller mindre biomedicinskt effektivt (men som patienten föredrar och är mer nöjd med), hur ska detta rankas ur prioriteringssynpunkt?
- Hur stora avsteg från behandlingsstandard på patientens begäran är förenligt med professions ansvaret?
- Påtaglig risk: patienten görs mer ansvarig för vården, samtidigt som de inte ges förutsättningar att ta detta ansvar → **systematiskt ökade vårdbehov**
- **Vilket är vårdens ansvar när patienten bestämmer mer och det går illa?**

# Konsekvenser med relevans för prioritering 2: Underminering av evidensbasen?

- Evidensbasen för den nyttobedömning som styr varje prioritering bygger på studier av standardiserade behandlingsmodeller. Samtidigt innebär det att både effekt och biverkningar varierar, samtidigt som olika personer gör olika avvägningar mot andra intressen.
- Ökad delaktighet syftar till och kan leda till alltmer avsteg från denna standard, **alltmer av individanpassade variationer och fragmentisering av behandlingsstrategier**. Samma utveckling drivs också på av ”personaliseringstrenden” inom läkemedelsutvecklingen.
- I vilken utsträckning medvetandegörs patienter om detta i processer av delat beslutsfattande?
- Hur ska evidensbaserad till grund för nyttobedömningar och prioriteringar på basis av dessa ske om denna utveckling blir verklighet/fortsätter?

# Konsekvenser med relevans för prioritering 3: Personcentrerad och delad prioriteringsprocess?

- Tillämpa idéerna bakom personcentrerad vård, delat beslutsfattande, etc. på själva prioriteringsprocesserna?
- Dagens processer (ordnat införande, HTA, m.m.) hårt toppstyrd av politiker och profession, med ökande inslag av annan expertis som ekonomer, etiker, m.m.
- Patientorganisationer finns med i viss mån i offentlig debatt och lobbying, men oftast som del av olika särintressen (industri, profession, m.m.) och hålls som regel utanför själva prioriteringsprocessen.
- Hur skulle en delaktighet kunna se ut? Olika patientparter i horisontella prioriteringssituationer involveras? Är det önskvärt? Varför Kan det underlätta andra problem? Kan det skapa nya?
- En väg att lösa upp den skarpa konkurrenssituation mellan patientgrupper som idag sätts upp och att nå större förståelse för att det egna behovet/behandlingen inte alltid är det viktigaste?