

Sterilisering är en rättvisefråga

Sjukvårdens resurser är alltid tätt kopplad till samhällsekonomin. Eftersom det i dessa tider förutspås lågkonjunktur och till och med en lång recession innebär detta att resurser till sjukvården minskar. Detta har till följd att prioriteringsfrågor bland alla åtaganden som hälso- och sjukvårdssystemet har ålagts blir aktuella.

Finansieringen av kvinnlig sterilisering är ett sådant exempel. I samband med att ett landsting planerar att inte längre finansiera manlig sterilisering har även kvinnlig sterilisering diskuteras. En förfrågan till landets samtliga verksamhetschefer vid kvinnokliniker visar att det i dagsläge finns betydande skillnader i hur man hanterar frågan kring kvinnlig sterilisering. I de flesta landsting ingår kvinnlig sterilisering i det offentliga åtagande, medan särskild i den norra delen av landet patienten själv får stå för en del av kostnaden. Det finns olika uppfattningar angående indikationen för sterilisering. Väntetider för kvinnlig sterilisation varierar samt uppfattningen om huruvida sterilisering skall ingå i vårdgarantin eller ej. I några enskilda landsting förekommer dessutom skillnad i synen mellan manlig och kvinnlig sterilisering. Intressant är att många kliniker av kostnadsskäl gått över till eller planerar att gå över till hysteroskopiskt sterilisering

Steriliseringslagen (1975:580) fastställer att alla som har ”fyllt tjugofem och som är svensk medborgare eller bosatt i riket få begära sterilisering. Vägras sterilisering, skall frågan omedelbart underställas Socialstyrelsens prövning.” (2§) Den som begär sterilisering skall ha ”informerats om ingreppets innebörd och följder samt, i förekommande fall, om andra möjligheter att förebygga havandeskap.” (5§)

Här efter görs en etisk analys utgående från den rådande Etiska plattformen som prioriteringsutredningen fastlagde 1995 (”Vårdens svåra val”, SOU 1995:5). PrioriteringsCentrum i Linköping har fått i uppdrag från Socialstyrelsen att kartlägga hur man har jobbat med prioriteringar och hur detta arbete överensstämmer med intentionerna från prioriteringsutredningen. Detta har lett till förslaget från PrioriteringsCentrum ”Vårdens alltför svåra val” (2007). PrioriteringsCentrum själva vill att detta dokument betraktas som ett diskussionsunderlag inför en omformulering av den nuvarande etiska plattformen.

1) Människovärdesprincipen

”Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.”

Denna princip är överordnat de följande principerna. Prevention av en oönskad graviditet är ene fråga för såväl mannen som kvinnan. Därför är det ej godtagbart att det i vissa landsting förekommer olika syn på manlig och kvinnlig sterilisering.

Samtidigt måste det finnas en strävan i sjukvården att diskuteras prioriteringsfrågor oberoende vart man bor och på så sätt säkerställa en likvärdig behandling över hela landet. På så sätt är rättvisa tätt kopplad till människovärdeprincipen.

2) Behovs- eller solidaritetsprincipen

När resurserna är begränsade är människovärdeprincipen inte tillräcklig. Därför har man definierad behovs- eller solidaritetsprincipen:

”Resurserna bör satsas på den människa eller verksamhet som har de största behoven.”

I det sammanhang har man även givit förslag på olika prioriteringsgrupper, som skall underlätta besluta. PrioriteringsCentrum föreslår att man tar bort alternativt kraftigt omarbetar prioriteringsgrupperna eftersom de ibland kan skapa viss förvirring.

Prioriteringsutredningen tilldelar preventiva åtgärder, där bland annat preventivmedelsrådgivning, grupp II, men sterilisering nämns i grupp V (vård av andra skäl än sjukdom eller skada).

Hur skall behovet av sterilisering definieras utifrån hälsorelaterade och livskvalitetsrelaterade behov?

Sterilisering som en form av prevention ifrån oönskad graviditet måste betraktas

- a) i förhållande till abort
- b) i förhållande till andra preventivmetoder

Abortverksamheten är lagstiftad i en särskild rättighetslag och skall utifrån prioriteringsutredningens sida alltid tilldelas tillräckliga resurser. Med införandet av allt säkrare abortmetoder är dödligheten pga. abort närmast 0. Emellertid kan dock exempelvis infektion i anslutning till abort medföra en nedsatt fertilitet i framtiden. Därför måste det finnas en strävan att minska de jämt höga abortsiffrorna i landet. Anders Milton har fått regeringens uppdrag att undersöka orsaker till abort och formulera förslag för att minska antalet aborter. Det känns självklart att man i detta sammanhang måste diskutera olika preventivmetoder. Frågor som förväntas uppstå kommer att vara: Vilka grupper önskar abort? Vilken ställning intar sterilisering för att minska abort i dessa grupper? Intar sterilisering en medicinsk särställning gentemot andra preventivmedel? Finns det patientgrupper där sterilisering är den enda möjliga effektiva preventivmetoden?

SFOG bör vara aktivt i prioriteringsdiskussionen som rör den vertikala prioriteringen. Inom specialiteten behövs diskussion om olika behov av utredning och behandling inklusive palliativ vård i relation till behov av preventiva åtgärder. Vid prioriteringar gentemot andra verksamheter (= horisontella prioriteringar) skall sjukvårdshuvudmännen ta det största ansvaret. Samtidigt instämmer vi i PrioriteringsCentrums krav på mera öppenhet vid alla prioriteringsbeslut. Med detta menar man ”att beslutsfattaren medvetet överväger flera alternativ och att grunderna för besluten är kända för den som önskar ta del av dem.”

3) Kostnadseffektivitetsprincipen

Den nuvarande etiska plattformen underordnar kostnadseffektivitetsprincipen de båda förstnämnda principerna. Principen definieras som följd:

”Vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet eftersträvas.”

Det känns helt logiskt att använda sig av den behandlingsmetod som är mera kostnadseffektivt. I fallet om steriliseringen kan man idag välja mellan laparoskopisk och hysteroskopisk sterilisering. Det sistnämnda är en ny behandlingsform sedan några år tillbaka. Finns det god evidens för att båda behandlingsmetoder är likvärdiga? Eftersom många kliniker går över till denna nya metod av besparingsskäl: Finns det evidens att hysteroskopisk sterilisering är kostnadseffektivare? Skulle detta kunna vara en fråga för evidens-ARG eller SBU-alert?

PrioriteringsCentrum förslår en ändring angående rangordningen bland de olika principerna. Människovärdeprincipen skall få en överordnad särställning, men de andra principerna betraktas likvärdiga. Denna syn är riskabel eftersom detta skulle kunna innebära att ekonomiska intressen sätts framför hälsorelaterade och livskvalitetsrelaterade behov.

Prioritering och vårdgaranti

En generell vårdgaranti har införts från och med 1.november 2005. ” Vårdgarantin reglerar inte om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Garantin reglerar endast inom vilka tidsgränser man ska erbjudas den vård, som behörig vårdpersonal beslutat om i samråd med patienten.” (från SKLs hemsida)

Redan i prioriteringsutredningen sägs att ”vårdgarantier som bara tar sikte på väntetider har föga värde för de många patienter med svåra akuta eller kroniska sjukdomar eller för vården i livets slutskede”. Det syftas då till den nationella vårdgarantin som infördes 1992 och som innebar en prioritering av tio preciserade diagnoser. Om en generell vårdgaranti, så som den finns idag har liknande negativa effekter som ovan beskriven är inte undersökt, men måste antas. Att en generell vårdgaranti som är inte kopplat till prioriteringsfrågor inom sjukvården kan innebära svåra etiska problem för dem som jobbar nära patienterna bör påpekas i möten med sjukvårdshuvudmännen. Denna fråga kan inte lösas enbart av professionen själv.

Claudia Bruss
Ordförande etik-ARG

Lotti Hellström
sekreterare etik-ARG