

står framför allt i att nå ut till kvinnor som utgör högriskgrupper. Livmoderhalscancer är en behandlingsbar sjukdom om behandlingen sätts in tidigt i sjukdomsförloppet. Resursbrist på olika plan innebär att livmoderhalscancer kan betraktas som ett ovanligt tydligt exempel på fattigdomens patologi.

### Referenser

1. Kjellgren O. Malignancies: a growing problem. In: Lankinen KS, Bergström S, Mäkelä PH, Peltomaa M, eds. Health and disease in developing countries. London: The Macmillan Press Ltd 1994: 331-40.
2. Rogo KO. Human papillomavirus and human immunodeficiency virus infection in relation to cervical cancer. Umeå: Umeå University, 1990.
3. Parkin DM, Stjernsward J, Muir C. Estimates of the worldwide frequency of twelve major cancers. Bull WHO 1984; 62: 163-82.
4. Population Information Program, Center for Communication Programs. Population reports. Mothers' lives matter: Maternal health in the community. Baltimore: Johns Hopkins University, 1988; 16: 2 (serie L).
5. Okafor CB. Availability and use of services for maternal and child health care in rural Nigeria. Int J Gynecol Obstet 1991; 34: 331-46.
6. Tkeshelashvili VT, Bokhman JV, Kuznetsov VV, Maximov SJ, Chkuaseli GT. Geographic peculiarities of endometrial and cervical cancer incidence in five continents [review]. Eur J Gynaecol Oncol 1993; 14: 89-94.
7. Onwudiegwu U. A working proposal on the control of cervical cancer in Nigeria: Prevention, early detection and management of cervical cancer in Nigerian women [dissertation]. Uppsala: Department of cancer epidemiology, University Hospital, 1994.
8. Luthra UK. Epidemiology and control of cervical cancer. Ann Natl Acad Med Sci (India) 1983; 19: 1-10.
9. The Cancer registry. Cancer incidence in Sweden 1989. Stockholm: 1992. National board of health and welfare.
10. Pontén J, Adami HO, Bergström R, Dillner J, Friberg LG, Gustafsson L. Strategies for global control of cervical cancer. Int J Cancer 1995; 60: 1-26.
11. Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, De Britton RC, Gaitan E. Screening for cervical cancer in Latin America: A case-control study. Int J Epidemiol 1992; 21: 1050-6.
12. Maggwa BN, Hunter DJ, Mbugua S, Tukey P, Mati JK. The relationship between HIV infection and cervical intraepithelial neoplasia among women attending two family planning clinics in Nairobi, Kenya. AIDS 1993; 7: 33-78.
13. Thomas DB. The WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives: The influence of combined oral contraceptives on risk of neoplasms in developing and developed countries. Contraception 1991; 43: 695-710.
14. Stjernsward J, Eddy U, Luthra U, Stanley K. Plotting a new course for cervical cancer screening in developing countries. World Health Forum 1987; 8: 42-5.
15. Murthy NS, Agarwal SS, Prabhakar AK, Sharma S, Das DK. Estimation of reduction in life-time risk of cervical cancer through one life-time screening. Neoplasia 1993; 40: 255-8.

Prioriteringsutredningen förvirrar

# TYDLIGARE DEFINITIONER OCH BÄTTRE FAKTA KRÄVS

**Den svenska prioriteringsutredningen präglas av begrepps-förvirring. För att rapporten skall bli till nytta för hårt pressade läkare i dagens åtstramningar krävs tydligare definitioner av begrepp som hälsa, behov, kostnad och rättvisa.**

**Tillämpning av »solidaritet» enligt en av utredningens definitioner skulle kräva överföring av resurser mellan socialgrupper. Det kräver konkretisering – t ex hur mycket är svenska folket villigt att offra i genomsnittsnivån på hälsa för att minska skillnaderna i fördelningen?**

Det förbättrar knappast goda relationer när grannarna sneglar över trädgårdsstaket och kritiserar ens sätt att sköta saker. Så jag riskerar att stöta bort mina många svenska vänner genom att lägga mig i vad som i princip kan tyckas vara en inrikes fråga, nämligen synpunkterna i utredningen om prioriteringar i sjukvården (SOU 1995:5). Men de problem utredningen ställdes inför är inte unika för Sverige. De flesta länder (inklusive Storbritannien) står inför liknande problem, och det är mycket lovvärt att ett demokratiskt tillvägagångssätt används så att alla har en chans att göra sina synpunkter hörda.

Dokumentet i sig är emellertid ganska förvirrande, och jag betvivlar att det kommer att vara till någon större nytta för hårt pressade chefer och läkare, som försöker klara av att omfördela resurser samtidigt som de konfronteras med tilltagande åtstramningar.

Det krävs två åtgärder för att öka utredningens genomslagskraft. Den förs-

ta är tydligare begreppsdefinitioner, den andra konkreta mätningar. Utan klagörande konkretisering återstår endast tom retorik.

Utredningen förespråkar tre grundläggande principer:

*Först och främst:* »alla människor har lika värde och samma rättigheter».

*För det andra och näst viktigast:* »resurser bör satsas ... där behoven är störst».

*För det tredje och mindre viktigt:* »... bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt».

### Vem skall bli utan?

Utredningen medger att den första principen »... är ... inte ensam tillräcklig grund för prioriteringar». Trots att detta är viktigt som ett generellt uttalande om sjukvårdspersonalens skyldigheter, är det inte relevant för den smärtsamma frågan om vem det skall *diskrimineras emot*. Kärnan i prioritering är att bestämma vem som skall bli utan vad, för att andra skall kunna få någonting. Detta svåra beslut underlättas inte av principen att lika fall skall behandlas lika (horisontell jämlikhet).

Tre nyckelbegrepp står i centrum för diskussionen om de andra två principerna, nämligen »hälsa», »behov» och »kostnad». Tyvärr råder det en stor oklarhet om den exakta betydelsen av var och en av dessa termer som de används i utredningen, vilket resulterar i att det inte står klart vad som egentligen avses.

Därför kommer jag först att analysera begrepps-förvirringen, och sedan ge tydligare förslag som jag *tror* är förenliga med deras mål men som har den fördelen att de utgör grunden för regler som är både användbara och mätbara.

### Hälsa

När det gäller »hälsa» börjar utredningen med att rekommendera WHO:s definition (»ett tillstånd av fullständig fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande») på grund av dess holistiska syn på hälsobegreppet. Men senare i rapporten ställer man termen »hälsa» mot »ökad livskvalitet», »minskat lidande» och »förbättrad social funktion». Detta tyder på att hälsa anses ha en snävare

### Författare

ALAN WILLIAMS

professor, Centre for Health Economics, University of York, England. Översättning: Ron Gustafson, Med-Text International, Hörby.

**ANNONS**

**ANNONS**

betydelse, som har att göra med »bot» (ett sjukdomsbegrepp) eller förväntad livslängd (ett överlevnadsbegrepp).

Jag anser att den första definitionen är bättre, och mitt första förslag till klargörande är att »hälsa» skall betyda både *livslängd* och *livskvalitet*.

### Behov

Vad gäller »behov» antar utredningen som sin generella definition »något utan vilket man far illa». Personligen föredrar jag den mer positiva varianten »något man skulle ha nytta av», men detta är en smakfråga, inte en sakfråga. Problemet är hur begreppet tillämpas.

Det hävdas att »man har större behov ju svårare sjukdom eller skada man har, eller ju sämre livskvaliteten är till följd härav». Detta »behov» är ett behov av bättre hälsa.

Något längre fram skriver man att »nyttoaspekten är inbyggd i behovsbegreppet ... man behöver endast det som är nyttigt ... man behöver inte det som inte är nyttigt». Detta »behov» är ett behov av effektiv hälso- och sjukvård.

Det måste noteras att ett behov av hälsa inte nödvändigtvis medför ett behov av hälso- och sjukvård. Det kan vara så att sjukvården inte har någonting att erbjuda, att »behovet av hälsa» kan tillfredsställas på något annat sätt (t ex genom att sluta röka!).

### Kostnad

När det gäller »kostnad» driver utredningen vind för våg, eftersom någon definition inte ens föreslås. Kanske ansågs detta begrepp vara självklart. I praktiken förknippar utredningen »kostnadseffektivitet» med identifierandet av »personer för vilka vård inte skulle löna sig» eller att »prioritera de patienter som är mest lönsamma för samhället».

Dessa termer kommer från *finansvärlden*, trots att de felaktigt tillskrivs *ekonomins värld*. Innebörden av »kostnad» i ekonomisk vetenskap är »något av värde som avstås». I samband med prioritering inom sjukvården är »kostnaden» för att ge en individ vård den uppoffring som påtvingas den eller de personer som annars skulle kunnat ha nytta av de använda resurserna.

Detta fundamentala begrepp tycks fullständigt ha undgått utredningen, och detta är en allvarlig svaghet. Troligen är detta anledningen till att man ansett »förhållandet mellan kostnad och effekt» vara mindre viktigt. Hade man insett att syftet med kostnads-nyttomodellen är att säkerställa att den vunna nyttan överväger den uppoffrade nyttan, hade man kanske gett den en mer central roll. Det är ju trots allt just detta prioritering handlar om!

## DEBATT

**”Kärnan i prioritering är att bestämma vem som skall bli utan vad, för att andra skall kunna få någonting. Detta svåra beslut underlättas inte av principen att lika fall skall behandlas lika.”**

### Livslängd och livskvalitet

Låt mig nu föreslå några klargöranden. Anta att »hälsa» betyder livslängd och livskvalitet, att »behov» betyder »förmåga att dra nytta av sjukvård» samt att »kostnad» betyder »hälsouppoffringar som påtvingas andra» (otillfredsställda behov). I så fall är alla dessa tre begrepp mätbara i samma enheter, nämligen livslängd och livskvalitet.

I fråga om mätbarhet noterar utredningen att: »trots att det kan ifrågasättas om det över huvud taget är möjligt att gradera lidande och livskvalitet och jämföra dessa erfarenheter hos olika människor är sådana överväganden ofrånkomliga och görs dagligen, mer eller mindre medvetet, vid medicinska bedömningar och vid prioriteringar».

Man fortsätter med att konstatera: »Även om det kan erbjuda metodproblem är nyttan av vård i princip möjlig att gradera. I förhållande till hälsorelaterade behov kan den avläsas i form av bot eller förbättring av hälsan och i förhållande till livskvalitetsrelaterade behov i form av minskat lidande, förbättrad social funktion och andra mått som av den berörda patienten bedöms ge en förhöjd livskvalitet.»

Det är precis sådana mätningar som ligger till grund för tabeller över kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (s k QALY). Trots alla problem de avslöjar om vår brist på kunskap om vilken nytta sjukvården vanligtvis gör erbjuder de ändå den enda teoretiskt korrekta och praktiskt genomförbara strategin för att säkerställa en optimering av sjukvårdens nytta.

### Strävan efter rättvisa

Utredningen beaktar ytterligare ett viktigt mål, nämligen strävan efter rättvisa. Denna anses bestå av två komponenter, »solidaritet» och »jämlighet».

Tyvärr är denna diskussion precis lika förvirrande som den föregående. Till en början sägs *solidaritet* innebära att »resurserna i första hand fördelas till dem med de största behoven» och *jämlikhet* att »lika fall behandlas lika». Men i så fall för oss begreppet rättvisa inte längre än vi redan kommit, eftersom solidaritet i denna betydelse är en del av

optimeringsmålet och jämlikhet inget annat än en upprepning av den ursprungliga första principen.

Men senare dyker en helt annorlunda definition av solidaritet upp, nämligen »en strävan att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt». Detta är väldigt radikalt, om det innebär – vilket det förefaller göra – att man använder sjukvårdssystemet för att minska olikheter i människors erfarenhet av hälsa över hela livet.

### Omfördelning av resurser

Om denna princip tillämpades i Storbritannien, skulle det kräva att resurser togs från socialgrupp I och II och till socialgrupp IV och V och flyttades från kvinnor till män. Jag förmodar att det skulle kräva liknande förändringar i Sverige. Är detta vad utredningen har i åtanke? Om så är fallet, behöver vi information om vilka grupper i det svenska samhället som har den sämsta respektive bästa (kvalitetsjusterade) förväntade livslängden vid födelsen. Sådan information gör att sjukvårdssystemet behöver avsätta större resurser per enhet förbättring i hälsa åt de missgynnade än vad som skulle avsättas för samma nytta åt de privilegierade.

### Tolkade huvudprinciper

Alltså är min tolkning av utredningens ståndpunkt följande:

*För det första*, att lika fall skall behandlas lika och med tillbörlig värdighet.

*För det andra*, att människors behov av sjukvård skall mötas så effektivt som möjligt (dvs påtvinga andra minsta möjliga uppoffring).

*För det tredje*, att ojämlikheter i livstidshälsa skall minimeras.

Eftersom dessa mål troligen kommer att råka i konflikt med varandra, behöver vi en konkretisering av de kompromisser emellan dem som kan vara acceptabla. Hur mycket skulle till exempel det svenska folket vara villigt att offra när det gäller *genomsnittsnivån* på hälsa i Sverige, för att minska fördelningsskillnader? Detta kommer i sin tur i hög grad att pröva det nuvarande kunskapsläget om hur det innevarande hälsotillståndet verkligen är (i något mer täckande termer än medellivslängd), och vad som karakteriserar (och orsakar) de största hälsoskillnaderna i den svenska befolkningen.

Jag hoppas att utgivandet av denna rapport, och diskussionen i dessa viktiga frågor, kommer att leda till krav på en *faktabaserad* prioritering.

\*

*Jan-Otto Ottosson, huvudsekreterare i Prioriteringsutredningen, replikerar på sidan 3380.*

# SOLIDARITET HÖGT MÅL MEN ÄR DET RADIKALT?

**Prioritering är en smärtsam procedur som politiker och vårdarbetare helst skulle vilja slippa. Utredningens princip om allas lika värde och lika rätt slår fast hur man *inte* får prioritera. Och dess solidaritetsbegrepp speglar lagens krav om vård på lika villkor – det är ett högt mål men är det så radikalt i ett demokratiskt samhälle?**

**Motsättningen mellan individens och samhällskollektivets behov och nytta av vård förtjänar en fördjupad analys.**

Internationella synpunkter på den svenska Prioriteringsutredningen är givetvis välkomna; det var ju i själva verket meningen med utredningens engelska version »Priorities in health care.»

Uppenbarligen är gräset inte alltid grönt på andra sidan staketet. Av de många synpunkter Alan Williams anför är det förvånande att han anser att utredningens grundläggande princip »Allas lika värde, allas lika rätt» inte skulle vara relevant vid prioritering. Principen slår i själva verket fast hur man *inte* får prioritera.

## Nej till schablongränser

Man får t ex inte använda schablongränser för kronologisk ålder, däremot göra individuella bedömningar av om en individs biologiska ålder är förenlig med krävande undersökningar och behandlingar.

Man får inte använda schablongränser för födelsevikt utan är skyldig att göra individuella bedömningar av om kraftigt underviktiga barn har förutsättningar för att svara på livsuppehållande åtgärder. Att man inte heller får använda patienters ekonomi, intelligens eller sociala ställning som prioriteringsgrun-

der är en självklar följd av människovärdesprincipen.

Det vore förvånande om Storbritannien inte skulle sätta dessa demokratiska värden lika högt som Sverige och om en prioriteringsutredning från öriket inte skulle ge människovärdesprincipen en framträdande plats. Tvärtemot vad Williams hävdar är den ytterst relevant i frågan om vem det skall prioriteras emot.

Den polemiska tonen i avsnittet om begreppsdefinitioner är både onödig och omotiverad, eftersom Williams knappast tillför något nytt när det gäller definitioner av hälsa (sjukdomsbegreppet nämner han över huvud taget inte), behov och nytta och eftersom han instämmer i att nyttan avser hälsa och livskvalitet. Vi är också helt eniga om behovet av klinisk forskning och bevisbaserad prioritering.

Måttet QALY (quality adjusted life years) är Williams mer positivt inställd till än utredningen, som ansåg att livskvalitet har alltför många dolda värderingar och dåligt undersökta felkällor. Utfallet riskerar därför att bli olika, beroende på vem som bedömer, efter vilka principer det sker och under hur lång tidsperiod.

Detta är trots allt teknikaliteter. Principiellt viktiga är däremot Williams' från utredningen avvikande synpunkter på rättvisa och kostnadseffektivitet.

Han menar att utredningens solidaritetsbegrepp är för radikalt i sitt hävdande av att utfallet av vården skall bli så lika som möjligt för olika individer med samma sjukdom. Detta är emellertid innebörden i den svenska Hälso- och sjukvårdslagens begrepp »vård på lika villkor». Skall det kunna uppfyllas gäller det ju inte bara att människor skall ha lika tillgång till vård utan också att vården skall genomföras med samma konsekvens och med mobilisering av lika stora resurser till alla. Det är ett högt mål men är det egentligen så radikalt i ett demokratiskt samhälle?

## Överföring från behov som är mindre angelägna

Som Williams riktigt konstaterar kräver solidaritet och vård på lika vill-

kor omfördelningar. Det drabbar säkert socialgrupperna olika, men det väsentliga är att insatser för mindre angelägna sjukvårdsbehov överförs till mer angelägna.

Ett av utredningens huvudbudskap är att vården av svårt och långvarigt sjuka patienter och vården i livets slutskede för närvarande är underdimensionerade i Sverige. Resurser bör därför överföras från bl a ineffektiva hälsoundersökningar, andra åtgärder utan dokumenterad nytta, slentrianmässiga undersökningar utan medicinsk indikation, idrottsmedicin, skönhetsoperationer och läkemedelsbehandling av lätt blodtrycksstegring.

Utredningen betonar också att grupper i samhället som har svårt att artikulera sina behov och som saknar kraftfulla företrädare inte får komma i efterhand vid prioriteringar.

## Kostnadseffektivitet

En annan principiell åsiktsskillnad mellan oss rör kostnadseffektivitet. Utredningens definition är att man bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt. Visserligen kan det råda delade meningar om vad som är en rimlig relation och vem som skall göra den slutliga avvägningen, men enligt utredningen handlar kostnaden enbart om ekonomi.

Det innebär bl a att begränsade resurser kan göra det försvarligt att inte alltid erbjuda den bästa behandlingen, om denna skulle vara mycket dyr i förhållande till tillskottseffekten vid jämförelse med alternativa behandlingar. Eftersom resurser då kan sparas för mer angelägna behov är det etiskt försvarbart att i vissa lägen i stället erbjuda den näst bästa behandlingen.

## Solidaritets- och nyttoprinciper

Det perspektiv Williams lägger på kostnad rör inte ekonomi utan de uppoffringar som påtvingas de personer som hamnar långt ner vid prioriteringar. Trots att de kunnat ha nytta av vård tvingas de avstå från den, betala en större eller mindre del själva eller ställas på en lång väntelista. Detta är alltså en annan och viktig del av kostnadseffektiviteten som på intet sätt försumrats av

## Författare

JAN-OTTO OTTOSSON

professor emeritus i psykiatri, Göteborg, huvudsekreterare i Prioriteringsutredningen.

## DEBATT

**”Kanske en av prioriteringsdiskussionens viktigare konsekvenser blir att man lyckas komma fram till andra tillvägagångssätt än prioriteringar för att minska svealget mellan behov och resurser.”**

utredningen. I själva verket handlar ju all prioritering om att en del blir vinnare och andra förlorare.

Utredningen pekar på två principer vid denna svåra avvägning. Den ena är behovssolidaritetsprincipen som i prioriteringssituationer betonar det individuella och inte det kollektiva behovet. Den andra är en renodlad nyttoprincip med innebörden att det som gör störst nytta för flertalet individer skall väljas i första hand. Konsekvensen blir att man kan addera nyttan av vård för många människor med små behov så att den väger upp en stor nytta för ett fåtal.

Andra varianter av nyttoprincipen är att prioritera de patienter som ger störst intäkter i sjukvården eller är mest lönsamma för samhället. Utredningen har tagit avstånd från alla dessa varianter av nyttoprincip och hävdar att det är först när nyttan sätts i samband med den enskilda individens behov som vården uppfyller behovssolidaritetskriteriet.

I princip är således nyttoprincipen oförenlig med behovssolidaritetsprincipen även om det finns situationer där individens och kollektivets nytta sammanfaller.

### Motsättning kräver djupare analys

Det kan invändas att vägningen av enskilda individers behov och nytta av vård görs i mötet med patienter, medan samhället har ansvaret för att bevaka kollektivets behov och nytta. Analysen av denna motsättning skulle onekligen behöva fördjupas. För att komma till en rimlig avvägning mellan det individuella och det kollektiva bör politiker vara lyhörda för vårdföreträdarnas bedömningar av i vilka grupper de patienter finns där behovet av vård är störst och där vårdinsatserna ger bäst utdelning. Den rimlighetsavvägning mellan individuell och kollektiv nytta som nu sker bör ständigt omprövas med ledning av de kliniska erfarenheterna.

### En smärtsam procedur

Eftersom prioritering är att välja bort att tillgodose i och för sig motiverade behov är den en så smärtsam procedur

att både politiker och vårdarbetare helst skulle vilja slippa den.

Allt mer intolerabla skulle prioriteringarna bli om de också gick ut över den vardagssjukvård som mindre resursstarka inte skulle ha råd att bekosta: ljumskbräck, lufttröskatarr, migrän, livmoderframfall etc.

Williams frågar hur mycket det svenska folket är villigt att offra för att minska skillnaderna i befolkningens hälsotillstånd. Det har framhållits att många svenskar skulle acceptera (ytterligare) en skattehöjning om den garanterades gå till sjukvården. Med hänsyn framför allt till dynamiken i den medicinska utvecklingen torde det dock vara en from förhoppning att man kommer undan prioriteringar ens med en rejäl extra utdebitering. De alternativ som erbjuds är rationaliseringar – som riskerar att gå ut över vårdens kvalitet och på sina håll redan har överskridit smärtgränsen – och förändringar av vårdens struktur.

Den genomgripande omorganisation som pågår i Stockholms läns landsting kräver uppoffringar i form av uppsägningar samt förflyttningar av personal och patienter. I varje fall i ett kortare perspektiv tycks den dock leda till ett rationellare utnyttjande av resurserna och förebygga mer hårdhänta prioriteringar.

Kanske en av prioriteringsdiskussionens viktigare konsekvenser blir att man lyckas komma fram till andra tillvägagångssätt än prioriteringar för att minska svealget mellan behov och resurser. •

## Världskonferens om prioritering i Stockholm

En bred belysning av prioritering i teori och praktik ges i Stockholm 13–16 oktober 1996 vid 1st International Conference on Priorities in Health Care.

Praktiska erfarenheter från hälso- och sjukvården redovisas från bl a Oregon i USA, Nederländerna, Frankrike, Nya Zeeland och de nordiska länderna. Prioritering i praktiken diskuteras också med utgångspunkt i patientfall.

Konferensen hålls i Stockholms stads konferenscentrum i Folkets hus, Barnhusgatan 14, Stockholm. Det är möjligt att registrera sig i förväg eller vid konferensen (avgift 4 900 kr).

Information via Stockholm Convention Bureau, Box 6911, 102 39 Stockholm, telefon 08-736 15 00. •

## Särtryck!



Kvalitetssäkring har blivit ett etablerat begrepp inom hälso- och sjukvården. Utvecklingen har påskyndats av den pågående omprövningen av organisations- och styrformer.

Läkartidningens serie kring detta fick rubriken "medicinsk revision", som ligger nära den engelska beteckningen "medical audit". Härmed avses en process som består i definition av mått på vårdverksamheten, observation och mätning av utfall samt åtgärdande av brister eller avvikelser från den standard man definierat.

Serien omfattade 32 artiklar, som publicerades 1991–1992. Den har nu samlats i ett 84-sidigt särtryck och kan beställas med kupongen nedan.

Pris 80 kronor. Vid 11–50 ex 72 kronor, vid högre upplagor 67 kronor/ex.

..... ex Medicinsk revision

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Beställning per fax:  
08-20 76 19