

Västerbottens läns landsting:

Så fördelar vi ansvaret mellan politiker och vårdpersonal

Målet med prioriteringar är att öka rättvisan i fördelningen av de resurser som står till sjukvårdens förfogande. En samsyn härvidlag mellan politiker och profession är nödvändig. Prioriteringsarbetet bör i första hand koncentreras till att ge grupperna med störst behov företräde. Med utgångspunkt i erfarenheter från Västerbottens läns landsting beskrivs hur ansvaret kan fördelas mellan politiker och profession.

SUSANNE WALDAU
planerare, Hälsoenheten,
Västerbottens läns landsting, Umeå
(susanne.waldau.lt@vll.se)

■ Enligt WHO, Världshälsoorganisationen [1], har Sveriges befolkning i ett globalt perspektiv både mycket god hälsa (plats 4 av 191 länder) och stora hälso- och sjukvårdsresurser per invånare (plats 7). Däremot tycks vi vara sämre på att använda dessa resurser för att utjämna sociala skillnader i hälsa (plats 23).

Även om metodiken bakom siffrorna kan kritiserats kvarstår de väsentliga dragen i denna bedömning. Med andra ord:

vi har ett fantastiskt utgångsläge i vår hälso- och sjukvård.

Mot denna bakgrund kan det förefalla märkligt att prioriteringsfrågan i Sverige i första hand blivit en diskussion om ransoneringar. Att »prioritera« betyder att »sätta före«. »Ransonera«, däremot, betyder att »begränsa«. Om inte vi klarar att tillgodose befolkningens sjukvårdsbehov, vilken nation skall då kunna göra det?

Socialstyrelsen har angett ett antal sätt att ransonera som anses godtagbara om de uppfattas som legitima av befolkningen, dvs att patienter och övriga skattebetalare litar på att befintliga resurser använts så effektivt som möjligt. Sådana sätt att ransonera kan vara:

Att utesluta vård trots att den kunnat göra nytta, att försena (med väntetider), att avleda (överbäda vård på kommuner eller anhöriga), späda ut (färre återbesök) eller avskräcka (med hjälp av patientavgifter) [2].

Två prioriteringsgrupper

Huvudbudskapet från Prioriteringsutredningen är emellertid att vissa grupper skall ha bättre omhändertagande och vård än andra. Prioriteringsgrupp 1 omfattar, förutom vård vid akuta och livshotande tillstånd, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi.

Dessutom har man lyft fram befolkningsinriktad prevention med bevi-

Tema: Prioritering i praktiken

sad nytta och lagstadgad rehabilitering genom att placera den verksamheten i prioriteringsgrupp 2.

Utmaningen blir därför: Hur skall vi lyfta fram dessa områden? Hur kan vi inom ramen för den givna finansieringen se till att dessa grupper med störst behov verkligen ges företräde? Och hur kan vi visa för befolkningen att så skett?

Fem skäl för prioritering

Det finns fem skäl för att prioritering är nödvändig:

1. *Alla system har alltid begränsade resurser.*

Att sätta vissa saker före och begränsa andra är att hushålla, liksom att försöka få ut det mesta och bästa (i kombination) av de resurser man har tillgång till. Alla system, även sjukvården, måste hushålla. De etiska principerna om människovärde, behov/solidaritet och kostnadseffektivitet skall bilda utgångspunkt för hushållningen med hälso- och sjukvårdens resurser.

2. *Systemet bagnar på grund av inre expansionskraft och ekonomiska begränsningar.*

BNP-tillväxten förra året bedöms ha varit 4 procent, medan skatteunderlaget bedömdes ha vuxit med 6,4 procent. De

Tabell I. De tio sjukdomar/skadetyper som bidrar mest till den totala sjukdomsburden i form av förlorade levnadsår (förtida död) respektive år med funktionsnedsättning (sjuklighet). Procent, avrundat [4].

De sjukdomar/skadetyper som bidrar mest till förtida död	Andel av alla förlorade levnadsår	De sjukdomar/skadetyper som bidrar mest till sjukligheten	Andel av alla år med funktionsnedsättning
1. Ischemisk hjärtsjukdom	26	1. Depression och neuros	20
2. Slaganfall	8	2. Demenssjukdomar	9
3. Självttillfogade skador	5	3. Alkoholberoende	6
4. Bronk- och lungcancer	4	4. Psykos utom schizofreni	5,5
5. Luftvägsinfektioner	3	5. Rygg- och nacksjukdomar	5
6. Cancer i tjocktarm och ändtarm	3	6. Hörselnedsättning	4,5
7. Trafikolyckor	2,5	7. Slaganfall	4
8. Bröstcancer	2	8. Astma och KOL	4
9. Blodmaligniteter	2	9. Ischemisk hjärtsjukdom	4
10. Astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)	2	10. Fallskador	2

II Fakta 1

Politisk prioritering

Fullmäktige, länsnivå

Mål.

Resursfördelning i länet.

Gränser för det offentliga åtagandet.

Hälso- och sjukvårdsnämnder

(befolkningsperspektiv), distriktsnivå

Pröva och ompröva
rådande resursfördelning.

Fördela/omfördela resurser
på sjukdoms-/behovsområden.

Landstingsstyrelse (drifts- eller verksamhetsansvar), läns-/distriktsnivå

Jämföra produktionsvillkor för grupper
med lika behov i länet.

Ändamålsenlig organisation i länet.

Effektiv resursanvändning.

s k Perssonpengarna innebar åtminstone i Västerbotten inte något faktiskt tillskott, utan kompenserade för urholkning av statsbidragen. Det kan betvivlas att ens de pengar som följer av den nationella handlingsplanen kommer att ge ett faktiskt tillskott i Västerbotten de närmaste tre åren.

Några exempel från Västerbotten på hur pengarna används:

Tack vare ett energiskt arbete i läkemedelskommittén bromsades förra året den tidigare kraftiga ökningen av läkemedelskostnaderna i Västerbotten. I slutet vård till och med minskade kostnaderna med 3,5 procent, i öppen vård (som ännu finansieras med statsbidrag) stannade ökningen vid 5,2 procent. Lönerna beräknades förra året ha ökat med ca 4,6 procent i genomsnitt. Eftersom andelen läkare och sjuksköterskor ökar – från 51 till 60 procent mellan 1993 och 1998 – ökar lönekostnaderna kraftigare än så. Vi har allmänt lite kännedom om hur mycket kostnaderna steg för medicinsk teknologi, utöver läkemedel.

En svag ökning av intäkterna går således i första hand åt för att finansiera en kombination av löneökningar, kompetensförstärkning och utveckling av medicinsk teknologi. Det finns litet utrymme för volymökning, om den inte finansieras med hjälp av smartare arbetssätt i form av bättre/billigare behandlingsmetoder eller förbättrade vårdprocesser.

Å andra sidan har hälso- och sjukvården expanderat oerhört under de senaste decennierna. Nationella folkhälsokommittén har listat exempel på vad svensk sjukvård åstadkommit under 1990-talet. Listan illustrerar vilka enorma verksam-

hetsvolymerna som utförs i sjukvården, liksom hur de ökar till följd av att nya behandlingsmetoder introduceras och sprids till allt skörare patientgrupper:

- 80 000 nya höftleder, 37 000 nya knäleder.
- 300 000 operationer för grå starr.
- Mer än 300 000 nya hörapparater.
- 85 000 patienter behandlade med antidepressiva (80 procent förbättrade).
- 440 000 behandlade för magsår.
- 600 000 behandlade för högt blodtryck.

3. Expansionen sker till stor del i andra sektorer än de som lyfts fram i prioriteringsordningen.

Denna hypotes bör undersökas. Om den medicinskt tekniska utvecklingen betonar andra behov än de hos de svårt kroniskt sjuka, de dementa, de psykiskt sjuka eller de döende bidrar detta till ökad obalans i fördelningen av resurser.

4. Prioriteringsordningen lyfter fram underförsörjda områden.

Prioriteringsutredningen både utgår ifrån och kommer fram till att behoven hos de tre sista grupperna i prioriteringsgrupp 1 inte är tillräckligt tillgodosedda. Det är osäkert om denna obalans minskat, är oförändrad eller har ökat under de snart sex år som gått sedan utredningen presenterades och de fyra år som gått sedan den lagfästes.

5. Systemet är troligen inte helt anpassat till förändrade sjuklighetsmönster.

En bearbetning av materialet i den svenska DALY-rapporten (Disability Adjusted Life Years) [3] illustrerar frågan om systemet är bättre anpassat för att möta de sjukdomar som ger upphov till förtida död än de som leder till många år av nedsatt funktion. Förtida död och sjuklighet förorsakar 57 respektive 43 procent av den totala sjukdomsbelastningen i Sverige (Tabell I).

Till detta kommer kravet på öppenhet i prioriteringarna. Det innebär att befolkningen skall kunna bedöma huruvida hushållningen i hälso- och sjukvården sker utifrån godtagbara principer. Hälso- och sjukvården skall alltså inte bara hushålla, man skall också kunna visa hur man gjort och på vilka grunder.

Ansvarsfördelning i prioriteringsarbetet

Socialstyrelsen konstaterar att prioriteringsarbetet är komplicerat, i synnerhet eftersom det skall ske öppet, med demokratisk insyn. Det kräver, säger man, ett uthålligt och sammanhållet arbetssätt, adekvat kunskapsunderlag, professionell kunskapsbildning och förmåga att

II Fakta 2

Professionernas ansvar för prioritering

Medicinska länsgrupper

Gruppera medicinska tillstånd i prioriteringsgrupper.

Sätta indikationsgränser.

Kliniska riktlinjer.

Medicinska vårdprogram.

Beskriva resursåtgång.

Medicinska specialister

Prioriteringar på individ-/patientnivå.

Beskriva resursåtgång.

Effektiv och ändamålsenlig resursanvändning.

Kunskapsutveckling.

Övriga relevanta yrkesgrupper

Prioriteringar på individ-/patientnivå.

Beskriva resursåtgång.

Effektiv och ändamålsenlig organisation.

använda relevant information. Vidare behövs aktiva politiker och gott samarbete mellan politiker, administratörer och profession.

Västerbottens läns landsting har fattat beslut om den politiska ansvarsfördelningen i prioriteringsarbetet (Fakta 1). För närvarande diskuteras verksamhetens ansvar med utgångspunkt i lagens krav (HSL §§ 2, 7 och 28) samt det professionella ansvaret för kunskapsutvecklingen, vilket i praktiken innebär ansvar för den medicinskt teknologiska utvecklingen.

Verksamheterna bär ansvar för större delen av de vertikala prioriteringarna, dvs bl a indikationsställning och fördelningen av resurser mellan olika delar av en vårdprocess. Även horisontella prioriteringar måste till stor del göras på underlag av kunskap som verksamheten tar fram.

En tänkbar struktur för hur verksamhetens ansvar för de vertikala prioriteringarna kan uttryckas finns i Fakta 2.

Ett exempel från ögonsjukvården kan illustrera resonemanget [5]. En utredning 1999 visade att behovstäckningen i fråga om kataraktoperationer varierade inom länet, vilket tyder på att man använde olika indikationer vid de tre ögonklinikerna. Synrehabiliteringen var totalt sett väl utbyggd, men geografiskt ojämnt fördelad.

I enlighet med resonemanget bör professionens ansvar bestå i att jämföra utindikationerna i länet (skall resurser eller patienter flyttas mellan klinikerna?) och antingen själva tillse att, eller ge under-

lag för politiska beslut om hur, resurserna till behandling respektive rehabilitering bör balanseras för att ge bästa effekt i form av hälsa och livskvalitet.

Det politiska uppdraget består i att ta ställning till hur stor del av det återstående behovet som skall tillgodoses, på underlag av kunskap om kostnader och hälsovinster jämfört med andra alternativ, samt varifrån resurserna i så fall skall tas. För att åstadkomma detta arbetssätt krävs en hög grad av samsyn i styrningen och ledningen av hälso- och sjukvården.

Hur utveckla horisontella prioriteringar?

Horisontella prioriteringar fordrar, förutom epidemiologiskt underlag, kunskap om i vilken grad behoven tillgodoses hos olika patientgrupper. Ett förslag till hur sådan kunskap kan tas fram skulle kunna vara följande:

Verksamhetscheferna får i uppdrag att undersöka funktionsnedsättningen hos den sista kvartilen i varje patientgrupp som behandlas. Detta kan uttryckas med instrument för livskvalitetsmätning som EuroQol eller SF36. Detta bildar ett underlag för jämförelse mellan behovstillfredsställelsen hos exempelvis patienter med hjärtsvikt, med reumatism eller med psykisk ohälsa.

Även med ett sådant underlag måste man skapa samsyn kring målen med prioritering, vilket skulle öka rättvisan i fördelningen av de resurser som står till sjukvårdens förfogande.

Referenser

1. WHO. World Health Report 2000: Health Systems: Improving performance. Genève: WHO; 2000.
2. Prioriteringar i sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen. Rapport 1999:16.
3. Peterson S, et al. Sjukdomsbördan i Sverige – en svensk Daly-kalkyl. Stockholm: Folkhälsoinstitutet 1998; 50.
4. Granskning av ögonsjukvården i Västerbotten. FoU, VLL, 1999.
5. Waldau S. Prioriteringar i hälso- och sjukvården – att hushålla för rättvisa. Lund: Studentlitteratur; 2001.

Hur hanterar vi vårt ekonomiska uppdrag?

Sjukvårdens resurser är ändliga och bestäms av samhällsekonomin. När resurser satsas på en patient undandras de samtidigt från en annan. Detta innebär att läkaren har ett implicit ekonomiskt uppdrag. Via förfinade indikationer skulle vi kunna agera så att resurserna räcker längre.

Detta kräver dock avancerad patientorienterad forskning, ett område som idag tyvärr är eftersatt och som samhället måste satsa betydligt mer på.

TORKEL ÅBERG

docent, verksamhetschef,
Hjärtcentrum, Norrlands Universitets-
sjukhus, Umeå
(torkel.aberg@vll.se)

■ Har läkaren ett ekonomiskt uppdrag likaväl som ett medicinskt? Detta gäller förstås alla verksamhetschefer, men i förlängningen torde alla läkare få kännas vid ett implicit ekonomiskt uppdrag. Hur hanterar vi då detta?

Hälsoekonomi är en relativt ung vetenskap som blandar medicin, samhällsvetenskap, etik, företags- och nationalekonomi på ett intressant sätt. Den illustrerar sjukvårdens plats i samhället och försöker beskriva sjukvårdens effekter genom att via uttryck för ekonomi gradera sjukvårdens olika insatser.

Sambandet rikedom-sjukvårdsresurser

Sambandet mellan ett lands rikedom och dess resurser för sjukvård brukar illustreras med grova mått som bruttonationalprodukt och andelen av denna (Figur 1). Beräkningarna kan förfinas genom att ta hänsyn till växlingskurser och köpkraft, uttryckt som köpkraftspariteter per capita, medelindividens köpkraft i ett visst land. Det klara statistiska sambandet ($r^2=0,77$) pekar på att det rör sig om en allmänmänsklig lag.

En slutsats av detta starka samband är att olika länders olika resurstilldelning till sjukvården sammanhänger med deras ekonomi. En annan är att olika länder

Tema: Prioritering i praktiken

inte kan ha samma sjukvårdsstandard eller använda samma indikationer för vissa ingrepp. Det innebär att indikationer inte byggs på enbart medicinska eller etiska överväganden. En läkare i USA handlar sålunda inte mer etiskt än en läkare i Sverige eller Turkiet trots att han spenderar mer pengar på sin patient.

En ytterligare slutsats är det starka sambandet mellan utbyggnaden av sjukvården och hur samhällsekonomin utvecklar sig.

Den nuvarande generationen läkare är födda och uppvuxna under en tid då ökningen av vår rikedom var allmän och långvarig. Den stagnation av ekonomin som ägt rum sedan 1973 innebär att den årliga ökningen har avtagit eller avstannat. Under 1990-talet försökte man under flera år att dra tillbaka resurser från sjukvården, men detta har knappast haft några långsiktiga effekter på den totala sjukvårdsekonomin i landet. Däremot har föga expansion skett. Denna bild varierar från landsting till landsting.

Vissa tecken tyder nu på en utveckling liknande den under efterkrigsperioden. BNP har ökat påtagligt men ser nu ut att stagnera igen. Ett stort antal teknologiska genombrott görs inom olika delar av samhället, och datorn som arbetsinstrument introduceras på bred front.

Kommer denna utveckling att resultera i en ökad tilldelning av resurser till sjukvården? Enligt Figur 1 borde detta ske, men antagligen inte under de närmaste åren. Den föreliggande tendensen inom EU att generellt sänka skatterna måste även Sverige följa för att inte minska den svenska industrins konkurrenskraft. Sekundärt kan detta resultera i ett ökat inslag av försäkringslösningar inom sjukvården, men detta kommer att ta avsevärd tid. Vi kan således inte räkna med resurstillskott under de närmaste åren.

För Norrlands del pekar flera tendenser på att denna landsdel kommer att släpa efter när det gäller ökning av BNP per capita. Norrland deltar föga i den sk nya ekonomin, och det har skett en nettoutflyttning av framför allt arbetsför ungdom under de senaste åren. Regering och riksdag visar minskande lojalitet mot