DEN SVENSKA ✚ SJUKVÅRDEN

RED:
Göran Arvidsson | Bengt Jönsson | Lars Werkö

Prioritering i sjukvården

– ETIK OCH EKONOMI

SNS FÖRLAG

DEN SVENSKA ✚ SJUKVÅRDEN

Prioritering i sjukvården
– etik och ekonomi

RED:
Göran Arvidsson Bengt Jönsson Lars Werkö

Prioritering i sjukvården

– etik och ekonomi

Översättning:
Stellan Wijkström

SNS FÖRLAG

SNS Förlag
Box 5629
114 86 Stockholm
Telefon 08-23 25 20

Prioritering i sjukvården – etik och ekonomi
Red: Göran Arvidsson, Bengt Jönsson och Lars Werkö
1:a upplagan
1:a tryckningen

Boken ingår i en serie från SNS: *Den svenska sjukvården*
Tidigare har utkommit:

- Hur skall sjukvården betalas? *Lars Söderström*
- Valfrihet och konkurrens i sjukvården. Red: *Arvidsson/Jönsson*
- Sjukvård i andra länder Red: *Arvidsson/Jönsson*
- Svensk sjukvård – bäst i världen? *A J Culyer m fl*
- Patientmakt över vården. *Richard B Saltman*
- Tandvård i andra länder. Red: *Arvidsson/Jönsson*

© 1993 Författarna och SNS Förlag
Översättning: Stellan Wijkström (kapitlen av Daniel Callahan, Cyril Chantler, Alan Maynard och Lennart Nordenfelt)
Omslag och typografi: Richard Frölich
Sättning: Gotab
Tryck: Norstedts Tryckeri, Stockholm 1993

ISBN 91-7150-495-8

Innehåll

Förord 7

Introduktion 9
Göran Arvidsson, Bengt Jönsson och Lars Werkö

Del I. Visioner och mål

Att prioritera inom hälso- och sjukvård 21
Daniel Callahan

Kommentarer:

Till individens lov! 36
Lennart Nordenfelt

Diskriminering av äldre – oetisk och olaglig! 42
Jan-Otto Ottosson

Del II. Att sätta gränser

Jämlikhet och effektivitet vid fördelning av resurser till hälso- och sjukvård 47
Alan Maynard

Kommentarer:

Vi måste ha bättre kunskaper! 63
Bengt Jönsson

Renodla politikerrollen! 68
Anna Hedborg

Del III. Gränsdragning i praktiken

Konflikter mellan den kliniska och den politiska nivån 73
Cyril Chantler

Kommentarer:
Vi måste enas om värderingarna! 84
Jan Thorling

Varning för omoralisk valfrihet! 89
Kerstin Hulter Åsberg

Del IV. Etik och prioriteringar i framtidens sjukvård

Skilj på politiska och medicinska prioriteringar! 97
Anders Milton

Samsyn mellan alla ansvariga behövs! 119
Marika Nordström

Med bättre informationssystem blir prioriteringar lättare! 124
Olof Edhag

Med effektivisering, kloka prioriteringar och en sund ekonomi slipper vi ransonering! 126
Bo Könberg

Författarpresentation 131

Förord

Denna bok är resultatet av ett samarbete mellan Centrum för Hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm (HHS), Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik (SBU) och Studieförbundet Näringsliv och Samhälle (SNS). Vi har alla i vår forsknings- och utredningsverksamhet haft anledning att uppmärksamma de viktiga frågorna om prioritering och ransonering i sjukvården. Vi har konstaterat att debatten kännetecknas av brist på både överblick och djup. Hur ser prioriteringsproblemen ut? Hur hanteras de och var ligger ansvaret? Vilka erfarenheter finns? Vilka lärdomar kan dras? Finns några ansatser man kan enas om?

I den här boken har vi ställt samman kunskaper, erfarenheter och idéer förmedlade av en mycket kvalificerad grupp personer som i skilda positioner är djupt involverade i prioriteringsfrågor inom hälso- och sjukvården. Inläggen bygger på presentationer och kommentarer gjorda vid en av oss gemensamt arrangerad konferens i december 1992. De tre huvudkapitlen bygger på uppsatser som professorerna Daniel Callahan, Cyril Chantler och Alan Maynard presenterade vid konferensen. Övriga bidrag sammanfattar muntliga inlägg som tillsammans ger en god bild av tänkandet hos några av de allra främsta opinionsbildarna i Sverige inom detta område. Vår förhoppning är att resonemangen skall vara både tankeväckande och klargörande – och stimulera till såväl fortsatta diskussioner som fördjupande forskning.

Stockholm i april 1993

Göran Arvidsson	*Bengt Jönsson*	*Lars Werkö*
SNS	HHS	SBU

Introduktion

Göran Arvidsson, Bengt Jönsson och Lars Werkö

Under det senaste decenniet har debatten om sjukvårdens problem ofta kommit att röra sig kring begrepp som ransonering och prioritering. Både beslutsfattare och allmänhet har upptäckt att de resurser som kan ställas till hälso- och sjukvårdens förfogande är begränsade. Väntetider till vissa ingrepp och förekomsten av köer inför intagning till sjukhus eller annan form av vård är synliga tecken på att efterfrågan är större än vad resurserna räcker till. Inom sjukvården vet man dessutom att åtskilliga insatser som både är medicinskt motiverade och tekniskt möjliga inte kan göras därför att "tiden eller pengarna" inte räcker till. Man får avstå eller prioritera bort.

Detta har rest frågan om huruvida de resurser som tilldelats sjukvården i stort, eller vissa vårdformer, är tillräckliga för att de mål som officiellt satts upp skall kunna uppnås. I denna debatt har bl.a. företrädare för sjukvården, patientorganisationer och allmänhet hävdat att resurserna måste öka, medan andra framfört att med en mer rationell organisation och ledning av sjukvården kan målen nås med nuvarande resurstilldelning. I bägge fallen finns dock insikten att resurserna aldrig kommer att räcka till för att tillgodose alla de krav och önskemål som kan komma att ställas på hälso- och sjukvården. Det kommer alltid att vara nödvändigt att ställa olika behov och krav mot varandra, att göra med-

vetna prioriteringar. På en övergripande samhällsnivå gäller det att avväga hälso- och sjukvård mot andra verksamheter. Inom sjukvården gäller det att avgöra hur olika medicinska specialiteter skall avvägas mot varandra och vilka slag av vårdbehov som är viktigast att tillgodose. Det gäller också de kliniska avgörandena om vilken eller vilka patienter som skall gå före, om resurserna inte räcker till allt åt alla.

För den som först på senaste tiden konfronterats med problemet att prioritera inom sjukvården kan det förefalla som om detta är ett nytt problem, en följd av de senaste årens försämrade ekonomiska villkor. I realiteten har problemet alltid funnits men lösts informellt, från fall till fall, oftast direkt i verksamheten. Den ansvarige läkaren har mer eller mindre självständigt bestämt hur de tillgängliga resurserna skall utnyttjas. Om dessa har varit otillräckliga har han begärt mera. Sådana krav på nya resurser har ofta varit en följd av de nya vårdinsatser som blivit möjliga genom den snabba medicinska utvecklingen. Man har vant sig vid att kraven i allmänhet har kunnat tillgodoses, om än med viss väntetid.

Det nya är att prioriteringsfrågorna på allvar lyfts upp på den politiska dagordningen. Så länge vi hade en växande ekonomi, som medgav ökande anslag till sjukvården utan att det föreföll gå ut över andra behov, var det möjligt för politikerna att tillgodose allmänhetens och den medicinska professionens krav. Detta var dessutom så mycket lättare som det samtidigt innebar nya arbetstillfällen och uppfattades som uttryck för omsorg om människornas önskan om bättre hälsa och längre liv.

Nu kan politikerna inte längre satsa ytterligare på sjukvården, eller på vissa medicinska specialiteter, utan att explicit dra ner på något annat. I en växande ekonomi krävdes inte att man ställde det ena verksamhetsområdet mot något annat. Alla, eller i varje fall de

flesta, kunde få någon del av de ökande resurserna. Man tvingades inte välja mellan kraven, om de bara verkade baserade på något så när rationella grunder. De val som alltid förekommit – t.ex. inom medicinska fakulteter, i landstingens sjukvårdsutskott eller av kraftfulla sjukhuschefer – har kunnat ske inofficiellt och utan stor dramatik eftersom det totalt alltid varit frågan om en utbyggnad. Sjukvårdspolitikerna behövde inte konfronteras med kravet på att prioritera eller ransonera förrän det inträffade att tillgångarna inte längre räckte till för den önskade fortsatta expansionen av verksamheten.

Den nya situationen, med krav på ställningstaganden på alla nivåer, från riksdagen ner till det enskilda vårdfallet, inrymmer svårigheter av både ideologisk och saklig natur. Det är därför viktigt med en bred, öppen och insiktsfull diskussion som grund för de svåra ställningstaganden som måste göras.

Den beskrivna situationen har sin motsvarighet i alla industriländer oavsett hur sjukvården är organiserad eller finansierad. Diskussioner pågår också överallt. I Norge har man kommit relativt långt i en diskussion om prioritering av vissa delar av sjukvården. I Storbritannien har regeringen lagt fram ett dokument för diskussion. I den amerikanska delstaten Oregon har befolkningen engagerats i en ingående diskussion om ransonering av sjukvården – för att få råd att ge alla sjukvård. Nederländerna och Nya Zeeland är andra exempel på länder där prioriteringsfrågorna är föremål för ingående överväganden med ambitionen att definiera "basbehov" av sjukvård att tillgodose i första hand.

Här i Sverige har debatten i hög grad koncentrerats till specifika problem, t.ex. köproblemen i storstadssjukvården och svårigheterna att få läkare till glesbygdsområden. Det är först på senare år som ledande politiker försökt få en mer samlad bild av situationen.

Hittills har utvecklingen i stor utsträckning dikterats av önskemål från specialister om att få vara med om att leda den medicinsk-teknologiska utvecklingen. Andra pådrivande krafter har varit representanter för olika patientgrupper som ställt krav på att kunna utnyttja de senaste, mer eller mindre väl dokumenterade framstegen i behandlingen av ett visst tillstånd. Tillsättandet av en statlig utredning rörande prioritering i sjukvården visar på en önskan hos statsmakterna om att föra upp debatt och ställningstaganden till den nationella politiska nivån.

I de diskussioner som pågår i Sverige och utomlands deltar inte bara läkare och annan sjukvårdspersonal utan också ekonomer, administratörer och framför allt politiker med insikt om sjukvårdens besvärliga situation. Några definitiva lösningar på prioriteringsproblemen har dock knappast sett dagens ljus. Det kan heller inte förväntas av prioriteringsutredningen. Det finns inga eviga svar på de svåra prioriteringar som gäller liv, livskvalitet och död. Olika synsätt, idéer, erfarenheter och kunskaper behöver tillföras diskussionen. Av de diskussioner som förts och de utredningar som gjorts i andra länder finns en hel del lärdom att dra för Sverige. Det är för att bidra till den idé- och kunskapsöverföringen som denna bok har kommit till.

Arbetet inleddes med att Centrum för Hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm, Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik och Studieförbundet Näringsliv och Samhälle tillsammans i december 1992 anordnade en konferens på samma tema som bokens titel. Vid konferensen hölls föredrag av tre inbjudna utländska experter. Föredragen kommenterades av särskilt inbjudna svenska kommentatorer. En allmän diskussion inledd av sjukvårdsministern avslutade dagen. Denna bok bygger på föredragen och ett urval av de svenska inläggen.

I fokus för framställningen står etiska och ekono-

miska avgöranden på tre nivåer: den *nationella* som i huvudsak gäller avvägningar mellan hälso- och sjukvård och andra samhällsfunktioner, den *sjukvårdspolitiska* som gäller rättvisa och effektivitet vid fördelning och användning av sjukvårdsresurserna och den *kliniska* där de individuella avgörandena sker – och där konflikter mellan kliniska och politiska mål kan bli synliga i prioriteringar och gränsdragningar.

I det första kapitlet förs en diskussion om visioner och mål för hälso- och sjukvården. Det har skrivits av professor *Daniel Callahan*, Hastings Center, New York, känd för flera omdebatterade böcker om etiska frågor i samband med ransonering eller prioritering i sjukvården. Hans utgångspunkt är att man först bör avgöra hälsans plats i människolivet och innebörden av tillräckligt god hälsa. Först därefter blir det meningsfullt att diskutera prioriteringar och moraliska skyldigheter i sjukvården. Han konstaterar att vi måste sätta gränser i sjukvården och anger två utgångspunkter. Den första är att se till att tillräckligt många människor är friska nog att sköta de viktigaste samhällsfunktionerna. Då har samhället tillräcklig samhällshälsa (societal health). Den andra är att definiera hälsa så att individen har tillräcklig hälsa om och endast om han eller hon fungerar väl i samhället. Resurstilldelningen till sjukvården och prioriteringarna inom denna bör utgå från detta. Han menar bl.a. att orimligt stora resurser sätts in på att förlänga livet på gamla människor som redan haft förmånen av ett långt liv – på bekostnad av insatser för ett bättre, hälsosammare och kanske längre liv för många unga. Vi måste prioritera folkhälsa och livskvalitet före extremt dyr vård av för tidigt födda, organtransplantationer med osäker utgång och livsförlängande ingrepp på åldringar. I det senare fallet bör god omvårdnad prioriteras. Han efterlyser avslutningsvis en allmän målsättning och planering för det nödvändiga arbetet med att sätta gränser för mångfalden i sjukvården.

Filosofiprofessorn *Lennart Nordenfelt*, Linköpings universitet, varnar i sin kommentar starkt för att basera prioriteringar på vad som är bra ur samhällelig synpunkt. Begrepp som samhällshälsa är farliga. Mot Callahans samhällsperspektiv ställer Nordenfelt ett individperspektiv. Individens hälsa, relaterad till individens egna livsmål, skall stå i centrum, inte samhällets. Nedskärningar skall börja med det som är minst viktigt för individerna och minst kostnadseffektivt. I Callahans plädering för att prioritera omvårdnad före dyra, livsförlängande insatser för gamla, döende personer kan han dock instämma.

Jan-Otto Ottosson, professor i psykiatri och sekreterare i den statliga prioriteringskommittén, framför i en kort kommentar att Callahans teser strider mot FN-deklarationen om mänskliga rättigheter. De innebär diskriminering efter ålder. Däremot finns inget hinder mot att väga in ålder som en av flera faktorer vid individuella ställningstaganden till utredning och behandling.

I diskussionen vid konferensen framfördes stark kritik mot Callahans synsätt. Man ansåg t.ex. att det inte var förenligt med läkaryrkets krav på hänsyn till individens integritet, något som man måste värna om i kontakten med alla patienter, oavsett kategori. Callahan försökte, å sin sida, förgäves få synpunkter på hur man skall avväga sjukvård mot andra behov i samhället, t.ex. att ge de unga en god start i livet. Hur skall man begränsa ökande sjukvårdskostnader som oundgängligen går ut över annat som är viktigt, om man inte ens kan diskutera att begränsa de växande resurser som läggs på kurativa ingrepp på äldre patienter? Amerikanen pläderade alltså för ett samhälleligt planperspektiv medan svenskarna satte den enskilda individen i centrum. Kan en förklaring vara att man i USA passerat en rimlig nivå på sjukvårdssektorn medan vi i Sverige

(ännu?) inte behöver diskutera de stora avvägningarna?

Professor *Alan Maynard*, hälsoekonom från England, inleder sitt kapitel med att säga att betalningsvilja och betalningsförmåga inte duger som prioriteringsinstrument i sjukvården. Förmåga att dra nytta av vården (capacity to benefit) bör i stället användas (d.v.s. samma resonemang som framfördes av professor A.J. Culyer i SNS-boken *Svensk sjukvård – bäst i världen?*, SNS Förlag 1992). Ineffektivitet är oetiskt. Han ser inte demografin som något stort problem för de framtida sjukvårdskostnaderna, inte heller den teknologiska utvecklingen. Vad som håller på att ske är att allt mer vård och omsorg av gamla, AIDS-sjuka m.fl. flyttas över till kommuner och familjer. Kostnaderna osynliggörs och vi vet egentligen inte vad som är mest kostnadseffektivt.

Maynard beskriver försöken i Nya Zeeland, Nederländerna och Oregon att komma fram till prioriteringskriterier och konstaterar att alla ansatser är problematiska. Maynards huvudpoäng är att mycket i sjukvården vilar på ritualer, myter och okunskap. Att sätta gränser i en miljö där så mycket är okänt är riskabelt men oundvikligt – och det går om kunskaper finns. Det fordras mer hälso- och sjukvårdsforskning med långtidsuppföljning, såväl medicinsk som ekonomisk och social.

Bengt Jönsson, professor i hälsoekonomi vid Handelshögskolan och vetenskaplig rådgivare till SNS sjukvårdsprojekt, håller i sin kommentar i stort sett med Maynard. Han understryker att sjukvården är ett dynamiskt system. Han instämmer i att den medicinska utvecklingen kan vara kostnadsdrivande, men motsatsen gäller också. Han visar att kostnaderna för gråstarroperationer totalt var desamma 1982 och 1992 (drygt 190 miljoner kronor i 1992 års priser). Antalet hade dock ökat från 10 000 till 33 000 och styckkostnaden minskat till en tredjedel. Men om detta är bra, vet vi inte. Man

kan inte hålla prioriteringar och kostnadstak konstanta. Den teknologiska utvecklingen är svår att förutse. Alla prioriteringar måste vara temporära. I hög grad handlar det om att bedöma nytta och kostnader på marginalen.

Landstingsdirektören *Anna Hedborg*, Dalarna, håller också med om att fakta saknas. Hon varnar i sitt inlägg för uppfattningen att politiker skall prioritera i enskilda fall: om alkoholisten skall få en ny lever eller ej; vem som skall behandlas i första hand vid en svår olycka. Dessa val är professionella och skall göras av läkare. Politiker skall begära fakta för övergripande beslut om t.ex. resurser, legala ramar och garantier för jämlikhet i vården. Det kräver systematisk kunskap.

Det tredje temat i boken är prioriteringar ur medicinsk synvinkel. Hur dras gränserna i praktiken, och vilka konflikter finns det mellan den kliniska och den politiska nivån? Professorn och barnläkaren *Cyril Chantler* från England belyser i sitt kapitel hur läkarna kläms mellan patienternas förväntningar, det medicinsk-tekniskt möjliga och de ekonomiska ramarna. Politikerna har det inte lättare. De kläms mellan väljarnas önskemål, motstridande krav och bristfälliga informationer från läkarna och behovet att hushålla med resurserna. Allmänheten, staten, lokala sjukvårdsmyndigheter, familjeläkare samt läkare och sköterskor på sjukhusen måste dela på ansvaret. Patienterna måste också få delta i besluten. Ledningsfunktionerna är viktiga. Det behövs lagarbete mellan olika funktioner. Prioriteringar måste göras öppet och vara baserade på sund forskning om vad som är effektiv sjukvård.

Chefläkaren *Jan Thorling* från Falu lasarett konstaterar i sin kommentar att Chantlers beskrivning av konflikten mellan vårdgivare och politiker inte bara gäller England. Den finns överallt och gäller främst skilda uppfattningar om hur man skall reducera gapet mellan vad patienter och vårdgivare begär och vad politiker

vill ge resurser till. Han instämmer i att medicinare och politiker måste dela ansvaret för prioriteringar. Det är viktigt att det förs en diskussion om vilka konkreta värderingar som görs av olika vårdbehov. Den diskussionen måste föras öppet och involvera även politiker och allmänhet.

Docenten och cheföverläkaren *Kerstin Hulter Åsberg*, Enköping, understryker den humanitära aspekten. Hon anser att begreppet valfrihet håller på att bli ett omoraliskt begrepp. Risken är att de stora grupper som inte kan välja glöms bort. Hon håller med om värdet av lagarbete och varnar för att husläkarsystem och köpsäljmodeller kan utgöra ett hot. Hon ifrågasätter stordriftsfördelar och liknar storsjukhus vid dinosaurier. De senare dog ut.

Den avslutande delen av boken inleds med att Läkarförbundets VD, *Anders Milton*, sammanfattar vad en kommitté inom förbundet kommit fram till i sina överväganden om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av fyra etiska principer görs en bedömning av prioriteringsproblemen i ett par olika framtidsscenarier.

Marika Nordström, förste vice ordförande i SHSTF, betonar bl.a. omvårdnadens stora betydelse och därmed relationen mellan vårdad och vårdare. Hon framhåller det individuella ansvaret för alla inblandade när det gäller prioriteringar, men också behovet av samsyn. Hon varnar för en efterfrågestyrd vård; det gäller att se till helheten men också att individerna tar större ansvar för sin hälsa.

Olof Edhag, överdirektör vid Socialstyrelsen, understryker att det gäller att *se* verksamheten. För det krävs information. Med tydliga mål och bra redovisningssystem ger prioriteringarna sig själva. Där är vi inte ännu, men på god väg.

I slutavsnittet anlägger biträdande socialministern *Bo Könberg* en optimistisk ton. Resurserna har under åttio-

talet ökat mer än både patientantalet och prestationerna. Dagens resurser räcker för att ge alla en bra vård. Vi kan rationalisera – och gör vi det behövs ingen ransonering.

Könbergs inlägg bestämde tonläget på slutdebatten vid konferensen. Alla föreföll eniga om att politiker och läkare måste arbeta närmare varandra, att det behövs mer lagarbete i vården, att vi behöver mer kunskaper, att det inte är acceptabelt att prioritera efter ålder, att vi som skattebetalare måste kunna lita på att "kontraktet" infrias den dag vi behöver vården, att vi är ganska duktiga redan och blir vi bara lite bättre så behöver vi inte diskutera så obehagliga saker som prioritering och ransonering i svensk sjukvård. De ungefär 150 deltagarna verkade nöjda med beskedet.

Frågan är dock om tillståndet är så gott. Vår uppfattning är att det är hög tid att föra ut prioriterings- och ransoneringsfrågorna till allmän diskussion. Vår förhoppning är att denna bok skall bidra till en insiktsfull och konstruktiv diskussion. Det är en viktig del av sökandet efter hållbara och allmänt accepterade lösningar.

Del I

Visioner och mål

Att prioritera inom hälso- och sjukvård

Daniel Callahan

Jag tänker nu skissera ett antal steg som jag tror är nödvändiga när man skapar en allmän bild eller vision av framtidens hälso- och sjukvård. Jag tänker göra det genom att först redogöra för vilka frågor jag tycker är viktigast att tänka igenom och sedan lägga fram hur jag själv skulle vilja besvara dem – mina egna mål. Hur mycket jag än tror på de speciella mål jag anger kommer tyngdpunkten att ligga på vad hälso- och sjukvårdsapparaten som helhet bör bestå av. Jag tänker helt enkelt presentera en allmän ram som förhoppningsvis kan anses förnuftig. Om inte, kan den i varje fall tjäna till att visa var det finns några viktiga vägskäl, punkter där man kan välja färdriktning. De steg jag föreslår är följande: (1) att avgöra hälsans plats i människans liv (2) att uppnå tillräckligt god hälsa (3) att prioritera inom hälso- och sjukvård samt (4) att klarlägga moraliska skyldigheter.

Hälsans plats i människans liv

Det första steget på vägen mot en vision om hälso- och sjukvården är att ta sig an frågan om vilken plats hälsan har i mänskligt liv. Det är den mest grundläggande frågan av alla. Om man inte kan komma till åtminstone

någon enighet om hälsans relativa värde i förhållande till andra nyttigheter är det svårt att förstå hur ett samhälle skall kunna föra någon sammanhängande diskussion om hälso- och sjukvården, allra helst som denna nyttighet måste ställas i relation till en lång rad andra sociala och politiska behov. Vi måste komma fram till ett sätt att betrakta hälsan i förhållande till andra mänskliga behov och komma till insikt om vad skilda former och grader av hälsa betyder för mänsklig blomstring. Vi har tillgång till en hel del information om vad utbildning, bostad och inkomst betyder för det allmänna hälsoläget. Vi vet också en hel del om behovet av utbildning, bostäder, välfärd och annat i samhället. Det borde vara möjligt att få till stånd en diskussion om hälsans relativa plats bland alla dessa behov.

Jag menar att hälsa skall eftersträvas för att främja välmåga för enskilda och välfärd för samhället. Vi måste betrakta hälsan på ett sätt som tar hänsyn till både individen och samhället, inte enbart till endera. Likväl är hälsan ett sätt att uppnå mänskligt välbefinnande, inte något självändamål. Om vi är mycket svårt sjuka är det antagligen nästan omöjligt att vara lycklig. Att vara helt frisk garanterar dock inte i sig själv att man blir lycklig. Det finns inget uppenbart samband mellan hälsa och mänsklig lycka, och vi kan hur som helst inte skapa ett samhälle som sätter upp hälsa som sitt övergripande mål, lika lite som vi skulle finna det rimligt att uteslutande låta hälsan bli målet för våra liv. Om vi gör hälsan till ett självändamål kommer den oundvikligen att övertrumfa alla andra samhälleliga behov, och den kommer inte att erkänna några gränser eller inskränkningar över huvud taget.

När man betraktar hälsa är det också viktigt att ha klart för sig att åldrande, sjukdom, avtackling och död är något som vi människor oundvikligen ställs inför. God hälsa är i detta avseende ett tillstånd som med nödvändighet är tillfälligt och inte kan bli bestående.

Förr eller senare kommer vår hälsa att försämras, vi blir sjuka och vi dör. Vi har inte råd att blunda för denna grundläggande verklighet, vilket vår nuvarande vårdideologi alltför ofta gör. Ett av de stora problemen med denna ideologi är att den underförstått utgår ifrån att vi kan arbeta för hälsa på ett sådant sätt att vi till slut kan avskaffa åldrande, sjukdom och död. Ingen säger detta rent ut förstås, men synsättet verkar genomsyra många av den nutida läkekonstens handlingsmönster och behandlingsfilosofier och det präglar förvisso dagens medicinska forskning. En strävan att övervinna dessa tillstånd som gör oss till dödliga varelser, som om en sådan seger vore livets och samhällets högsta mål, skulle i alla händelser innebära en förvrängning av livets mål och mening. Det ligger i sakens natur att vi aldrig kan uppnå fullständig hälsa, och även om det vore möjligt för en kortare tid skulle vi inte kunna förbli friska hur länge som helst. Kroppar har inte evigt liv.

Att uppnå tillräckligt god hälsa

Det andra steget på vägen mot en vision är att fastlägga när tillräckligt god hälsa uppnåtts, både för individen och för samhället. Vad skall vi räkna som "tillräckligt god hälsa"? Med utgångspunkt från kroppens begränsade livslängd är detta den avgörande frågan, eftersom det nu och allt framgent ständigt kommer att finnas en risk att något fel uppstår. Om "tillräcklig hälsa" är detsamma som fullständig och permanent hälsa kan vi inte uppnå den. Det verkar vara en biologisk sanning, att oavsett vilka sjukdomar vi botar efterträds de alltid av nya. Därför kan vi inte ens sätta "tillräcklig hälsa" liktydigt med att besegra sjukdom och ohälsa eftersom detta är något vi alltid kommer att få leva med, och eftersom det inte kommer att finnas någon ände på möj-

ligheterna att tillfredsställa mänskliga behov som sammanhänger med oundviklig kroppslig avtackling i livets slutskede.

Det kan vara lättare att avgöra när ett samhälle åtnjuter "tillräckligt god hälsa" än när en individ gör det. Åtminstone kanske vi har lättare att komma fram till en gemensam syn på det förra än på det senare, men låt mig säga något om båda. Ett samhälle kan sägas åtnjuta tillräckligt god hälsa när en majoritet av dess medborgare klarar av att utföra sina plikter gentemot samhället och att sköta dess nödvändiga institutioner. Annorlunda formulerat har ett samhälle tillräckligt god hälsa när funktionen hos dess viktigaste sociala och politiska organisationer och dess familjer inte störs av ohälsa hos dess medborgare. När vi drar oss till minnes att en av de viktigaste följderna av pestutbrott och epidemier förr i världen var att alla de viktiga sociala systemen (åtminstone tillfälligt) sattes ur spel, kan man förstå hur viktig hälsan är som grund för hur samhället fungerar ekonomiskt, utbildningsmässigt och politiskt. Om en befolkning allmänt sett är tillräckligt frisk för att dess institutioner skall blomstra, och om ohälsa hos en del av befolkningen inte kan anföras som huvudorsak till att dessa institutioner inte fungerar, då kan man säga att ett samhälle åtnjuter "tillräcklig hälsa".

Samtidigt skulle jag vilja betona att om skilda grupper av individer i samhället – som t.ex. de fattiga och minoritetsgrupperna i mitt hemland – på grund av dålig hälsa själva inte fungerar effektivt inom de allmänna institutionerna, då skulle detta vara ojämlikt och på samma gång skadligt för samhället som helhet. Samhället skulle gå miste om dessa gruppers bidrag samtidigt som det skulle tvingas bära de kostnader och andra bördor som ohälsa hos en grupp kan åsamka samhället som helhet. Man kan därför särskilja god hälsa hos samhället i stort och god hälsa hos dess enskilda grupper. De av oss som är vita, något så när väl-

bärgade medelklassamerikaner är så vitt jag förstår tillräckligt friska nu för tiden för att göra allt vi som grupp betraktat behöver uträtta i vårt samhälle, och samhället kan redan få vad det behöver av oss för sina egna ändamål. Samhället har inget uttalat behov av att förbättra det allmänna hälsoläget inom min grupp, oavsett hur mycket det skulle gagna enskilda gruppmedlemmar. Vi är redan det friskaste folket i mänsklighetens historia.

På individnivå förhåller det sig annorlunda. Problemet här är att det inte finns några tänkbara gränser för våra individuella önskemål om att få längre liv och bättre hälsa. Särskilt strävan efter att bota sjukdomar har av nödvändighet ett oändligt antal möjligheter: Om vi inte uppnår odödlighet kan vi vara säkra på att något fel kommer att uppstå i våra kroppar, att så snart en sjukdom är besegrad någon annan till slut kommer att dyka upp i dess ställe. Därför blir det mycket svårt att avgöra när vi i våra enskilda liv har uppnått "tillräckligt god hälsa". Icke desto mindre skulle jag vilja hävda att vi är tillräckligt friska om vi kan fullgöra våra funktioner i de politiska och kulturella institutionerna, motsvara samhällets normala förväntningar och leva tills vi blir gamla.

För detta måste man inte vara fullständigt frisk. Det är väl känt att människor kan vara dugliga medborgare och fungera väl i samhället även om de i viss utsträckning är handikappade, kroniskt sjuka eller i övrigt belastas av någon mer eller mindre allvarlig sjukdom till kropp eller själ. Det är en gradfråga när dessa belastningar blir så stora att de blir verkligt hindrande för individen. För att en individ skall kunna fungera krävs inte att han är helt fri från all sjukdom eller handikapp.

I alla händelser är det viktigt att vi diskuterar frågan om vad "tillräckligt god hälsa" innebär. Om vi inte gör det kommer de mänskliga behoven och önskemålen, som ständigt nyskapas, förändras och trappas upp, bara genom sin mängd att ständigt vara oss övermäk-

tiga. Det faktum att det alltid finns mer att önska sig, till och med sådant som är rimligt, betyder inte att det skulle vara omöjligt att säga att vi är "tillräckligt friska." Det ligger i sakens natur att vi alltid kommer att önska oss mer, både för oss själva, för vårt samhälle och för enskilda. Frågan är om vi kan klara oss utan dessa behov och ändå samtidigt ha ett anständigt samhälle. I många fall kan vi säkert det.

Att prioritera inom hälso- och sjukvården

När vi väl kommit överens om hur viktig hälsan är rent allmänt i livet och om vad som skall räknas som tillräcklig hälsa, är det tredje steget att fastlägga vad som skall prioriteras högst inom hälso- och sjukvårdssystemet. Här vill jag genast lägga fram min egen speciella prioritering, som går ut på att ett samhälle först och främst bör sträva efter god hälsa överlag hos sina medlemmar, inte enskilda medlemmars individuella nytta. Skälet till detta är ganska enkelt: Om vi arbetar effektivt för ett gott hälsotillstånd i samhället kan vi vara säkra på att vi i stort också förbättrar de flesta individers hälsa. Måttstocken vid vår strävan mot ett hyggligt allmänt hälsotillstånd bör vara förmågan hos en majoritet av enskilda i detta samhälle att fungera bra totalt sett. Våra första hälsostandarder bör vara inriktade på samhällets och gemenskapens behov, inte de enskildas.

Det viktiga i detta tredje steg är att åtminstone påbörja strävan mot en enighet om vad som jämförelsevis är mer eller mindre viktigt i hälso- och sjukvårdssystemet. Detta kan göras på olika sätt. Vi kan fråga oss vilket som skulle vara det billigaste sättet att uppnå bästa möjliga hälsa för störst antal människor och därvid använda en allmän nyttofunktion och någon "objektiv" standard (t.ex. funktionsförmåga) för att mäta hälsoni-

vån. Ett annat sätt vore att fråga vad som skulle skapa en allmän subjektiv uppfattning om god hälsa, och detta skulle i sin tur kunna mätas med någon nyttofunktion beroende på individuella preferenser.

Detta sätt att nalkas problemet har dock tänkbara nackdelar. Man skulle t.ex. kunna hävda att vissa hälsobehov är så trängande, att även om det inte vore förenat med nytta att tillfredsställa dem skulle man ändå behöva göra det, exempelvis därför att samhället annars skulle framstå som omänskligt. Det finns vissa hälsobehov – de som har sin grund i svår smärta, utsikt till förtidig död eller mycket stor belastning på andra människor – som med all sannolikhet skulle kräva särbehandling. I alla händelser är det under försöken att prioritera viktigt att klarlägga om vissa enskilda och samhällsrelaterade behov är så dominerande och höjer sig så långt över andra tänkbara behov att de helt enkelt inte bör jämföras med dessa i ett prioriteringssystem.

När man försöker fastställa allmänna prioriteringar inom hälso- och sjukvård är det viktigt att arbetet har en grundinriktning. Med grundinriktning menar jag helt enkelt precis det ordet betyder. Det handlar inte om att åstadkomma en stel uppsättning regler och hierarkier, utan det innebär att det finns en benägenhet att gå åt ett håll snarare än åt ett annat, samtidigt som man erkänner att det finns många undantag och betonar det faktum att grundinriktningen inte ligger så fast att inte variationer och medvetna avsteg är möjliga.

Min egen grundinriktning innebär att åstadkomma ett hälso- och sjukvårdssystem som är inriktat på folkhälsa, det allmänna bästa och en tillräckligt hög hälsonivå för att samhällets viktiga institutioner skall fungera. Det utesluter på intet vis att argument för särskilda behov kan framföras. Särskilt kan det hävdas att vissa sjukdomstillstånd är så smärtsamma, så påfrestande och så hotande för individen att omhändertagandet av dem ibland måste tillåtas få företräde i förhål-

lande till samhällets kollektiva behov. Redan när man börjar arbetet med att fastlägga prioriteringar inom hälso- och sjukvårdssystemet behövs det en motverkande uppsättning av individuella grundvärderingar som kan mildra de mera känslokalla bedömningar som kan bli följden om man enbart tar hänsyn till samhällets värderingar.

Hur skall detta kunna uppnås? Jag tror att det centrala inom en hälso- och sjukvårdsorganisation är individuell omvårdnad, d.v.s. ett engagemang för att lindra mänskligt lidande, att inte lämna enskilda åt sitt öde utan sällskap av någon medmänniska och att göra allt som är möjligt för att hjälpa människor uthärda sina handikapp och sjukdomar. Målet för omvårdnaden är inte att bota sjukdomar eller förlänga liv utan att ge stöd och tröst till dem som drabbats.

Min uppfattning är att hälso- och sjukvården skall prioritera omvårdnad högst och därefter gå vidare mot en allmän standard som kännetecknas av vaccinationsprogram, hälsovård, primärvård och akutvård. När vårdsystemet därefter går vidare mot dyrare individuella behandlingsformer kommer det av resursknapphet att tvingas fråga sig om samhället som helhet har tillräckligt god hälsa. Någonstans på vägen måste vårdsystemet slå av på takten i det intensiva arbetet med dessa individuella behandlingsmetoder. Om vårdsystemet har försökt uppnå en anständig omvårdnadsnivå, och om det samtidigt försökt tillgodose hela befolkningens behov av allmän hälsovård, borde det enligt min uppfattning redan ha åstadkommit en hälso- och sjukvård som ligger på tillräckligt hög nivå. Det borde inte behöva försöka tillgodose alla individuella behov.

Att klarlägga moraliska skyldigheter

Det fjärde momentet i utformningen av en vision om hälso- och sjukvården är att få någon grad av insikt i hur de enskildas, familjernas och samhällets åliggan-den förhåller sig till varandra när det gäller att åstadkomma god hälso- och sjukvård. Oberoende av politiska eller ideologiska sympatier tycks alla nu för tiden inse att dagens hälso- och sjukvård är enormt dyr, särskilt vid allvarlig sjukdom, och att det överstiger de flesta enskildas resurser att själva bekosta vården. Det är därför som det i vårt samhälle (d.v.s. USA; övers. anm.) råder stor enighet om att arbetsgivarna bör inkludera sjukförsäkring i sina allmänna anställningsförmåner, helt vid sidan av det statliga stödet till vård av obemedlade. Man inser att det inte bara är viktigt att de enskilda har detta skydd, utan även att det tillhandahålles på ett organiserat sätt. Det är därför vi anlitar försäkringssystem för att ta hand om detta.

När man försöker fastlägga vilka grupper som skall åläggas de tyngsta plikterna skulle jag vilja hävda att det borde vara statens skyldighet att garantera att alla har tillgång till en anständig grundläggande hälso- och sjukvård. Det kan åstadkommas antingen genom förmåner som staten själv administrerar eller finansierar, eller mer indirekt genom att staten uppmuntrar och stöder enskilda åtaganden från arbetsgivarnas sida. Eftersom en av dess huvuduppgifter är att garantera samhällets välfärd i allmänhet syns det mig nödvändigt att staten tar ansvar för att det allmänna hälsoläget är så gott att dess viktigaste institutioner kan fungera väl. Detta är bara för att göra statens roll samstämmig med den allmänna inriktning på allmän hälsovård som jag betonat och därigenom se till att tillräckligt god hälsa uppnås.

Staten kan dock inte göra allt. Den kan inte helt ta familjens plats, om inte annat så därför att kostnaden

för att ersätta allt som familjer gör för sina sjuka medlemmar vore oöverkomlig för vilket samhälle som helst. Än viktigare är att det finns många situationer där sjuka människor behöver hjälp av sina nära och kära, inte av främlingar, hur hängivna dessa än är. När man utformar en vision om hälso- och sjukvården är det alltså rimligt att staten eftersträvar en hygglig vårdstandard för alla, till och med primärvårdsnivå. Samtidigt måste staten förutsätta att familjemedlemmar själva åtar sig en påtaglig del av omvårdnaden och ansvarar för familjens funktion.

Var skall gränserna gå här? Mitt eget svar är att gränsen överskridits när det tydligt framgår att familjen överbelastas eller går under på grund av kravet att dess medlemmar skall ta hand om varandra. När det gått så långt ligger det i statens intresse att se till att familjerna inte dukar under. Följderna av denna sorts börda är inte bara ekonomiska svårigheter utan även andra individuella eller sociala problem som kan spridas från den trängre familjekretsen ut i det omgivande samhället. Om vi överlåter åt familjerna att klara sig själva kan vi vara nästan säkra på att eventuella allvarliga problem kommer att göra sig märkbara inom en större sektor av samhället. Därför är det mycket svårt att dra en skarp skiljelinje mellan vad som kommer att gagna familjen och vad som gagnar samhället i stort.

Särskilda utmaningar i framtiden

De viktigaste problemen man måste ta ställning till vid planeringen för framtidens hälso- och sjukvård tror jag man träffar på medan man tar de fyra huvudsteg jag skisserat. Samtidigt är det viktigt att inse att framtiden kommer att bjuda på ytterligare några speciella utmaningar. Låt mig nämna några av dem och antyda några

sätt att möta dem inom ramen för den skiss jag presenterat.

Det första problemet jag skulle vilja peka på är det växande antalet gamla i de västerländska samhällena, både absolut och relativt sett. Den stora svårigheten här ligger inte bara i att förhållandet mellan andelen gamla och unga förändras så att ett minskande antal yngre skall bekosta ett ökande antal äldres hälso- och sjukvård. På den punkten är de demografiska prognoserna nästan helt säkra. På grund av medicinens framsteg och den sannolika ökning av sjukligheten som sammanhänger med ökad livslängd finns också möjligheten att de äldres behov allvarligt kommer att dominera och förvränga relationerna mellan de behov som hälso- och sjukvården som helhet skall tillfredsställa.

Jag tror alltså det är absolut nödvändigt att vi når någon form av överenskommelse om de relativa prioriteringarna mellan åldersgrupper när vi försöker bedöma framtidens sjukvårdsbehov. Det är varken kostnadsmässigt överkomligt eller rent allmänt vettigt att anamma en jämställdhetssyn som skulle innebära att varje åldersgrupp bemöttes på exakt samma sätt och att enskilda hade samma status inför vårdapparaten oberoende av ålder. Det vore en förnuftigare prioritering att säga att de yngres behov allmänt sett borde gå före de äldres. Eller som jag skulle föredra att formulera saken: Varje ung människa borde ha en grundläggande rätt till chansen att bli gammal. Så snart en människa är gammal har den individen redan uppnått ett av sjukvårdens huvudmål, nämligen att se till att han blev så gammal till att börja med och undgick att dö i förtid. Att säga detta är inte detsamma som att överge de gamla, utan betyder bara att man säger att för att alla åldersgrupper skall ha något så när likartade chanser i livet måste vi se till att en grupps behov inte oundvikligen – till följd av ökade behov som resultat av den framgång som hög ålder innebär – undergräver de andra

gruppernas möjligheter att få sina behov tillgodosedda.

Medicinen kommer sannolikt att ständigt göra framsteg vad gäller metoder för att rädda livet på äldre personer eller förbättra deras livskvalitet. Detta betyder att vissa fasta gränser måste sättas upp för de äldres hälso- och sjukvård, och det kräver i sin tur att vissa prioriteringar (om än endast i stora drag) måste fastställas mellan och inom olika åldersgrupper. Det vore kanske bäst att analysera denna svåra uppgift med hjälp av de fyra steg jag skisserat tidigare. (1) Vilken inställning skall vi ha till hälsans plats i livet för människor i skilda åldrar? (2) Vad skulle kunna betraktas som tillräckligt god hälsa för en viss åldersgrupp? (3) Vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder skall prioriteras för skilda åldersgrupper? (4) På vem skall ansvaret i första hand vila för sjukvård (och personlig omvårdnad) för varje åldersgrupp?

Ett annat problem är det som kostnadskrävande och utbredda smittsamma sjukdomar utgör. AIDS är det samtida exempel som ligger närmast till hands. Hur skall man kunna klara av det enorma mänskliga lidande och de ekonomiska konsekvenser denna sjukdom kommer att medföra under kommande år, utan att i grunden snedvrida hälso- och sjukvården? Jag hävdar att den allra största tyngden bör läggas på vaccinationsforskning, förebyggande verksamhet och hälsoupplysning. Dessa aktiviteter kommer antagligen att i det långa loppet vara till störst nytta. De känsligaste och mest smärtsamma frågorna kommer att infinna sig i takt med att vi i allt större utsträckning utvecklar dyrbara metoder som förlänger de AIDS-sjukas liv men inte botar dem. Det man genast tänker på är naturligtvis AZT, som har gjort AIDS till en mycket kostnadskrävande kronisk sjukdom.

När man skall försöka hantera den här frågan är det uppenbart att hur man än ser på saken utgör AIDS ett så påtagligt hot mot enskilda människors och hela

gruppers liv att sjukdomen måste prioriteras högt. Samtidigt vore det fullt försvarligt att staten i första hand koncentrerade sig på de aspekter av en sjukdom som har störst inverkan på det allmänna hälsoläget och lät den privata sektorn eller enskilda individer ta hand om de frågor som mest har att göra med det personliga hälsotillståndet.

Detta kan naturligtvis inte vara en bergfast regel utan bara en prioritering. Som riktlinje måste den gå hand i hand med att omvårdnaden sätts i första rummet. Det viktigaste vi alla är skyldiga dem som lider av AIDS är att se till att de inte överges, att de får tröst och lindring och att vårdapparaten och samhället ställer upp med de tjänster som krävs för att de drabbade skall få ett så drägligt liv som möjligt.

Det tredje problemet jag skulle vilja nämna är att vi med växande sannolikhet kommer att få tillgång till allt fler dyrbara behandlingsmetoder för människor i alla åldersgrupper. Vi vet att det nu för tiden är möjligt att till höga kostnader rädda barn som fötts för tidigt, att transplantera organ till vuxna personer och att sedan hitta på mycket sinnrika teknologiska sätt att förlänga livet på de gamla. Det är vid denna gräns, där individuella behov blir oöverstigligt dyra och börjar hota den allmänna välfärden, som vi kommer att stöta på några av våra svåraste moraliska problem. Utan tvivel är det så att ansträngningarna att tillfredsställa individuella vårdbehov ofta leder till allt dyrare behandlingsmetoder, och det bör påpekas att vi inte får inta en moralisk ståndpunkt som innebär att dessa behov inte skall tillfredsställas helt enkelt därför att de kostar mycket pengar. Detta är förvisso sant, men när man fastlägger grundläggande prioriteringar för ett hälso- och sjukvårdssystem förefaller det viktigt att börja med de allmänna hälsobehoven och se till att de är något så när tillgodosedda innan man ger de mer kostsamma individuella behandlingsmetoderna hög prioritet.

Man kan tillämpa en ganska rimlig beslutsprocedur här. Vi borde inte lägga ner stora mängder pengar på dyr vård av för tidigt födda om vi inte sett till att vi har en väl fungerande mödravård. Vi borde inte lägga ner stora mängder pengar på transplantation av organ förrän vi lagt resurser på att ta fram andra och billigare sätt att reducera antalet fall av de sjukdomar som kräver organtransplantation. Vi borde inte lägga ner stora mängder pengar på att förlänga livet på de gamla förrän vi har sett till att vi även förbättrat deras livskvalitet, inte bara förlängt deras liv.

Med andra ord måste vi ta fasta på den allmänna inriktningen hos det hälso- och sjukvårdssystem som jag skisserat och tillämpa den lika konsekvent även i dessa fall. I praktiken kommer vi ofta, med vissa undantag, att ha tillräckligt mycket pengar för att kunna gå längre än att bara tillgodose allmänna hälsobehov. Detta är just vad jag menar med en grundinriktning; den antyder en viss färdriktning, den ger oss en allmän ram att arbeta inom men tillåter även undantag och flexibilitet.

När jag säger att vi skall prioritera mödravård för de gravida, hälsoupplysning och andra sätt att befordra hälsa vid andra sjukdomar, säger jag inte att vi skall överge akutvården, än mindre sluta anstränga oss att förbättra den. Jag säger bara att den skall ha lägre prioritet och att vi inte skall lägga alltför stora resurser på att arbeta med den, vidareutveckla den eller utvidga den förrän vi gjort en kraftfull ansträngning för att få till stånd en effektiv förebyggande vård. Det kan inte finnas någon perfekt regel för hur något av detta skall gå till, och genom att använda begreppen "bild" eller "vision" har jag försökt få fram att vi strävar mot en allmän inriktning för verksamheten snarare än mot en uppsättning regler.

En stor del av vår framtida diskussion inom ett så vittomfattande ämne som hälso- och sjukvårdens mål kommer med nödvändighet att vara konturlös och osä-

ker. Det är oundvikligt i början. Vartefter tiden går blir dock det viktiga att komma överens om att det måste sättas gränser för mångfalden inom hälso- och sjukvården, liksom att staten och samhället måste ha en allmän målsättning och inriktning vid sitt planeringsarbete. Att vi ännu inte försökt oss på något av detta är det stora problemet med bristen på planering och tankeverksamhet rörande vår framtida hälso- och sjukvård. Vi har betalat ett ohyggligt pris för denna underlåtenhet. Om vi bara kan komma igång att diskutera de idealiska och långsiktiga målen på ett annorlunda sätt kanske vi till slut får möjlighet att planera ett system som är vettigare, effektivare och mera jämlikt.

Kommentar: Till individens lov!

Lennart Nordenfelt

Professor Callahan söker på ett beundransvärt sätt utreda problemet att sätta gränser för användandet av hälso- och sjukvård i det moderna samhället. Han har trotsat mängder av tabun och han har mycket noggrant övervägt åtskilliga argument för och emot begränsning av kostnaderna för hälso- och sjukvård med hänsyn till vissa slags ohälsa. Jag tycker att många av hans observationer är träffande och att flera av hans slutsatser är övertygande. Jag håller förvisso med honom om några av de mest grundläggande antagandena: Kraven på hälso- och sjukvård är mycket höga. Vi kan inte tillfredsställa alla dessa krav, inte ens alla dem som är rimliga. Därför måste vi sätta gränser, antingen vi vill eller inte. Vissa medicinska åtgärder måste betraktas som viktigare än andra. Vissa är utomordentligt viktiga och andra kanske man kan bortse ifrån helt och hållet. De flesta tänkbara åtgärder hamnar någonstans mellan dessa ytterligheter. Hur skall vi hantera dem?

Det finns två slags prioriteringar som måste göras. Den första äger rum på en mycket basal nivå när vi försöker definiera hälsans plats i samhället. Denna prioritering görs när vi måste väga våra kostnader för hälsofrågor mot de resurser som behövs för andra viktiga saker i samhället, såsom utbildning, social service och rättsväsende. För detta ändamål inför Callahan faktiskt ett nytt begrepp som han kallar tillräckligt god

samhällshälsa. Enligt Callahan har man uppnått denna nivå av hälsa när samhällets nödvändiga institutioner fungerar bra. Den andra sortens prioritering har att göra med resursfördelningen inom hälso- och sjukvården. För detta ändamål definierar Callahan begreppet individhälsa. Även här sätts hälsan i relation till samhället. Han säger att en individ har tillräckligt god hälsa när han eller hon kan utföra sina uppgifter i samhällets politiska och kulturella institutioner. Callahans allmänna tendens att resonera med utgångspunkt i samhället betonas också genom att han sätter vissa förebyggande åtgärder såsom vaccinationer och hälsoupplysning högst på sin lista över rekommendationer.

Bilden modifieras dock av att Callahan erkänner något som han kallar individuella behov. Han medger naturligtvis att det finns många personer med dominerande individuella hjälpbehov till följd av svåra handikapp eller svåra lidanden. Denna insikt komplicerar sedan det hela när det gäller att i verkligheten åstadkomma en prioriteringslista. Intressant nog med tanke på det inledande resonemanget föreslår Callahan att omvårdnad (i motsats till botande av sjukdomar) skall prioriteras högst inom hälso- och sjukvården. Därefter skall vi i andra hand gå vidare till allmänt förebyggande verksamhet. Senare när vi kommer till mer kostsamma botande verksamheter skall vi enligt Callahan ställa frågan om samhället som helhet har tillräckligt god hälsa. Som jag uppfattar saken skulle svaret på denna fråga vara avgörande för om botande verksamhet över huvud skall rekommenderas eller inte.

Det finns naturligtvis många logiska följdfrågor man kan ställa här. En rör förhållandet mellan omvårdnad och hälsonivå i samhället och hur Callahan kan komma fram till just de prioriteringar han gör från de utgångspunkter som ges i hans framställning. Men jag skall lämna sådana överväganden åt sidan här och i stället

koncentrera mig på den roll samhällets funktion spelar i Callahans resonemang.

Jag tänker här helt och hållet vända mig emot denna utgångspunkt för att göra prioriteringar. Jag kan inte ställa mig bakom Callahans förslag till definition av hälsans plats i samhället, och jag anser inte att vi skall lägga den nytta samhället har av människor till grund för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Argumenten för min ståndpunkt är av både begreppsmässig, moralisk och politisk natur. Dessa överväganden är inflätade i varandra, så jag tänker här inte försöka peka på vilket argument som hamnar i den ena eller andra kategorin.

(1) Låt mig först få uttrycka en spontan känsla som faktiskt kommer att färga mycket av det jag i övrigt tänker säga. Det hör till själva den etiska kärnan i hälso- och sjukvården att dess institutioner och de som arbetar inom den måste visa en attityd av humanitet och omtanke. Alla som kommer inom sjukvårdens väggar måste få känslan av att människorna här bryr sig om den enskilde och på allvar försöker hjälpa honom eller henne. Om det inte är så, och om den enskilde får höra att samhället inte längre har någon nytta av honom och att han därför inte kan få behandling, då reagerar han säkert med djup förtvivlan.

(2) Jag anser Callahans idé om samhällshälsa som högst anmärkningsvärd och kanske till och med farlig. Enligt definitionen har ett samhälle tillräckligt god hälsa när en majoritet av dess medlemmar kan sköta samhällets viktigaste funktioner på ett tillfredsställande sätt. Det allra minsta man kan säga om en sådan definition är att den synes utgöra en ytterst snäv bas för politiskt beslutsfattande i verkliga livet. Kriteriet på ett friskt samhälle skulle då vara att det finns ett tillräckligt antal politiker, byråkrater, industriledare och andra arbetare för att sköta de viktigaste institu-

tionerna. Det verkar vara tämligen få länder i världen som enligt denna definition har en otillräcklig hälsonivå. Till och med i tredje världen är det ett avsevärt antal länder vilkas institutioner fungerar, och om de inte gör det beror detta inte alltid på att en del av befolkningen skulle lida av bristande hälsa i ordets vanliga medicinska bemärkelse.

(3) Den kanske viktigaste frågan rör dock Callahans beskrivning av en tillräckligt god individhälsa. Även denna har en koppling till samhällets sätt att fungera. Individen som sådan har tillräckligt god hälsa om och bara om han eller hon fungerar väl i samhället.

Låt mig helt enkelt vända mig mot denna tanke från en politisk utgångspunkt. Många människor, kanske de flesta, har inte som sitt primära mål att bidra till att samhället fungerar bra. Det finns en rad andra mål de sätter långt högre. De flesta av dessa mål är ganska individuellt utformade och har att göra med sådant som att trygga de närmast anhörigas situation och att ha ett arbete som man tycker är intressant och givande. Somliga av dessa mål är förvisso samstämmiga med och samverkar med vissa av samhällets målsättningar. Men de sätts inte upp av individen för att göra samhället till lags, och jag skulle misstänka att de flesta personer skulle bli förfärade av tanken på att tvingas sätta samhällets mål, vilka de än skulle vara, framför sina egna.

Jag misstänker att de snarare skulle säga så här: Jag är sjuk eller har ohälsa när jag av skäl som kommer inifrån mig själv inte kan uppnå mina mest vitala mål. Min sjukdom har inget logiskt samband med min oförmåga att bidra till att samhället fungerar bra.

(4) Callahans utgångspunkt för förslagen om prioritering inom hälso- och sjukvård går alltså stick i stäv med hur jag i grunden uppfattar dessa frågor. Människorna

är inte till för samhällets skull utan samhället är till för människornas skull.

Är jag då hopplöst utopisk? Inser jag inte allvaret bakom det scenario som Callahan och andra målar upp? Det kan så vara, men jag inser tillräckligt mycket för att instämma på den avgörande punkten. Vi måste ta fram strategier för hur vi rejält skall kunna minska sjukvårdskostnaderna. Hur menar jag då att detta kan bli möjligt?

Jag tror att det är möjligt att skära ordentligt i kostnaderna, men jag anser inte att det skall göras genom att på ett förledande sätt omdefiniera hälsobegreppet. Jag tror i stället att vi bör hålla oss till den individbaserade definitionen, men sedan säga till individerna att vi inte har resurser att göra allt vi skulle vilja göra för dem. Var skall vi då spara in? Jo, mitt förslag är att vi skär nerifrån på de enskildas prioriteringslista och nerifrån på listan över kostnadseffektiva åtgärder. Vi skall helt enkelt fråga människorna: Vilka åtgärder som läkekonsten kan utföra är inte särskilt viktiga eller inte viktiga alls för att ni skall kunna nå era egna viktigaste mål? Och vi skall fråga experterna: Vilka medicinska åtgärder har föga eller tveksam effekt och vad kostar de?

Hälso- och sjukvårdens organisation måste hela tiden granska sin egen verksamhet. Behandlar vi verkligen de problem och sjukdomar vi stöter på i den dagliga verksamheten på rationellast möjliga sätt? Sådan eftertanke kan leda till besparingar och gör det ofta också.

På den här punkten tror jag att jag i stor utsträckning kan hålla med Callahan rörande praktiska ting. Jag tror att vi i stor utsträckning kan komma fram till kostnadseffektiva åtgärdsprogram inom den förebyggande hälso- och sjukvården, från vaccinationer till allmän hälsoupplysning. Jag tror även att jag åtminstone del-

vis kan ställa mig bakom Callahans förslag rörande dyrbar livsräddande behandling, inte bara för döende personer utan även för sådana som helt enkelt inte står ut med sin kroniska sjukdom och som på allvar vill dö. I sådana fall behöver vi ingen dyrbar livsräddande behandling utan i stället verkligt human omvårdnad.

Kommentar: Diskriminering av äldre – oetisk och olaglig!

Jan-Otto Ottosson

Både USA och Sverige har ratificerat Förenta Nationernas Allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948. De inledande artiklarna har följande lydelse:

Artikel 1. Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter.

Artikel 2. Envar är berättigad till alla de friheter och rättigheter, som uttalas i denna förklaring, utan åtskillnad av något slag, såsom ras, hudfärg, kön, språk, religion, politisk eller annan uppfattning av nationellt eller socialt ursprung, egendom, börd eller ställning i övrigt.

Artikel 3. Envar har rätt till liv, frihet och personlig säkerhet.

Den svenska regeringsformen från 1976 stadgar i sin portalparagraf: Den offentliga makten skall utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Motsvarande formuleringar finns i den amerikanska konstitutionen.

De grundläggande etiska principerna har sålunda kodifierats i lagarna vilket är föredömliga exempel på hur den etiska reflektionen har föregått lagstiftningen. Innebörden av den Allmänna förklaringen och lagstiftningen är klar. Ingen grupp av människor får diskrimi-

neras, d.v.s. underkastas en negativ särbehandling av något skäl: ras, kön, social ställning, ålder etc. Det är alltså både oetiskt och olagligt att undanta gamla människor från en god hälso- och sjukvård, enbart för att de är gamla, och hävda att de bör vara nöjda med att ha uppnått en hög ålder.

Förbudet mot diskriminering av gamla människor i allmänhet utgör inget hinder mot att åldern vägs in som en av flera faktorer vid individuella ställningstaganden till medicinsk utredning och behandling. Det hör till god hälso- och sjukvård att väga principen att göra gott mot principen att inte skada. Härvid kan åldersrelaterade förändringar utgöra en alltför stark riskfaktor för en undersökning eller behandling. Det rör sig då om biologisk och inte kronologisk ålder.

Inte heller strider det mot grundläggande etiska principer eller lagstiftning att avstå från att sätta in eller avbryta redan insatt behandling om den inte är till gagn för patienten. Sådana ställningstaganden aktualiseras i livets slutskede och gäller främst äldre människor. En sänkt livskvalitet kan under sådana omständigheter vara ett alltför högt pris för en tids förlängning av livet. Här rör det sig inte om diskriminering av äldre som grupp utan om individuella bedömningar av de medicinska åtgärdernas relativa nytta och skada.

En tilltalande aspekt i Callahans förslag är prioriteringen av omvårdnad av äldre sjuka människor. Genom att sanktionera deras negativa särställning rörande behandling finns emellertid risk i en krympande ekonomi att de inte heller bedöms värda omvårdnad. Det kan i sin tur leda till att de dör under ovärdiga former eller att förespråkarna för dödshjälp kommer att anföra förmenta barmhärtighetsskäl för att avsluta deras liv.

Del II

Att sätta gränser

Jämlikhet och effektivitet vid fördelning av resurser till hälso- och sjukvård

Alan Maynard

En mängd termer används för att beskriva att det är nödvändigt att välja inom hälso- och sjukvård: sätta gränser, ransonera, prioritera, allokera resurser. Politiker, etiker, nyhetsmedier och andra upptäcker ständigt på nytt det allestädes närvarande problemet att välja.

Ekonomer å andra sidan har alltid vetat att det finns två vissheter i livet: död och resursknapphet. På grund av resursknapphet måste alla beslutsfattare, antingen de är enskilda personer, familjer, kommunstyrelser, sjukhus eller regeringar, fördela knappa resurser bland konkurrerande, önskvärda aktiviteter. Detta är en grundläggande definition på ekonomi: Ransonering är oundviklig och sker dagligen inom de flesta hälso- och sjukvårdssystem, oftast på ett förtäckt och inkonsekvent sätt. Det som måste beslutas är efter vilka kriterier man skall avgöra vem som skall behandlas och vem som inte skall behandlas och därmed överlämnas till smärta, obehag och kanske död.

Tillgängligheten till sjukvården kan bestämmas på två sätt, dels genom förmågan och villigheten att betala för den och dels genom dess förmåga att vara patienter till gagn. Det första sättet, marknadsmekanismen, förkastas inom de flesta hälso- och sjukvårdssystem, antingen helt och hållet eller till stora delar. Det andra sättet, förmågan att vara patienter till gagn, är den underförstådda, vanligen oklart formulerade metod som an-

vänds i de flesta offentligt finansierade hälso- och sjukvårdssystem (Maynard och Williams, 1985). För att metoden skall fungera effektivt krävs att alternativa behandlingsformers kostnadseffektivitet mäts och bedöms kontinuerligt vartefter sjukvårdsteknologin förändras.

Om målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att producera den största mängden hälsoeffekter (förlängning och förbättring av livet) med hjälp av en begränsad budget är det nödvändigt att läkare bedriver vård på ett sätt som kan visas vara effektivt. Om läkarna är ineffektiva berövar de tänkbara patienter (t.ex. sådana som väntar i kö eller nekas tillträde av andra anledningar) vård som de skulle kunna ha nytta av. Ineffektivitet är oetiskt (Williams, 1979).

Att välja: hur man sätter gränser för sjukvårdsbudgeten

Vilka är problemen?

Varför är det så svårt att fastställa gränserna för vad hälso- och sjukvården får kosta? Det grundläggande problemet är bristen på uppgifter om "vad som fungerar" för patienter med skilda behov. Problemet kommer till synes på tre sätt:

a) Det rituella inslaget i hälso- och sjukvårdspolitiken: den ökande efterfrågan.

Inom alla hälso- och sjukvårdssystem är man ense om att en påtaglig ökning av efterfrågan på sjukvård framkallas av faktorer som demografi (den "grånande" befolkningen), teknologiska framsteg, nya "epidemier" (t.ex. HIV-AIDS) samt förändringar i vårdfilosofi (t.ex.

förskjutningen från sjukhusvård till samhällsstöd i andra former).

Denna samstämmighet utövar mycket stort inflytande men dess empiriska grundval är osäker. De demografiska förändringarnas inverkan på budgeten kan vara ganska begränsad. De teknologiska förändringarna är otillräckligt definierade. Är det ett problem som betingas av billiga företeelser i stor mängd eller av ett fåtal dyra lösningar? Det råder lika stor okunnighet om varifrån den teknikbetingade inflationen kommer som om kostnadseffektiviteten hos läkemedel och medicinska utrustningar, både nya och sådana som redan är i bruk. Effekten av "epidemier" som HIV-AIDS på kostnaderna har inte blivit väl beskriven och över huvud taget inte värderad. Den ökande användningen av läkemedel som AZT och förändrade behandlingsfilosofier leder till minskande sjukhusvård och ökande sociala vårdinsatser ute i samhället. Denna ändring av vårdinriktningen har inte värderats, lika litet som den föregående som grundades på tron att vård ute i samhället för mentalsjuka, mentalt handikappade och åldringar var "bättre" än vård på institution (Hull-York Research Group, 1992).

Det synes som om efterfrågan ökar med en hastighet som man ofta inte har mått på, samtidigt som kostnadseffektiviteten hos åtgärder som konkurrerar om tilläggsanslag i ringa eller ingen utsträckning värderas. Det är osäkert om tillmötesgåendet av sådana krav innebär effektiv medelsanvändning eller bara innebär att vårdgivande gruppers självviska intressen tillgodoses.

b) Myter inom hälso- och sjukvården: Tvekan att utmana vårdgivarnas intressen.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård är lika med vårdgivarnas inkomst och arbetstillfällen. Detta förhållande mellan sjukvårdskostnader och inkomster kan utnyttjas av vårdgivare. Kunskapsgapet mellan vårdgivare

(särskilt läkare) och patienter betyder att de förra kan avgöra både utbudet av vård och efterfrågan på denna. Detta faktum att vårdgivare kan framkalla efterfrågan på sina tjänster gör hälso- och sjukvårdsmarknaden ovanlig. Vårdgivare kan använda sin position till att skapa efterfrågan och prestera sjukvårdstjänster av föga marginalnytta. Ett exempel på den styrmakt läkare har är de kraftiga variationerna i ålders- och könsjusterad behandlingsfrekvens på lokal, nationell och internationell nivå (se t.ex. Wennberg et al., 1987 och McPherson, 1989). Dessa stora variationer betingas av läkare som alla tror att det de gör är adekvat och effektivt! Alla kan inte ha rätt i sina behandlingsfilosofier men det är få av deras kollegor och få administratörer som ifrågasätter deras beteende eller försöker att fastlägga standards för adekvat och nödvändig vård.

Både administratörer och konsumenter inom hälso- och sjukvård tvekar inför att utmana den "medicinske experten". Vissa länder är i färd med att långsamt ändra sina attityder och att skapa former för ökad granskning av medicinska val.

c) Okunnighet: Kejsaren har inga kläder!

Denna utmaning har dröjt alltför länge! Det mesta av det som görs inom hälso- och sjukvård har ingen vetenskaplig grund: Föga är känt om "vad som fungerar" inom medicinen. Cochrane (1972) belyste den okunnighet som dominerar medicinen och förespråkade en ökad användning av randomiserade kliniska undersökningar. Fuchs (1984) menade att 10 procent av de pengar som sjukvården gör av med försämrar hälsan, 10 procent har ingen verkan och 80 procent förbättrar hälsan. Problemet är att ingen vet i vilken kategori en given behandling hör hemma! Black (1986) var av den uppfattningen att endast 10 procent av verksamheten inom hälso- och sjukvård var bevisat effektiv.

De flesta behandlingsmetoders effektivitet är inte be-

visad. Behandlingen är en experimentell verksamhet som innebär att man bedömer sannolikheten för att ett antal alternativ med högst osäker utgång skall lyckas. Varje genomgång av medicinska behandlingsmetoder belyser den bristfälliga empiriska grunden, svårigheten att tolka kliniska data och hur subjektiva slutsatserna är rörande t.ex. "den bästa behandlingen" och "kostnadseffektivitet".

I) Hur effektiv är kranskärlsoperation (coronary artery by-pass graft, CABG) jämfört med kranskärlsvidgning med ballongkateter (percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA)? Vad karakteriserar de grupper som har nytta av sådana ingrepp? Vid Rand-AMCC-studien av CABG (Leape et al, 1991) gjordes en datorsökning i Medline som gav 1 285 artiklar. Efter en första genomgång klassades 590 artiklar efter den vetenskapliga ansatsen, alltifrån randomiserade kliniska studier till rena fallbeskrivningar. 322 artiklar granskades med särskild tonvikt vid randomiserat insamlade uppgifter om effektivitet och risker. Vidare bedömdes om åtgärden hade minskat patienternas kärlkramp och förhindrat infarkt samt hur överlevnadstid, återgång till arbete och livskvalitet hade påverkats. (PTCA-undersökningen baserades på 322 artiklar.)

För att bedöma sådana resultat behövs jämförande data från randomiserade kliniska undersökningar, men det är ont om sådana. Expertpaneler bedömde hur lämplig och nödvändig respektive åtgärd var och de uppnådde en hög grad av samstämmighet rörande indikationerna för CABG och PTCA. Endast en undersökning av hur läkarnas beslutsprocess ser ut skulle visa om de i verkligheten följer dessa regler. Paneldeltagarna bedömde hur nödvändigt det var att utföra CABG i 230 fall och drog slutsatsen att åtgärden var nödvändig i 144 fall, tveksam i 84 och onödig i två fall. PTCA bedömdes på samma sätt i 158 fall där 36 bedöm-

des nödvändiga, 120 tveksamma och två onödiga.

Dessutom påvisade Rand/AMCC-undersökningen några av kriterierna på effektivitet för de två alternativen, även om denna kunskap är ofullständig eftersom det inte har gjorts någon randomiserad studie som jämför PTCA och CABG. De två behandlingsformerna används för att (1) lindra kärlkramp, (2) förhindra hjärtinfarkt och (3) förbättra patienternas långtidsöverlevnad. Framgångsrik behandling har två delaspekter: de omedelbara resultaten och hur ofta kranskärlen täpps till igen. Det finns få undersökningar av kostnader och långtidsöverlevnad.

Rand/AMCC-undersökningarna ger mycken kunskap och skapar standarder för "behov" och "nödvändighet" som kan ligga till grund för revisionsprocedurer. Dessutom avslöjar denna sorts analys var det behövs forskning, särskilt behovet av uppgifter om kostnader, långtidsöverlevnad och hur ofta kranskärlen med tiden åter täpps till.

II) Kronisk mellanöreinflammation. En genomgång av litteraturen om dövhet hos små barn och behovet av att behandla mellanöreinflammation med plaströr i trumhinnan gav vid handen att en mer avvaktande inställning kunde sparat avsevärda resurser från att användas på ett tillstånd som drabbar 5 barn på 1 000 under 15 års ålder och vars behandling uppvisar stora regionala variationer. Det verkar förekomma en mängd ingrepp som görs i förtid och med marginell effektivitet (Freemantle et al., 1992). Även här innehåller den åberopade litteraturen (88 referenser) få uppgifter om kostnader.

För närvarande är okunnigheten stor. Genomgångar av litteraturen om effektivitet, med eller utan expertpaneler, är användbara inte bara för att vaska fram den gemensamma kunskapsbasen utan även för att tydligt påvisa vad man inte vet, särskilt om kostnader och

långtidseffekter. Med tanke på den utbredda okunnigheten om vad som fungerar är det anmärkningsvärt att så små resurser ges åt effektivitetsbedömningar och ytterligare forskning. I relation till uppgiftens storlek är till och med de 40 miljoner dollar som årligen läggs ner på undersökningar av behandlingsresultat i USA (USPORT, patient outcome research teams) en blygsam summa. Alla sådana investeringar i forskning och utveckling måste föra samman uppgifter om effektivitet (inklusive långtidsresultat) och kostnader. Behovet av systematisk ekonomisk bedömning förblir stort trots att litteraturen i ämnet ökat i omfattning (Backhouse et al., 1992).

Sammanfattning

Problemen med att välja är väl kända:

a) Ritual: Tendensen att godta tveksamma "fakta", t.ex. om hur hög den demografiskt och teknologiskt betingade inflationen är.

b) Myt: En omotiverad tvekan att utmana och ifrågasätta dokumenterade variationer i behandlingssätt och de trossatser som ligger bakom vårdgivarnas beteende.

c) Okunnighet: En tvekan att inse att vi inte vet "vad som fungerar". Tillräckliga resurser läggs inte på att granska tidigare undersökningar ur effektivitetssynpunkt och det satsas inte tillräckligt på forskning för att vidga kunskapsbasen. Ekonomisk bedömning som sammanför uppgifter om effektivitet och resultat med kostnadsuppgifter är nödvändiga om man skall kunna välja på grundval av kunskaper och effektivt sätta gränser för vad vården får kosta.

Sökandet efter svar

Många hälso- och sjukvårdssystem har på ett outtalat och inkonsekvent sätt satt upp gränser för vården. I USA har lapptäcket av hälso- och sjukvårdsarrangemang (Medicare, Medicaid, krigsveteranvården, försäkringar, HMO m.m.) medfört att 35 miljoner människor inte har något försäkringsskydd för sjukhusvård. Trots att de som i Storbritannien är ansvariga för upphandlingen av sjukvård både skall identifiera behoven och de kostnadseffektiva sätten att tillfredsställa dem är debatten om ransonering marginell och koncentrerad på ett fåtal behandlingar som staten inte betalar, t.ex. provrörsbefruktning, borttagning av tatueringar och vissa åderbråcksoperationer.

I andra länder har regeringarna inlett offentliga debatter om hur man skall sätta gränser och hur man skall identifiera en "kärna" av "beprövade" hälso- och sjukvårdsåtgärder. Detta har föranletts både av kostnadsinflation och av en ökande medvetenhet om att medicinsk praxis varierar och att de flesta åtgärder patienter utsätts för är av obevisat värde.

Nya Zeeland

Förutom att den genomfört reformer som lett till en åtskillnad mellan sjukvårdsupphandlare och sjukvårdsleverantörer har den nyzeeländska regeringen tillsatt en nationell rådgivningskommitté rörande basal sjukvård och stöd till handikappade, "kärnkommittén" (National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services, the Core Committee). Kärnkommittén går regeringen till handa med råd om vilka tjänster inom sjukvård och handikappstöd den skall tillhandahålla och konsulterar därvid allmänheten och läkarkåren. Definitionen av kärnan utgår från vad

som är tillgängligt i dagsläget och kommittén arbetar nu med hur man under de närmaste åren gradvis skall ändra vårdutbudet (Core Services Committee, 1992). Dess första rapport ingavs till regeringen i oktober 1992. Den har funnit det svårt att genomföra sin uppgift på grund av den bristfälliga kunskapsbasen.

Nederländerna

Efter Dekker-kommitténs rapport och sedan man gjort boskillnad mellan uppköpare och tillhandahållare av vård i Nederländerna arbetar regeringen på att identifiera en kärna av beprövade sjukvårdsåtgärder som staten bör stå för. En statlig kommitté för val inom hälso- och sjukvården avlämnade sin rapport vid halvårsskiftet 1992. Den tog både ställning till behovet av att identifiera "det som fungerar" (d.v.s. kärnan) och de sätt på vilka detta skulle kunna göras (Government Committee on Choices in Health Care, 1992).

Oregon

En liknande debatt har ägt rum i Oregon där delstatsregeringen reagerade på de ökande kostnaderna inom Medicaid-programmet och bristfälligheterna i de fattigas sjukvård genom att införa reformer som krävde att vårdinsatserna prioriterades (Strosberg et al., 1992). Hälso- och sjukvårdskommissionen (Health Services Commission) gjorde upp en lista över 709 par av "sjukdomstillstånd" och "behandling" där det för varje tillstånd definierades en viss behandling. Delstatsregeringen beslöt att stå för kostnaderna för de första 587 punkterna på listan och att kräva att arbetsgivarna på samma sätt skulle bekosta dessa åtgärder för alla fattiga arbetstagare. Detta beslut medförde att delstaten fick

öka sin hälso- och sjukvårdsbudget med 15 procent.

Prioriteringsprocessen är trubbig (se Garland i Strosberg et al., 1992). Den ursprungliga uppdelningen i 17 kategorier (t.ex. mödravård och vård av nyfödda, behandling av icke livshotande akuta tillstånd etc.) rangordnades av kommissionen genom en oklart definierad diskussionsprocess som genom offentliga möten och telefonintervjuer även tog hänsyn till allmänhetens värderingar. Punkterna inom varje kategori rangordnades med hänsyn till deras "nettonytta", d.v.s. den sannolika utgången utan behandling drogs av från den sannolika utgången efter behandling av tillståndet och uttrycktes i QWB-faktorer. QWB står för Quality of Well-Being, välbefinnandefaktorer. Kommissionen insamlade åsikter om sannolika vårdresultat från 54 paneler av vårdgivare, uttryckt som sannolikheten för att kroppsliga, sociala eller personliga QWB-faktorer skulle påverkas.

Efter att ha rangordnat kategorierna och paren av tillstånd och behandling inom kategorierna gick kommissionsmedlemmarna igenom listan för att se till att enskilda punkter inte "hamnat fel". Punkterna på listan fick sedan byta plats på basis av "rimlighet". På listan från februari 1992 återfanns t.ex. låg födelsevikt på olika ställen, och spädbarn som vägde under 500 gram och föttts före 23:e graviditetsveckan hade fått näst sista platsen av totalt 714. I senare listor hade man lagt samman alla kategorier av låg födelsevikt (500 gram och däröver) och placerat dem på tjugoandra plats på listan! Det betyder att all sådan vård skulle betalas av staten: Ett "rimligt" resultat!

Det finns ett antal andra betydelsefulla problem som ger sig tillkänna när man tillämpar Oregons sätt att prioritera konkurrerande behandlingsmetoder:

I) Mätningar av livskvalitet och kvalitetsjusterade levnadsår (QALY:s).

Prioriteringsprocessen i Oregon började med ett beslut att mäta effekterna på livskvalitet med ett särskilt instrument, Quality of Well-Being, QWB. Detta instrument indelar individer med hänsyn till symptom och funktion (rörlighet, fysisk aktivitet och social aktivitet). Med utgångspunkt från aktuell funktionsnivå och hur länge funktionsnedsättningen varat har Kaplan tagit fram mått på hur hälsan påverkas (friska levnadsår eller kvalitetsjusterade levnadsår).

I Oregon använde kommissionen 47 offentliga möten med 1 700 deltagare för att identifiera 13 "grundvariabler", t.ex. förebyggande verksamhet, jämlikhet, livskvalitet och kostnadseffektivitet. QWB-skalan användes för att bedöma många åtgärders effektivitet. 45 specialistgrupper fick lämna synpunkter. Kommittén använde sig av viktningar som härrörde från inledande studier i Oregon och påminde om Kaplans kaliforniska viktningar. I ett första steg lade man till kostnadsuppgifter och fick så fram den första prioriteringslistan. Detta ledde till vissa problem, t.ex. genom att elektiva tandåtgärder placerades före en del ingrepp vid akuta tillstånd, och man utsattes för påtryckningar att göra om listan.

I nästa lista (februari 1991) hade man justerat prioriteringarna med hänsyn till de 13 grundvariabler som man fått fram vid de offentliga mötena. Dessa möten hade besökts av en utvald del av befolkningen som varken var representativ för dem som åtnjöt Medicaid eller Oregons totalbefolkning. Februarilistan reviderades ytterligare med hänsyn till "rimlighet" som ovan beskrivet.

Som Kaplan (1992) har framfört i sin kritik av detta tillvägagångssätt är det inte lämpligt att ersätta analys med intuition trots den tidspress kommittén arbetade under. Att ta fram effektivitetsbedömningar huvudsakligen genom subjektiva bedömningar snarare än genom vetenskapliga undersökningar ökar risken för att

läkarna ger uttryck för optimism och pessimism i avsikt att befordra sina egna intressen. Båda dessa faktorer gör att listan blir till tvivelaktig nytta och Kaplan menar att alla dessa tveksamheter kunde ha undvikits om analysen genomförts på korrekt sätt med den noggrannhet och omsorg den förtjänade.

II) Kostnader och kostnadsintäktsanalys

Frånvaron av uppgifter om kostnader är mycket problematisk och är ett brott mot de vanliga kriterier man använder för att bedöma en "bra" ekonomisk värdering (se t.ex. Drummond, Stoddart och Torrance, 1987). Ta som exempel att paracetamol hjälper mot smärta under fyra timmar och att ett anti-inflammatoriskt medel av icke-steroid-typ (NSAID) håller smärtan borta under åtta timmar. Det senare preparatet gör bäst nytta men det är inte den bästa behandlingen om inte det kostar mindre än det dubbla av vad paracetamol kostar. I alla valsituationer måste kostnader och nytta tas i beaktande och en lista baserad enbart på behandlingseffektivitet, som den i Oregon, är otillräcklig.

III) Rättvisa

Oregonlistan och debatten om den har aktualiserat ett antal delikata etiska frågor.

a) Om patienter har olika möjligheter att tillgodogöra sig vården kan de handikappade missgynnas. Detta är en ofrånkomlig följd av att man allokerar resurser för att maximera nyttan men kan ge upphov till politisk opposition.

b) Det hävdas från USA och andra håll att om man utrangerade ineffektiva medicinska åtgärder skulle man inte behöva tillgripa ransonering. Om slöseriet eliminerades skulle Oregon kunna ha råd att betala Medicare även för de punkter på listan som kommer efter 587. På det sättet kan listan ytterligare legitimera ineffektiva

åtgärder och det vore kanske en rättvisare politik att ta sig an okunnigheten om "vad som fungerar" snarare än att diskriminera de fattiga med ett "rimligt" men bristfälligt prioriteringssystem.

IV) Slutsatser

a) Det är inte möjligt att ur kommissionens rapport och ur diskussionen i artikeln av Strosberg et al (1992) säkert utläsa hur listan togs fram.

b) Användningen av rimlighet och intuition är ingen ersättning för direkta mätningar med användande av de kvalificerade gissningar som begreppen friska eller kvalitetsjusterade levnadsår innebär (Kaplan).

c) Det goda med Oregonansatsen var att man faktiskt försökte ransonera på ett öppet redovisat sätt. Angreppssättet hade svaga punkter men många lärdomar kan dras av det, speciellt som president Clinton nyligen godkänt att programmet skall genomföras.

Slutsatser

I) De flesta vårdinsatsers kostnadseffektivitet är obevisad. Beslutsfattare vet inte "vad som fungerar" även om många läkare beter sig som om de vore vetenskapsmän vars beslut grundas på exakta mätningar och handfasta bevis: medicin är sannolikheternas konst.

II) Att sätta gränser för sjukvården i en miljö som domineras av okunnighet är mycket riskabelt men oundvikligt. Det måste göras på ett omsorgsfullt och öppet redovisat sätt och det kan göras bra vilket visas av färska undersökningar som granskat olika åtgärders effektivitet inom områden som kranskärlsoperationer och kronisk mellanöreinflammation. Sådana undersökningar

utnyttjar nuvarande kunskap, anger tydligt områden för framtida forskning och utgör ett starkt incitament för vårdgivargrupper att utvidga kunskapsbasen.

III) Prioritering måste ske inom ramen för ekonomisk bedömning: marginalkostnader och marginalnytta måste identifieras, mätas och bedömas med metoder som motsvarar den standard som fastställts för "god sed" vid ekonomisk bedömning (se Williams, 1974, Drummond, Stoddard och Torrance, 1987, Maynard, 1990). Ekonomisk bedömning gör det lättare att identifiera marginalkostnader och marginaleffekter för alternativa behandlingsmetoder. Sådana uppgifter är nödvändiga beståndsdelar i de processer som utnyttjas vid ransonering av hälso- och sjukvård.

IV) Prioriteringsprocesser som inte genomförs med klart formulerade och erkända metoder och med full insyn är inte bättre än en bluff. Hälso- och sjukvårdspolitiken och beslutsfattandet inom medicinen domineras av låtsasverksamhet och sådana marxistiska tendenser måste upphöra.

"Hemligheten med livet är ärlighet och rent spel. Kan man bluffa med det är lyckan gjord."

Groucho Marx

Referenser

Backhouse, M.E., Backhouse, R., Eddy, S. (1992), *An Economic Evaluation Bibliography, Health Economics* (supplement till volym 1).

Black, D. (1986), *An Anthology of False Antitheses*, Rock Carling 1984 Fellowship, Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.

Cochrane, A.L. (1972), *Effectiveness and Efficiency: random re-*

flections on health services, Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.

Core Services Committee (1992), *The Best of Health: deciding on the health services we value most,* Core Health and Disability Support Services Project, Department of Health, Wellington, New Zealand.

Drummond, M.F., Stoddart, G.L. och Torrance, G.W. (1987), *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes,* Oxford: Oxford University Press.

Freemantle, N. et al. (1992), "The Treatment of Persistent Glue Ear in Children", *Effective Health Care Bulletin* nr. 4, Centre for Health Economics (York) – School of Public Health, (Leeds).

Fuchs, V. (1984), "Rationing health care", *New England Journal of Medicine,* 311, 24, 1572–1573.

Garland, M.J. (1992), "Rationing in public: Oregon's priority setting in methodology", i Strosberg et al. (red.) (1992), *Rationing America's Health Care: The Oregon Plan and Beyond,* Brookings Institute, Washington DC.

Government Committee on Choices in Health Care (1992), *Choices in Health Care, Dunning Report,* Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, Rijswijk, Nederländerna.

Hull-York Research Group (1992), *HIV-AIDS and Social Care,* H.M.S.O., London.

Kaplan, R. (1992), "A quality of life approach to health resource allocation", i Strosberg et al. (red.) (1992), *Rationing America's Health Care: The Oregon Plan and Beyond,* Brookings Institute, Washington DC.

Leape. L.L., Hilborne, L.H., Kahan, J.P., Stason, W.B., Park, R.E., Kamberg, C.J. och Brook, R.H. (1991 a), *Coronary Artery Bypass Graft: a literature review and ratings of appropriateness and necessity,* Rand Corporation, Santa Monica.

Leape. L.L., Hilborne, L.H., Kahan, J.P., Stason, W.B., Park, R.E., Kamberg, C.J. och Brook, R.H. (1991 b), *Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: a literature review and ratings of appropriateness and necessity,* Rand Corporation, Santa Monica.

Maynard, A. (1990), "The design of future cost-benefit studies", *American Heart Journal,* 1991; 3(2), 761–765.

Maynard, A. och Williams, A. (1985), "Privatisation and the

NHS", i Le Grand och Robinson (red.), *Privatisation and the Welfare State*, Allen and Unwin, London.
McPherson, K. (1989), "Why do variations occur?" I T.F. Anderson och G. Mooney (red.), *The Challenge of Medical Practice Variations*, Macmillan, London.
Strosberg, M.A., Weiner, J.M., Baker, R. och I.A. Fein (red.) (1992), *Rationing America's Health Care: The Oregon Plan and Beyond*, Brookings Institute, Washington DC.
Wennberg, J.E., Freeman, J.L. och Culp, W.J. (1987), "Are Hospital Services Rationed in New-Haven or Over-Utilized in Boston", *Lancet*, 1, 8543, 1185-1189.
Williams, A. (1974), "The Cost Benefit Approach", *British Medical Bulletin*, 30, 3, 252–256.
Williams A. (1979), *Medical Ethics: Health service efficiency and clinical freedom*, Nuffield/York Portfolio, London.

Kommentar: Vi måste ha bättre kunskaper!

Bengt Jönsson

Det är oetiskt att vara ineffektiv. Detta påstående sammanfattar väl professor Maynards analys av ett hälsoekonomiskt synsätt på prioriteringsfrågorna. Effektivitetsproblemet kan delas upp i två delproblem. Det första är ett medicinskt rationaliseringsproblem, att utmönstra teknologier som inte har något värde eller som till och med är skadliga. En sådan rationalisering skulle frigöra ekonomiska resurser för andra, mera produktiva användningar av resurserna inom sjukvården. Det andra problemet gäller den dynamiska utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Medicinsk rationalisering

Det är möjligt att rationalisering inom medicinen skulle ge så stora effekter att vi slapp göra prioriteringar mellan olika delar inom sjukvården. Det är dock inte särskilt troligt. För det första vet vi inte storleken av denna potentiella rationaliseringsvinst. Är den 10, 20 eller 50 procent av de nuvarande sjukvårdskostnaderna? Ingen har gjort någon seriös ansats att kvantifiera problemet. För det andra är det sällan så att det finns en klar gräns mellan det som saknar effekt och det som är av värde för patienten. Inte bara kan patientens uppfattning skilja sig från vårdgivarens; det kan finnas skillnader

också mellan patienter och mellan vårdgivare i bedömningen. För det tredje kommer den medicinska utvecklingen att fortsätta producera ny kunskap som kan översättas till interventioner av olika slag.

Trots medicinsk rationalisering så kommer det således att kvarstå ett ekonomiskt problem. Vi tvingas välja mellan olika insatser. Professor Maynard förespråkar att detta skall ske på basis av kostnadseffektivitet. Det är oetiskt att använda en viss mängd resurser för ett visst ändamål om de kan ge större nytta för något annat. Detta är den övergripande etiska principen för hälsoekonomiska kalkyler. Den utesluter dock inte att beslutsfattarna kan väga in andra principer om sådana bedöms viktiga, t.ex. att utjämna olikheter i hälsotillståndet eller prioritering av akut sjuka. Det är framför allt på marginalen, d.v.s. för de resurser som har lägst värde, som systematiska hälsoekonomiska värderingar är möjliga och nödvändiga. Detta gäller inte minst preventiva insatser.

Det är lätt att hålla med professor Maynard om att det krävs mera studier och en kritisk hållning till värdet av olika behandlingar inom sjukvården. Vi saknar i stort relevant dokumentation om kostnader och effekter av många insatser för prevention, behandling och rehabilitering inom sjukvården. Problemet är inte att metoderna för att mäta kostnader och konsekvenser saknas eller är ofullständigt utvecklade; problemet är brist på relevanta data. Visserligen kan metoderna utvecklas, och så kommer också att ske, men det saknas i dag en genomtänkt strategi för att förändra den kliniska och epidemiologiska forskningen så att den också ger relevant information som underlag för prioriteringsbeslut. Här har både forskare och myndigheter ett stort ansvar att bidra till en förändring. Vore det inte rimligt att avsätta åtminstone 1 procent av sjukvårdens resurser, eller ca 1,2 miljarder per år, för denna typ av prioriteringsrelevanta studier?

Dynamiska aspekter

En sak som vi med säkerhet vet är att den medicinska kunskapen och därmed sjukvårdens innehåll kommer att förändras. I detta perspektiv är effekterna av ett ökat antal äldre både relativt betydelselösa och lätta att förutsäga. Det är långt svårare att förutsäga vad utvecklingen av ny medicinsk teknologi innebär för kostnaderna och effektiviteten. Det är säkerligen korrekt, som professor Maynard påpekar, att introduktion av ny medicinsk teknologi ökar sjukvårdskostnaderna. Vi skall dock inte glömma bort att den medicinska utvecklingen också är en viktig källa till produktivitetsframsteg inom sjukvården. Ett exempel från ögonkirurgin kan belysa detta.

Antal gråstarroperationer och kostnaden per operation 1982–92 i 1992 års priser

År	Antal	Kostnad per operation		Totalkostnad
		Kronor	*Index*	kronor
1982	10 000	19 400	100	194 miljoner
1988	25 200	10 100	52	254 miljoner
1992	33 000	5 800	30	191 miljoner

Som framgår av tabellen har kostnaden per operation i reala termer minskat med ca 70 procent under tioårsperioden 1982–92. Beräkningen är en egen uppskattning, eftersom några officiella data inte finns ens för denna mycket vanliga operation. Samtidigt har antalet operationer ökat trefaldigt. Totalkostnaderna har varit i stort sett oförändrade. I dag finns knappast några väntelistor för gråstarroperationer.

Medicinsk kunskapsutveckling är således en betydande rationaliseringskraft för sjukvården. För att den skall utnyttjas till fullo krävs dock ett par saker. För det första måste vårdgivarna ges incitament att tillämpa

den optimala teknologin. Mycket av det vi ser av skillnader i medicinsk praxis består av olikheter i spridningen av ny teknologi. För det andra måste vi ge den medicinska forskningen, inklusive företag som utvecklar nya läkemedel och ny teknik, incitament att utveckla kostnadseffektiva behandlingsmetoder. Hittills har incitamenten, i såväl privat som offentligt finansierade sjukvårdssystem, varit att utveckla ny teknologi enbart med utgångspunkt från effekt och säkerhet. (Se Weisbrods uppsats i SNS-boken *Svensk sjukvård – bäst i världen?* för en utförligare diskussion av detta.) Vi måste integrera den medicinska forskningen i arbetet på att skapa en effektivare sjukvård.

Kan vi definiera ett "baspaket"?

Professor Maynard diskuterar försöken att definiera ett "baspaket" eller "grundbehov" av hälso- och sjukvård i Nya Zeeland, Nederländerna och staten Oregon i USA. Slutsatsen måste bli att man inte varit särskilt framgångsrik och att problemen är många. Betydelsen av frågeställningen är dock lätt att inse. De offentliga sjukvårdsutgifterna kommer att bli hårt pressade framöver till följd av budgetunderskott och en stor statsskuld.

Många länder, inklusive Sverige, kommer att tvingas ta ställning till vilka sjukvårdsutgifter som i första hand skall finansieras via skatter. Svårigheterna att finna praktiska avgränsningskriterier är dock stora. Det verkar rimligt att begränsa den offentliga finansieringen till sådan sjukvård som har en dokumenterad effekt. Att utsträcka denna princip till sådan sjukvård som är bevisat "kostnadseffektiv" är svårare. De nya riktlinjerna för finansiering av läkemedel enligt läkemedelsförmånen i Australien är dock ett försök i denna rikt-

ning. Sådana överväganden tvingar fram den typ av ekonomiska utvärderingar som diskuterades tidigare.

Vi bör dock vara medvetna om att en sådan politik innebär något helt nytt i svensk sjukvård. Tidigare har det inte funnits någon precisering av "kontraktet" mellan medborgarna och staten/landstingen avseende sjukvårdens innehåll. Om vi skall definiera ett sådant kontrakt fordras en omfattande utredning av principer och praktik. Detta blir en av prioriteringsutredningens viktigaste uppgifter. Frågan har också stor betydelse för ställningstagandet till hur finansieringen av sjukvården skall ske i framtiden.

Kommentar: Renodla politikerrollen!

Anna Hedborg

Professor Maynards startpunkt tilltalar mig mycket: "Ineffektivitet i sjukvården är oetiskt".

Formuleringen pekar ut vad man i första hand bör ägna sina krafter åt när det gäller prioriteringar och begränsningar. Så länge som det finns så stor okunskap om effekter av och effektiviteten hos olika behandlingsmetoder kan mycket göras innan det finns några behov alls av att göra omöjliga val mellan död och död. Också viktigt bland det han pekar på i sitt kapitel är

1) *bristen* på bevis för att efterfrågan alltid bara ökar
2) *förekomsten* av bevis för behandlingsmetoder som *inte* är effektiva.

Sammantaget betyder detta att utrymmet för förbättringar är stort. Kunskapen om effekter och effektivitet kan växa mycket.

Det jag skulle vilja tillägga till Maynards kapitel är några synpunkter på arbetsfördelningen mellan politiker och professionella inom sjukvården.

Debatten om prioriteringar tycks ofta förutsätta att det är naturligt att kräva av politiker att de skall göra de absolut omöjliga valen mellan vem som skall dö och vem som skall leva, ofta till och med i individuella fall. Skall den välkända alkoholisten få en levertransplantation? Vem skall väljas först för en akutoperation efter en allvarlig olycka, den 60-årige direktören för ett stort

företag, den gamle fattige invandraren eller en 14-årig skolpojke?

Jag tycker att politiker kan och måste vägra svara. Dessa situationer är professionella situationer. För det första är de beroende av kunskap om effektiviteten hos behandlingen. För det andra är de också beroende av den individuella doktorns förmåga att rätt bedöma det individuella fallets samlade förutsättningar.

Om politiker försökte formulera generella beslutsregler för detta slags situationer skulle läkare riskera att hamna i absurda situationer där de skulle tvingas säga: Nej, Du får inte den bästa behandling vi känner till därför att Du är Du, alkoholist, gammal eller vilket skälet nu är.

Nej, om doktorn vägrar behandling måste det vara av skäl som: Vi erbjuder Dig inte denna behandling eftersom vi vet att för personer i Din situation är den normalt sett inte effektiv, eller – ännu bättre – Vi vet att denna behandling normalt sett inte är effektiv för personer i Din situation. Vad vi kan erbjuda, som vi åtminstone vet ger lindring, är detta eller detta alternativ. Vilket väljer Du?

Forskning har visat att välinformerade patienter ofta tar mindre risker och väljer mindre tekniska högriskbehandlingar än läkare. Om en patient absolut vill ha en högriskbehandling kunde och borde det antagligen vara en av de faktorer som läkaren måste väga in i det individuella fallet.

Vad skall då politikerna göra?

De måste ta ansvar på en annan *nivå* för prioriteringar: Hur mycket *resurser* skall sjukvården ha? Hur skall den *legala* ramen se ut? Vilka *särskilda behov* måste lyftas fram? Hur garanteras *jämlikheten* i vården?

Det ser i stort sett ut som den gamla vanliga hälso- och sjukvårdspolitiken, även om innehållet kan behöva skifta med hänsyn till tidens gång och förändringar i tillvaron.

En sak som politiker bör göra är att efterfråga – eller snarare kräva – kvalitetskontroll och medicinsk revision. Och naturligtvis måste de också se till att resurser avsätts för detta.

Systematisk kvalitetskontroll är det som kan hjälpa läkare att vara systematiska och rättvisa i sina bedömningar. Vad politiker också kan göra är att stödja läkare som försöker vara systematiska i sina val.

I Dalarna har vi den så kallade Falumodellen. Den har fördelen av att vara både professionell och individuell i sin ansats och kan därför tjäna som ett hjälpmedel för läkarna i deras svåra val. Den ger företräde åt allvarliga fall med goda förutsättningar till förbättring och lindring, alla individuella faktorer inräknade.

Den är så pass logisk att det, när rangordningen väl är gjord, är ganska svårt att argumentera emot att högre rangordning också bör ge företräde. Å andra sidan är det förstås rangordningen som är det svåra. Men den framstår ändå inte som omöjlig om läkare talar med läkare om de bedömningar som de hur som helst tvingas göra i sitt dagliga beslutsfattande.

Vad politiker kan och bör göra är att stödja läkarna om de först gör det som bör göras först, när resurserna inte räcker till allt genast. En förutsättning är då förstås att enigheten är tillräckligt stor om rangordningen utifrån professionella effektivitetskriterier.

Därmed landar vi åter i utgångspunkten. För att kunna rangordna professionellt måste det finnas kunskap om den medicinska behandlingens effekter och effektivitet – systematisk kunskap.

Mycket kan göras när det gäller kvalitetskontroll, medicinsk revision och kunskapen om kostnadseffektivitet.

Ineffektivitet är oetiskt, som professor Maynard sade.

Del III

Gränsdragning i praktiken

Konflikter mellan den kliniska och den politiska nivån

Cyril Chantler

Det håller på att bli alltmer stressande att utöva medicinsk verksamhet. Det gäller i både primärvården och sjukhusvården. Överallt utom i ett fåtal, mycket oljerika länder är vården i praktiken – om än inte i teorin – ransonerad. Det skapar stress för läkare som försöker ge sina patienter bästa tänkbara vård.

Argumentet att mer pengar skulle förebygga behovet av ransonering håller inte, även om problemet kanske skulle lindras något.

Storbritannien använder bara 6,7 procent av sin BNP på hälso- och sjukvård, vilket är lägre än motsvarande andel för de flesta andra OECD-länder, men det är mer ett uttryck för den tämligen skrala brittiska ekonomin än för njugghet från statsmakternas sida (1). Den nederländska regeringen, som gör av med en hel del mer pengar än vi gör, har nyligen publicerat diskussionsmaterial rörande principerna för hur man skall avgöra vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som staten inte skall betala (2). Till och med Kanada, som använder mest pengar per capita på offentlig hälso- och sjukvård, brottas med växande väntelistor, medan det i USA, som lägger ut 40 procent mer av offentliga medel på sjukvård än Storbritannien gör, finns nästan 40 miljoner människor som endast har ett rudimentärt skyddsnät. Dessutom är det inte mycket som talar för att länder som lägger ut mindre pengar har sämre sjukvård, åt-

minstone att döma av tillgänglig statistik över behandlingsresultat.

Konflikter mellan läkare och politiker

Systemet med allmänt tillgänglig sjukvård utan avgift för nyttjaren infördes i Storbritannien i och med att National Health Service skapades 1948. Under många år rådde ett oskrivet samförstånd mellan läkare och politiker som gick ut på att läkarna med utgångspunkt i de kliniska behoven avgjorde hur kostnaderna skulle fördelas och någorlunda väl hushållade med dessa resurser, medan politikerna via skatterna anslog de för varje år ökande nödvändiga medlen. Även om kritik från ömse håll var dämpad saknades den förvisso inte, och en brittisk hälsovårdsminister fällde 1976 kommentaren att "National Health Service var ett unikt åskådningsexempel på en verksamhet som förtalades av alla som var engagerade i den" (3).

På uppmaning av internationella valutafonden infördes 1976 en övre gräns för statens utgifter för NHS, och denna begränsning upprätthölls allt strängare under 1980-talet. Gapet mellan vad läkarna ville erbjuda och vad staten var beredd att betala för vidgades vartefter teknologin gjorde framsteg och befolkningen blev allt äldre. Samförståndet bröt samman och ersattes av öppen kritik mellan läkarkåren och politikerna. Den brittiska allmänhetens förtroende för NHS började naggas i kanten, och eftersom samma allmänhet gärna aktar läkare högre än politiker fick de senare skulden. Det ledde till att staten omvärderade NHS i slutet av 1980-talet och införde genomgripande förändringar 1991.

Problem för de kliniskt verksamma läkarna

Svårigheterna för de läkare som är aktivt verksamma i vården förstärks ytterligare av att antalet behandlingsmöjligheter ökar. En stor del av kostnaderna i slutenvården läggs på vård av patienter under några månader av livets början och slut, och för den läkare som står inför en kritiskt sjuk patient finns det ofta ett stort antal valmöjligheter. Somliga alternativ är utomordentligt dyra samtidigt som informationen om hur stor chansen är att de skall hjälpa den enskilde patienten är otillräcklig.

När läkaren väljer behandling måste han eller hon ta kostnaden för att försöka rädda liv med i beräkningen, inte bara i pengar räknat utan även med hänsyn till det lidande för patienten och hans anhöriga som både framgångsrik och framför allt misslyckad behandling innebär. Om framgång är detsamma som att patienten får leva några månader eller till och med några år till, måste man ta lidandet både för dem där behandlingen misslyckades och dem där den lyckades med i beräkningen. Professor Archie Cochrane fällde en gång kommentaren att en dag kanske läkarna skulle nöja sig med en rimlig visshet i stället för att i sina behandlingsordinationer fortsätta att röra sig på gränsen till det omöjliga.

En annan källa till stress för dagens läkare är att hantera patienters och anhörigas ouppfyllda förväntningar. Medierna basunerar på ett oftast okritiskt sätt ut möjliga medicinska framsteg eller "banbrytande upptäckter", vilket tillsammans med en glädjande ökning av överlevnaden inom alla åldersgrupper fått många människor att tro att döden i första hand skall betraktas som ett misslyckande för läkekonsten snarare än som en naturlig händelse. Denna publicitet underblåses naturligtvis av läkare som försöker skaffa pengar

till sina patienters fromma eller för att stödja sin klinik eller sin forskning. Att de gör så är förståeligt men ibland oklokt. I de fall synpunkterna är väl underbyggda av forskning är det fullständigt riktigt att man skall ge uttryck för dem, och det kan med fullt fog betraktas vara en del av en läkares ansvar att framlägga sina patienters behov. När det saknas adekvat forskning som stöd för åsikterna är tillvägagångssättet mindre lovvärt. När tillgången på pengar är begränsad blir det läkarens etiska ansvar att se till att resurserna används på ett klokt sätt. Strävan efter maximal effektivitet kommer också att frigöra resurser för andra ändamål, vilket ökar handlingsfriheten inom vården.

Problem för politikerna

Det har blivit en klyscha att säga att efterfrågan på hälso- och sjukvård inte har någon tänkbar gräns, medan nationens ekonomiska resurser är begränsade. Det sägs ofta att man kan tänka sig en situation där hela nationens bruttonationalprodukt skulle slukas av sjukvårdens ökande krav. Detsamma kan naturligtvis sägas om försvaret, polisen, utbildningsväsendet o.s.v. Det är statens ansvar att göra avvägningarna mellan verksamheterna. Staten måste tillse att budgeten står i rimlig proportion till förväntningarna och staten måste avspegla den politiska debatten i dessa frågor.

I de flesta västliga länder börjar människorna ifrågasätta yrkesutövarnas kompetens, de må vara läkare, arkitekter, ekonomer, advokater eller något annat. Som Schon (4) har påpekat har övertygelsen att allmänheten har obegränsad respekt för professionerna till följd av deras obegränsade visdom börjat vackla, inte minst eftersom det allt klarare framstår att klokheten har sina brister. Det är knappast förvånande att politiker blir

förtrytsamma när läkare framställer krav som inte kan styrkas med fakta och samtidigt kan ta del av olika undersökningar om variationerna i medicinsk praxis. Det finns nu undersökningar från så skilda områden som frekvensen tonsilloperationer, andelen patienter som remitteras vidare och inläggningsstatistik på sjukhus. Studier som RAND Corporation gjort har visat, att tillgången på patienter som av läkarna bedöms lämpliga för en given behandling visar föga tendens att minska, oavsett hur hög behandlingsfrekvensen är totalt sett.

Ransonering inom National Health Service har skett i det tysta snarare än efter öppet övervägande. Det har inte så mycket handlat om vilka patienter som skall vårdas utan mer om allmänna riktlinjer för när och hur vård skall ges. Det talas mycket om väntelistor, men på många sätt är de ett bra sätt att ransonera med så länge man har kontroll över vilka som står på listorna. Förra året väckte det viss förvåning när en kirurg i Wales efter genomgång av väntelistan rapporterade att hälften av de 600 patienterna verkade ha blivit friska utan operation, och när han gick igenom återstoden fann han att hälften av dessa patienter inte längre behövde någon behandling (5).

Det verkar nu stå klart att man måste välja vilken vård som skall ges och hur. Alla vi som arbetar i sjukvården, i samhället som helhet och särskilt politikerna kommer att behöva överväga vilka handlingssätt och attityder vi måste tillägna oss för att dessa val skall kunna göras på sådant sätt att läkarna skall kunna uppfylla sitt ansvar mot sina patienter samtidigt som de får en tillfredsställande yrkesutövning och uppammar förtroende hos allmänheten och deras representanter.

Jag tror inte det finns några enkla vägar ur dessa svårigheter, men det finns sätt att angripa dem.

Gemensamt ansvar

Jag tycker det är skäligt att individerna i samhället, antingen genom försäkring eller beskattning, bidrar till att det finns ett offentligt hälso- och sjukvårdssystem med lika tillgång för alla. Då är det också oundvikligt att människorna kommer att vilja påverka hur pengarna fördelas och de val som måste göras.

Den brittiska hälso- och sjukvårdens nya struktur har inbyggda mekanismer för att tillåta detta. Ansvaret för de övergripande besluten om den totala kostnadsramen och för anslagsfördelningen mellan olika verksamhetsgrenar vilar på regering och parlament. Besluten fattas på förslag av sjukvårdsdepartementet. Det är uppenbart att yrkesgrupper verksamma inom vården liksom allmänheten kan påverka dessa beslut på ett flertal sätt.

Distriktssjukvårdsstyrelser med ansvar för en befolkning på mellan 0,3 och 1 miljon människor tilldelas nu resurser genom viktad kapitering, vilket justerar medelstilldelningen med hänsyn till standardiserad dödlighet och liknande indikatorer. Det krävs mer arbete med denna formel för att på ett korrekt sätt justera för sjuklighet snarare än dödlighet. Primärvårdsläkare kan också välja att få en egen budget som omfattar ungefär 20 procent av kapitationsbeloppet. För dessa pengar kan de köpa sjukhusvård. Distriktssjukvårdsstyrelser och allmänpraktiker kan därför välja mer i detalj för sin befolkning vad avser den vård som skall ges och hur den skall ställas till förfogande.

Om samhället som helhet har rättigheter har även de enskilda patienterna det, inte minst därför att de har bidragit till att bekosta systemet och förväntar sig att vård skall vara tillgänglig när de behöver den. Det är också viktigt att erkänna vårdarbetarnas rättmätiga kliniska frihet, den att göra det allra bästa för den enskilde patienten inom ramen för tillgängliga resurser. De

flesta av oss vill att våra läkare skall se till våra egna behov i första hand när vi blir sjuka. Resurstilldelningen till olika kliniker inom ett sjukhus tillåter läkarna att träffa individuella val inom ramen för klinikens budget. Detta är viktigt, eftersom alla individers behov är olika och en behandling som inte passar för allmän tillämpning kan vara till nytta för en enskild person eller familj. Ett sådant system innebär att staten, hälsovårdsmyndigheterna, primärvårdsläkaren och de som är kliniskt verksamma på sjukhusen (sjuksköterskor och läkare) tillsammans tar på sig ansvaret för beslut om vilken vård som kan meddelas på en viss klinik.

Professionellt ansvar och lagarbete

Effektiviteten kan ökas och stressen minskas genom att dela upp ansvaret mellan de olika yrkeskategorierna i vårdlagen. Det gamla systemet med funktionell styrning, där omvårdnad, läkarbehandling, ekonomi och administration på ett sjukhus sköttes var för sig passar inte längre för ett offentligt sjukhus med begränsade resursramar. Integrerad styrning snarare än funktionell styrning har genomförts i hela NHS (6). Det innebär att läkare, sjuksköterskor och administratörer som är verksamma i vårdlagen skall vara beredda att ändra sitt yrkesmässiga beteende på ett sådant sätt att effektiviteten ökar och vården förbättras. Sådana tankegångar är förstås vanliga i framgångsrika organisationer utanför NHS och alltmer tyder på att de får genomslag även inom denna organisation.

Begreppet ledningsansvar över yrkesgränserna accepteras lättare om man erkänner vikten av att hålla isär verksamhetsstyrning och professionellt ansvar. Sjuksköterskor skall förvisso sköta vården, men deras ledningsansvar behöver inte gälla sjuksköterskor. Det

finns heller inget skäl till att inte läkare inom ramen för styrsystemet skall kunna vara underställda sjuksköterskor, även om de inte rent yrkesmässigt är ansvariga gentemot dem. Det finns en rapport som handlar om hur man framgångsrikt infört integrerad styrning på ett universitetssjukhus med delegering av beslutanderätt och ansvar till vårdlag (7). Sammanfattningsvis minskade kostnaderna med 15 procent under en treårsperiod samtidigt som antalet patienter ökade.

Lagarbete över yrkesgränserna kan även bidra till det svåra beslutsfattandet, sett mot bakgrund av dagens alltmer komplexa sjukvårdsteknologi och ovissheten om dess effektivitet i många fall samt med tanke på allmänhetens krav på behandling till vilket pris som helst, ekonomiskt eller annorledes definierat. Läkarnas utbildning och yrkesroll tenderar att koncentreras till diagnos och behandling, medan sjuksköterskorna är mera inriktade på omvårdnad. Ett arbetslag av läkare och sjuksköterskor med ömsesidig respekt för varandras uppgifter och som är berett att ge full information till patienter och deras anhöriga kan ofta tillsammans komma fram till beslut som är vettigare för patienten och billigare för kliniken.

Utan att vilja förfalla till plattityder är det förvisso så att det finns det som är värre än döden, och det är ofta humanare och lämpligare att erkänna dess oundviklighet och stödja den sjuke än att okritiskt tillämpa teknologiska behandlingsmöjligheter.

Forskning inom hälso- och sjukvård

Det behövs större resurser och mer arbete för att bedöma hur adekvat och effektivt vården ges. Inom NHS nalkas man för närvarande detta problem på två sätt. Man uppmuntrar medicinsk revision, vilket omfattar

både hur effektivt en given åtgärd utförs (efficiency) och hur lämplig denna är för sitt ändamål (effectiveness). Ett viktigt framsteg är inrättandet av en tjänst som forsknings- och utvecklingschef vid NHS centrala styrelse. Även regionala chefer med samma arbetsuppgifter har tillsatts. Många länder tar snarlika initiativ, och internationellt samarbete är nödvändigt för att vi skall kunna lära av erfarenheter i andra länder. Det är också viktigt att medicinsk revision, hälso- och sjukvårdsforskning och forskning inom den förebyggande hälsovården kopplas samman.

Utbildning

Dagens och morgondagens läkare behöver andra färdigheter och insikter än vad vi besitter som i likhet med mig själv fick vår legitimation för trettio år sedan. Utöver medicinska och biologiska kunskaper måste de även uppmuntras att tillägna sig färdigheter som rör kommunikation, informationshantering, förståelse av etiska spörsmål och – törs jag säga det – företagsledning. Framför allt måste de förstå vikten av att utveckla lagtänkande (8) och lagarbete tillsammans med andra yrkesgrupper inom vården. Den nyligen införda läroplanen för vår läkarutbildning försöker uppmuntra eleverna att tillägna sig dessa färdigheter.

Slutsatser

Det är lovvärt att vara stolt över sitt yrkeskunnande men inte att framhäva det på ett arrogant sätt. Fördomar är oacceptabla, endast bevis duger. För att stödja dem som arbetar inom vården och minska påfrestning-

arna i deras arbete är det viktigt att ansvaret för den offentliga sjukvården delas mellan de yrkesverksamma och allmänheten. Vi önskar alla att läkare, sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal skall ge oss bästa möjliga vård när vi blir sjuka, men just nu gör vi uppgiften svårare än nödvändigt för dem. De val vi gör måste vara klart formulerade men grundade på väl underbyggd forskning rörande hur lämpliga och effektiva behandlingsmetoderna är. Den ökande vikt som läggs på decentraliserad verksamhetsstyrning, på lagarbete, på hälso- och sjukvårdsforskning liksom en annorlunda inriktning på läkarutbildningen, både den grundläggande och vidareutbildningen, erbjuder sätt att avhjälpa en del av de svårigheter vi har nu.

Om de yrkesverksamma kan förändra sig på dessa sätt finns det även ett behov av att politikerna erkänner svårigheterna och är beredda att diskutera dem öppet. Medierna spelar också en viktig roll. Tendensen att, förmodligen för att vinna ekonomiska fördelar, koncentrera sig på det sensationella har vi i allmänhet ingen glädje av, medan ett allvarligare försök att diskutera dessa frågor med den inlevelse de förtjänar skulle vara till hjälp för både politiker, läkare och annan sjukvårdspersonal.

Referenser

1. Chantler, C., "Management and Information", *British Medical Journal*, 304, 632–635, 1992.
2. Dunning, A.J., *Choices in Health Care.* A report by the Government Committee s. 1–160, Rijswijk, Nederländerna, 1992.
3. Ham, C., Robinson, R. och Brazil, M., *Health Care Reforms in an International Context*, s. 1–112, King's Fund Institute, London.
4. Schon, D.A., *Educating the Reflective Practitioner*, Jossey-

Bass Publishers, San Francisco, 1988.
5. Crosby, D., "Analysis of waiting lists for operations", *The Times,* London, 29 oktober 1991.
6. Griffiths, R., *Seven years of progress – general management in the NHS,* London Audit Commission, 1991.
7. Chantler, C., "Management reform in a London Hospital", i Carle, N. (red.), *Managing for health result,* King's Fund, London 1990.
8. Heirs, B., *The Professional Decision Thinker and the Art of Team Thinking Leadership,* Grafton Publishers, London, 1989.

Kommentar: Vi måste enas om värderingarna!

Jan Thorling

I sin analys av konflikterna mellan vårdgivarna – i första hand läkarna – samt politikerna, beskriver professor Chantler situationen i England. Men konflikten där är inte unik utan närmast universell och också oberoende av vilket hälso- och sjukvårdssystem man betraktar. Det är framför allt en fråga om skilda uppfattningar om hur det "ekonomiska gapet" skall reduceras och elimineras och vem som skall ha ansvaret för att det sker. Med "gapet" förstås skillnaden mellan kostnaderna för den vård patienterna förväntar sig och som vårdprofessionen ger eller vill ge och de resurser politikerna är beredda att avsätta till hälso- och sjukvård.

Begränsningar i tillgången till hälso- och sjukvård är något som förekommer i alla sjukvårdssystem, även i länder där ekonomin är god. Om efterfrågan på sjukvårdsinsatser, definierad av endera patienter eller vårdgivare, inte är fullt ut finansierad, är det i princip lika svårt att välja hur man skall använda tillförda resurser, som det är att begränsa utbudet när resurserna minskar.

Professor Chantler tar i sin inledning upp begreppet "rationing". Den svenska översättningen torde vara ransonering. Ransonering betyder en begränsning i tilldelning. Detta kräver någon uppfattning om hur

denna begränsning bör ske. När vi i Sverige talar om att sätta gränser i sjukvården talar vi mera om prioritering, som innebär att vissa patienter eller behov ges företräde framför andra.

Våra väntelistor och kösystem är uppbyggda efter en sådan princip. Som professor Chantler påpekar kan detta vara ett acceptabelt sätt att prioritera på om man har kontroll över dem och, vill jag tillägga, om de uppfattas vara rättvisa. Listorna planeras av varje klinik för sig med hänsynstagande till patientens medicinska tillstånd, psykiska tillstånd och sociala situation. Det innebär att det inte finns någon allmänt accepterad gemensam värderingsnorm för bedömningen och därmed inte heller för hur resurserna kan fördelas. För samma vårdbehov eller för vårdbehov med likartad angelägenhetsgrad kan därför väntetiden skilja avsevärt mellan olika vårdenheter. Det gäller såväl inom en specialitet som mellan olika specialiteter.

Denna skillnad i tillgänglighet kan ifrågasättas om man menar att tillgången till vårdens resurser skall vara rättvis och jämlik. Patienter med lågprioriterade vårdbehov kan, när de får beskedet om den beräknade väntetiden, betrakta det som ett "icke-erbjudande" om väntetiden är orimligt lång.

Ett alldeles uppenbart problem i konflikten mellan representanterna för vården och politikerna är att de förstnämnda har svårt att identifiera kostnaderna för olika sjukvårdsinsatser och därför också att skapa ett förtroende för dessa. I sjukvårdsdebatten framförs inte sällan skarp kritik mot vården för en produktivitet och kostnadseffektivitet som uppfattas vara oacceptabelt låga. Sjukvården har egentligen aldrig tidigare behövt redovisa sina kostnader på en så detaljerad nivå som enskilda sjukvårdsinsatser, vilket gör att man nu har svårt att gå in i sakliga och konstruktiva diskussioner om åtaganden och kostnader. Vårdprofessionen har

därför ett viktigt ansvar för att göra sin kostnadseffektivitet tydlig.

Samtidigt med att krav ställs på anpassning av kostnaderna till tilldelade resurser förväntas det att den medicinska säkerheten och den patientupplevda kvaliteten bibehålles. I vissa avseenden finns krav på en betydande förbättring av tillgängligheten. Jag tänker närmast på 1992 års vårdgaranti som innebär att ett litet antal definierade sjukdomstillstånd skall erbjudas vård inom tre månader.

Den enskilde läkaren har inte sällan att ta ställning till olika terapialternativ när han, i samråd med patienten, skall besluta om lämplig behandling. I dessa överväganden är det läkarens skyldighet att ta hänsyn till att de resurser som står till hans förfogande är begränsade. Med det följer att det enskilda beslutet indirekt påverkar möjligheterna att ta hand om andra, ännu ej tillgodosedda vårdbehov. Läkaren bör i sitt beslut också ta hänsyn till sådana kostnader som inte direkt belastar hans egen budget. Professor Chantler påpekar att kostnader som på annat sätt drabbar den enskilde patienten eller hans anhöriga bör vägas in i bedömningen. Onödigt lidande är bl.a. en sådan viktig "kostnadspost".

En annan viktig aspekt som professor Chantler lyfter fram är vetskapen om att det inom samma specialitet inte sällan förekommer betydande skillnader i val av behandling för samma sjukdom – behandlingsval som inte säkert ger olika resultat, men som däremot skiljer sig avsevärt vad avser kostnaden.

Det är politikernas uppgift att fördela resurser mellan olika sektorer i samhället – på nationell nivå mellan olika samhällssektorer och på landstingsnivå mellan olika sektorer inom hälso- och sjukvården. Räcker pengarna inte till allt måste man prioritera och är då beroende av olika slags fakta för att kunna fatta bra beslut. Påtryckargrupperna är många och med skilda

mål. Vilket beslut man än fattar uppkommer missnöjesyttringar. Med ett ansvar för fördelningsbesluten följer också ett ansvar att informera om sina beslut. Utan någorlunda accepterade värderingsnormer förefaller det vara en hart när omöjlig uppgift att öppet diskutera bevekelsegrunderna till de prioriteringar som måste göras om det inte går att få balans mellan kostnaderna för de förväntningar på sjukvårdens insatser som befolkningen har och de resurser politikerna har till förfogande.

Sjukvården styrs av ett komplicerat samspel av många aktörer. Jag delar starkt professor Chantlers uppfattning att ansvaret måste delas mellan aktörerna – kanske främst mellan politiker och de vårdprofessionella – för vilka vårdbehov som skall tillgodoses, och på vilket sätt detta bäst kan göras, om pengarna inte räcker till allt som förväntas. I denna strävan har vi olika uppgifter. En av de viktigaste uppgifterna tror jag är att försöka komma överens om vilka värderingar som skall ligga till grund för prioriteringsbesluten. Det gäller grundläggande etiska principer, men framför allt tror jag att vi öppet måste diskutera vilka konkreta värderingar vi gör av olika vårdbehov. Det gäller olika patientgruppers tillgänglighet till sjukvården i förhållande till varandra. Det gäller inte en bedömning av enskild patient i förhållande till en annan patient, det är den enskilde läkarens sak att bedöma.

Vissa grupper skall ha företräde före andra, men vilka? Vilka väntetider är acceptabla, vilka är oacceptabla och för vilka patientgrupper? Patienter med mindre allvarliga, men ändå åtgärdbara, åtkommor kanske inte alls kan räkna med att få hjälp inom rimlig tid. Är det bara läkarnas bedömningar som skall gälla? Om så inte är fallet bör dessa diskussioner föras öppet och ansvaret för beslutet och de underliggande värderingarna delas av flera av aktörerna.

En annan viktig uppgift för vården är sålunda att bi-

dra till dessa diskussioner genom att konkret redovisa vilka värderingar som styr dess beslut och att göra det på ett sätt som är begripligt även för politiker och allmänhet.

Kommentar: Varning för omoralisk valfrihet!

Kerstin Hulter Åsberg

Om det växande gapet mellan vad läkarna kan och vill göra och vad politikerna är beredda att avsätta medel för

Först och främst, det har *alltid* satts gränser för vårdutnyttjande! Vårdbehoven har *alltid* överstigit vårdresurserna. I Sverige var det för 100 år sedan bara de mycket rika förunnat att ha tillgång till obegränsad vård, till egen husläkare och sjuksköterska i hemmet. Övriga fick lita till humanitära organisationer och till medmänniskor, vanligen obetalda eller underbetalda kvinnor. Under 1900-talet har staten, landstingen och politikerna försökt axla den humanitära manteln och genom indrivning av skatter arbetat för att åstadkomma en rättvis fördelning av vårdresurserna. Denna politikens sjukvårdsetik överensstämmer med läkaretiken och bygger på den gemensamma värderingen att alla människor har lika rätt till god sjukvård.

En annan rättviseaspekt är kvinnors rätt till avlönat yrkesarbete. Politiskt håller alla med om detta, men i praktiken ser vi att de politiska besluten leder till att just kvinnor i vården blir arbetslösa. Mycket av kostnaden för svensk sjukvård beror på att vi betalar kvinnor för att göra det som kvinnor i andra länder får göra obe-

talt. Vi kanske skall göra som i många andra länder – låta de anhöriga komma in och jobba på sjukhusen eller be patienterna om hjälp!

Nyligen hade jag en 70-årig man på min mottagning som berättade att han 1932 som 11-åring hade vårdats i åtta månader på Enköpings lasarett för benröta efter tbc i armen. På den manliga avdelningen bodde en sjuksköterska i det första rummet och hon hade ett biträde till hjälp. De hann inte med allt som skulle göras, utan 11-åringen fick hjälpa till med det mesta. Han tömde pottor åt gubbarna, han satt hos döende, han vek kompresser och rullade tvättade lindor tillsammans med kronikerna. 1932 är inte så långt borta!

Om team-arbete som ett medel att förbättra effektivitet i vården

Karakteristiskt för svensk sjukvård under det senaste decenniet är en stark utveckling av team-arbete vid olika sjukdomstillstånd, t.ex. vid cancer, hjärtinfarkt, diabetes, stroke, demens och rörelsehinder för att bara nämna några viktiga områden. Team-arbetet, där läkare arbetar tillsammans med sjuksköterskor och andra vård- och rehabiliteringskunniga, har uppskattats av patienter och anhöriga och vårdresultaten har förbättrats. Ett exempel redovisas i en SBU-rapport om strokevården.

Detta team-arbete hotas nu dels av förslaget till husläkar-reform, dels av de köp-sälj-modeller som införs för att styra sjukvårdsekonomin. Dessa modeller har vissa viktiga fördelar som t.ex. tydligare ansvarsfördelning mellan beställare och producent, d.v.s. mellan politiker och kliniker, och ett ökat kostnadsmedvetande hos oss som arbetar i vården. Nackdelen är att de inte

tar hänsyn till vårdteamets dynamiska och flexibla verksamhet, som varierar efter patientens växlande behov.

Och människosynen som avspeglas i terminologin, som talar om kunder som kan välja mellan olika sjukvårdsprodukter och om oss som vårdar som någon sorts försäljare av vård, den måste vara ett stickspår i mänsklighetens utvecklingshistoria. Vi får akta oss så att vi inte får skämmas om några år för hur lätt vi anammade näringslivets materialistiska synsätt på ett område som så sällsynt dåligt lämpar sig för detta.

Om att en stor del av vårdkonsumtionen sker under de sista månaderna av livet, särskilt hos de mycket gamla

Detta skall vi naturligtvis vara mycket glada för! Det betyder ju att folk är friska under större delen av livet. Det betyder också att vi verkligen får vård den dag vi drabbas av hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke, cancer eller bryter benet för att nu nämna de vanligaste orsakerna till sjukvårdsbehov i livets slutskede. Insatserna för varje individ blir efterhand alltmer av lindrande natur. Vi är i dag noggranna med att i tid ta ställning till vilka åtgärder som skall och vilka som inte skall sättas in i livets slutskede och notera detta i journalen. Här borde det inte vara någon konflikt mellan politiska och kliniska vårdmål. Om någon vill vårdas hemma i livets slutskede går det att ordna på de flesta håll i landet. Problemet är snarare att det ofta är utomordentligt fysiskt och psykiskt krävande både för patienten och anhöriga. Och man måste alltid hålla sjukhusdörren öppen om patienten ändrar sig.

Om patientens valfrihet

En källa till etisk konflikt mellan politiker och kliniker är politikernas tal om patientens valfrihet, som något heligt som inte får ifrågasättas. Som om alla patienter själva skulle kunna välja och välja bort vård. Jag vill påstå att begreppet valfrihet, som det nu används i sjukvårdspolitiska sammanhang, håller på att bli ett oetiskt, för att inte säga omoraliskt begrepp. Man väljer inte sin sjukdom, man väljer inte när och var man blir sjuk, man väljer inte var och när man råkar ut för en olycka.

De som kan välja vård är liksom på 1800-talet de mycket rika och de som är minst sjuka, nämligen de som kan tala för sig, som kan planera när de vill ha sin behandling eller operation, som har tillräckliga kunskaper om olika behandlingsmetoder och vårdformer. Ett exempel är den blivande mamman som har råd att åka runt och inspektera olika BB:n innan hon bestämmer sig för var hon vill föda sitt barn. Det är lätt att inse att denna valfrihet är mycket exklusiv i ett internationellt perspektiv och i människans historia. Å andra sidan, om mamman plötsligt blir akut sjuk, är jag säker på att hon är glad för att närmaste sjukhus har öppet dygnet runt och kan ge omedelbar hjälp.

Den omoraliska valfriheten innebär att man inte låtsas om de stora grupper av människor som inte kan välja: de akut sjuka, de gamla med hjärnskador, de små barnen, de mentalt retarderade, de psykiskt sjuka; och de är många! 90 procent av patienterna som läggs in på medicinkliniken på Enköpings lasarett kommer in med ambulans och via akutmottagningen. De vill inte välja sjukhus; de vill ha en dygnet-runt-öppen akutmottagning och ett kompetent och snabbt omhändertagande. Och detta är också förutsättningen för ett bra vårdresultat!

Om politiska och kliniska prioriteringar

Prioriteringar i vården försvåras och vårdkostnaderna fördyras genom att politiker, jurister och för den delen också många superspecialister ofta gör det bästa till det godas fiende. Jag syftar t.ex. på lagar och avtal som reglerar arbetstiden in absurdum, signeringstvånget av journalerna, kraven på specialister på akutmottagningen nattetid, tillgång till extremt dyrbara intensivvårdsenheter, ett planekonomiskt förslag till husläkarreform. Längtan efter total trygghet leder lätt till dyr byråkrati.

Politikerna har mycket svårt att prioritera i sjukvården: de kan inte säga vilka patienter eller vilka grupper, som inte skall få vård. Däremot har man genom vårdgarantin prioriterat vissa kirurgiska behandlingar framför andra: vilka dessa andra behandlingar är, sägs dock inte ut!

Vi som arbetar i sjukvården måste prioritera hela tiden. Ett dilemma, som jag inte är säker på att politikerna är medvetna om, är bristen på vårdresurser å ena sidan och å andra sidan förväntningarna att man måste göra allt för alla patienter. Detta dilemma underhålls av bl.a. metodhandböcker, vårdprogram och ibland av Socialstyrelsens ansvarsnämnd! Många gånger har jag önskat att vi i stället för "allt för alla" kunde tänka i termer av "minsta effektiva dos", precis som vi gör när det gäller läkemedel.

För att kunna avstå från onödiga och dyrbara undersökningar och behandlingar måste vi känna patienten väl. När det gäller akut omhändertagande och vård i livets slutskede är det lättare att göra dessa prioriteringar på ett etiskt och värdigt sätt om man har mindre vårdenheter utan alltför superspecialiserad vård. Det betyder att jag är övertygad om att de mindre och medelstora akutsjukhusen har en framtid.

Varför dog dinosaurierna ut?

Dinosaurierna levde och utvecklades och blev större och större med alltmer egendomliga utskott så länge klimatet var varmt och det fanns gott om mat. Men en dag slog den stora meteoren ned och virvlade upp damm som förmörkade himlen, och det blev kallt. Tillgången på mat minskade drastiskt. Dinosaurierna klarade inte kylan och bristen på mat, men de små däggdjuren överlevde. De kunde anpassa sig till det sämre klimatet och utvecklades vidare.

Kan vi lära oss något av denna historia?

Del IV

Etik och prioriteringar i framtidens sjukvård

Skilj på politiska och medicinska prioriteringar!

Anders Milton

Läkarförbundets centralstyrelse beslöt i november 1990 att tillsätta en arbetsgrupp för att utarbeta ett dokument om prioriteringar i vården. Dokumentet ("Prioriteringar i hälso- och sjukvården – varför och hur?") föreligger nu. Här är ett sammandrag.

Inget utvecklat samhälle kommer undan avgöranden om hur begränsade resurser skall fördelas. Ett sätt att hantera resursproblem är att låta marknaden råda, d.v.s. utbud och efterfrågan får söka sig fram till en balans via prismekanismen. Ett annat sätt är att genom (central) planering söka fördela resurserna genom ransonering och prioritering.

I olika länders hälso- och sjukvård förekommer både marknadsmodeller, planeringsmodeller, och olika mellanformer. Förenta Staterna är ett exempel på ett system där de allra flesta själva får betala sin hälso- och sjukvård, antingen direkt eller genom en privat försäkring. Efterfrågan subventioneras emellertid för köpsvaga grupper (Medicare- och Medicaidprogrammen), och samhället ingriper också i prisbildningen (ersättning baserad på DRG).

I Europa bekostas vanligen hälso- och sjukvård genom allmän försäkring och/eller skatter. Patientens direkta kostnad för undersökning eller behandling är låg. Det innebär att begränsningar måste läggas på utbuds-

sidan genom att man ransonerar vården eller prioriterar bland patienterna. *Ransonering*, d.v.s. en tämligen jämn fördelning av tillgängliga resurser, är ett medel som kan användas när individernas behov är likartade och kan förutsägas med betydande säkerhet; livsmedelsransonering är ett typiskt exempel. Behovet av hälso- och sjukvård däremot varierar mycket och är svårt att förutsäga. I hälso- och sjukvården blir det därför fråga om *prioritering*, som innebär att vissa behov och individer ges företräde, medan andra behov kan tillgodoses först på lång sikt, eller kanske inte alls.

I Sverige är alla människor genom Hälso- och sjukvårdslagen tillförsäkrade en "god vård på lika villkor". Åtagandet är i princip obegränsat (även om lagens förarbeten gör allmänna reservationer), och efterfrågan på vård kan därför överstiga resurserna väsentligt. En bristande balans mellan efterfrågan och utbud måste i vårt system lösas genom politiska och medicinska prioriteringar.

Prioriteringar på olika nivåer

Beslut om prioriteringar i hälso- och sjukvården tas på flera olika nivåer. Man kan i Sverige urskilja åtminstone fem beslutsnivåer:

1) Beslut om resurstilldelningen till hälso- och sjukvården i jämförelse med andra samhällssektorer.
2) Beslut om resursfördelning mellan olika sektorer inom hälso- och sjukvården (förebyggande – botande, öppen vård – sluten vård, olika specialiteter).
3) Beslut om fördelning av resurser mellan patienter inom en sektor/specialitet.
4) Beslut om fördelning av resurserna mellan patienter med samma sjukdom.

5) Beslut om olika (mer eller mindre resurskrävande) diagnos- och behandlingsmetoder för samma patient.

De beslut som tas på de olika nivåerna har olika innehåll, och de kommer till på helt olika sätt. I Läkarförbundets dokument om prioriteringar finns en genomgång av hur prioriteringar görs i praktiken på de angivna beslutsnivåerna. Sammanfattningsvis visar genomgången av de olika prioriterings- och beslutsnivåerna på ett komplicerat samspel av många aktörer. På de högre nivåerna i systemet (nivå 1–2) dominerar beslut som tillkommit i politisk ordning, medan läkarbeslut är huvudregeln på de lägre nivåerna (nivå 3–5). Det är emellertid uppenbart att läkarnas bedömningar inverkar på de politiska prioriteringarna, och omvänt att politiska beslut kan gå mycket långt ned i vårdstrukturen. 1992 års vårdgaranti är ett belysande exempel på styrning av resurser till vissa patientgrupper tvärs över sektors- och specialitetsgränser, och även på riktlinjer för hur individer *inom* dessa grupper skall prioriteras på kliniknivån.

De grunder som används som indikatorer eller för att prioritera mellan patienter är både medicinska och sociala. Följande grunder nämns i de allmänna råd som utfärdats av Socialstyrelsen i samråd med medicinsk expertis:

- risk för död, allvarliga komplikationer (deformitet, malignitet)
- försämrad funktion, besvär som påverkar livsföringen, såsom
  - nedsatt arbetsförmåga
  - nedsatt rörlighet
  - nedsatt syn (förmåga att läsa, köra bil)
  - nedsatt hörsel (kommunikationsförmåga)
  - urinbesvär, inkontinens
  - smärta, värk, obehag

– minskad livskvalitet
- ökat hjälpbehov
- försvårad rehabilitering.

Dessa grunder ställs inte i någon rangordning, och det betonas att i det enskilda fallet är det alltid den behandlingsansvarige läkaren som gör en slutlig bedömning grundad på en helhetssyn på patientens behov.

Det kan noteras att faktorer som patientens ålder eller levnadsvanor inte i något fall förs fram som grund för prioritering i positiv eller negativ riktning.

Det finns alltså en klar tendens att staten strävar efter att – i samråd med medicinsk expertis – dokumentera och kodifiera en "riktig" behandlingspraxis. Gränsdragningen mellan politiska och kliniska prioriteringar blir därigenom svår att urskilja.

Försök med prioriteringsmodeller

Professor Maynard har i sitt kapitel diskuterat Oregonmodellen. Jag skall komplettera med korta beskrivningar av vad vi kan kalla Norgemodellen och Falumodellen.

Norgemodellen

I Norge lade en statlig utredning fram ett förslag till en prioriteringsmodell år 1987 ("Retningslinjer for prioriteringar inom helsetjensten" – NOU:1987:23). Syftet var att bestämma innehållet i en nödvändig hälso- och sjukvård, en miniminivå för hela befolkningen. Modellen arbetar med fem nivåer enligt följande:

1. *Första prioritet*. Resurser som om de saknades skulle ha omedelbart livshotande konsekvenser för en-

skilda, patientgrupper eller samhället som helhet. Exempel:

- Akut psykiatri
- Akut kirurgi
- Vård av nyfödda (t.ex. intensivvård och insatser för att rätta till allvarliga medfödda skador)
- Akut internmedicin (t.ex. allvarliga cirkulations- eller andningsbesvär, diabeteskoma)
- Förebyggande vård och beredskap mot allvarliga smittsamma sjukdomar (t.ex. aids)
- Katastrofberedskap.

2. *Andra prioritet*. Resurser som om de saknades skulle få katastrofala eller mycket allvarliga konsekvenser på längre sikt. Exempel:
   - Diagnostiska och behandlande resurser som riktar sig mot personer med allvarliga och kroniska psykiska eller fysiska sjukdomar (t.ex. cancer, hjärtsvikt, psykoser, allvarliga neuroser, diabetes, reumatiska eller ortopediska sjukdomar, kroniska sjukdomar i nervsystemet, allvarliga syn- eller hörselsjukdomar)
   - Resurser för vård och omvårdnad för patienter med stora kroniska vårdbehov, t.ex. hela "äldreomsorgskedjan"
   - Vårdresurser speciellt riktade mot vissa grupper som är allvarligt funktionshämmade
   - Delar av den förebyggande vården (t.ex. mödra- och barnavård, preventivmedelsrådgivning, genetisk vägledning, screening av högriskgrupper, syn- och hörseltester inom skolhälsovården).

3. *Tredje prioritet*. Resurser med dokumenterad nyttoeffekt vilka om de saknades skulle ge klart oönskade konsekvenser – även om de inte skulle vara lika allvarliga som i de två föregående prioriteringsklasserna. Exempel:
   - Diagnostiska och behandlande resurser för pati-

enter med mindre akuta och kroniska hälsoproblem (t.ex. patienter med förhöjt blodtryck, de vanligaste barnsjukdomarna, okomplicerade bråck, åderbråck, mindre psykiska besvär)
- Delar av den förebyggande vården (t.ex. den yrkesmedicinska delen av företagshälsovården, screening av grupper med begränsad sjukdomsrisk, hälsoupplysning som grund för egenvård).

4. *Fjärde prioritet.* Efterfrågade resurser med hälso- och livskvalitetsbefrämjande effekt, men skadorna blir mindre omfattande om resurserna saknas än vid tidigare prioriterade områden. Exempel:
   - Undersökningar och kontroll med högteknologiska metoder med oklart eller svagt dokumenterad nyttoeffekt, (t.ex. rutinmässiga ultraljudundersökningar under graviditeten)
   - Sjukgymnastisk behandling som inte har dokumenterad effekt på allvarliga och invalidiserande sjukdomar.

5. *Noll prioritet.* Efterfrågade resurser som varken är nödvändiga eller har klart dokumenterade nyttoeffekter. Exempel:
   - Undersökningar med högteknologisk utrustning utan känd nyttoeffekt
   - Ny kostnadskrävande undersökning och behandling utan dokumenterad bättre effekt än redan existerande metoder
   - Rutinmässigt bruk av laboratorieundersökningar på svag indikation
   - Delar av skolhälsovården, t.ex. vägning och mätning
   - Specialresurser för tävlingsidrottare
   - Personalläkardelen inom företagshälsovården
   - Rutinmässiga hälsokontroller av friska individer utan förhöjd risk.

En huvudtanke bakom denna lista är att *offentliga* resurser inte skall satsas på de två lägsta nivåerna innan de tre översta nivåerna är tillfredsställande utbyggda i hela landet. Idag anses nivåerna ett och tre ha en acceptabel utbyggnad, medan nivå två släpar efter.

Modellen är främst avsedd att användas för planering på riksnivå. Den förutsätter att det finns en central resursfördelning, så att man inte genom lokala beslut bygger ut de lägst prioriterade nivåerna i områden med hög skattekraft, medan fattigare delar av landet fortfarande har problem med de högst prioriterade nivåerna.

Det kan diskuteras i vilken mån som prioriteringsmodellen kan användas på vårdenhetsnivå. Det framgår av exemplen att verksamheter med olika prioriteringsgrad mycket väl kan förekomma vid samma enhet, t.ex. en invärtesmedicinsk klinik där man behandlar akuta cirkulationsbesvär (1), diabetes (2), högt blodtryck (3), eller en kirurgklinik med akutverksamhet, reumakirurgi och åderbråcksoperationer.

Falumodellen

I Sverige presenterade en grupp från Falu lasarett år 1990 ett arbete som syftade till att ge underlag för överväganden om prioriteringar och omdisponeringar av resurser. Falumodellen är ett system för att beskriva och klassificera den medicinska verksamheten i termer som möjliggör diskussion mellan läkare, administratörer, politiker och allmänhet.

Övergripande konstateras att vårdenheterna måste fullfölja åtaganden enligt lagar och avtal, och att vårdinsatserna skall ske på rätt vårdnivå. Med rätt vårdnivå menas att patienterna skall få sin behandling där den kan utföras med ett resultat som i vid mening tillfredsställer såväl patienten som den professionella bedömningen och de ekonomiska förutsättningarna. Utöver

detta var utgångspunkten att rangordna insatserna på grundval av medicinska bedömningar av hur angelägen en behandling är i relation till patientens kroppsliga, själsliga och sociala tillstånd. Sju huvudgrupper definierades:

1) Akuta sjukdomstillstånd som kräver *omedelbart* ingripande.
2) Sjukdomstillstånd som kräver handläggning *inom en vecka* och där utredning/behandling krävs för att förhindra eller utesluta allvarlig försämring, bestående svår invaliditet eller död.
3) Sjukdomstillstånd, eller misstanke på allvarligt sjukdomstillstånd, där utredning/behandling krävs *inom två månader* för att förhindra eller utesluta försämring.
4) Sjukdomstillstånd, där utredning/behandling *motverkar hjälpkrävande handikapp* eller återställer/förbättrar bristande ADL-funktion (förmåga att klara vardagsbestyr).
5) Sjukdomstillstånd där utredning/behandling kan *förbättra förmågan till förvärvsarbete* hos individ och familj samt sjukdomstillstånd hos övriga med hotande nedsättning av ADL-funktion.
6) Sjukdomstillstånd där *risk ej föreligger för sekundär skada* eller handikapp, men där utredning/behandling kan leda till väsentligt högre livskvalitet.
7) Sjukdomstillstånd med *subjektiva besvär* eller funktionsnedsättning av sådan grad att normal eller nära normal livsföring inte är väsentligt störd, eller där önskemål om utredning/behandling på medicinskt inadekvat "hög nivå" föreligger.

Den grupp som utarbetade denna rangordning fann det svårt att gradera förebyggande åtgärder i förhållande till de kurativa insatserna. Den gjorde i stället ett allmänt uttalande enligt följande:

"Vid prioritering av förebyggande verksamhet i relation till utredning och behandling av sjukdomstillstånd enligt grupperna I–VII föreslås att ett konsekvens-etiskt synsätt utgör prioriteringsgrund. Detta innebär att analys av konsekvenser på såväl kort som lång sikt för individerna i närliggande grupper görs och att även hälsoekonomisk beräkning utförs."

Dessutom föreslog gruppen att man skall ta hänsyn till om den förebyggande åtgärden är väl dokumenterad, om det är realistiskt att genomföra den, samt om eventuella risker för negativa biverkningar har uppmärksammats.

Falumodellen är avsedd för fördelning av resurser på landstingsnivå mellan olika vårdenheter. I likhet med den norska modellen prioriterar den livshotande sjukdomar men tar också hänsyn till andra faktorer.

Sammanfattning

Arbetet med modellerna har den uttalade ambitionen att göra dolda prioriteringar synliga och stimulera diskussion både mellan politiker och hälso- och sjukvårdens personal och mellan dessa grupper och allmänheten.

De kriterier som används i Norgemodellen och Falumodellen är delvis av samma slag. Oregonmodellen skiljer sig från de andra modellerna genom sitt starka betonande av terapins förväntade nytta i förhållande till insatta resurser. Beträffande den svenska vårdgarantin är det intressant att notera att den huvudsakligen omfattar sjukdomar/handikapp som inte har fått hög prioritet i vare sig Norge- eller Falumodellen.

De kriterier som används i alla modellerna kan schematiskt indelas i tre grupper, nämligen

- sådana som utgår från utredningen/behandlingen,

t.ex. väl dokumenterad metod, god och långvarig effekt, små biverkningar
- sådana som anknyter till patientens situation, t.ex. överlevnad, förbättrad funktion (medicinskt och socialt), högre livskvalitet
- sådana som baseras på en mer allmän samhällsnytta, t.ex. återställd arbetsförmåga, minskat hjälpbehov, rimliga kostnader, inbesparande av framtida kostnader för medicinsk vård eller social hjälp, rättviseaspekter.

Den första gruppen av kriterier kan bäst bedömas av läkare. Den andra gruppen bedöms av patient och läkare i samråd. Samhällsnytta i allmänhet är någonting som politiker har mandat av väljarna att bedöma.

Etiska överväganden

Prioriteringar görs alltid på grundval av uttalade eller outtalade värderingar. Etik är läran om inställningar eller värderingar bakom det som blir till handlingar. Etik kan också definieras som att systematiskt bearbeta och medvetandegöra de grundläggande principer, normer och värden som ingår i moralen. Självklart måste prioriteringar i vården göras i ett etiskt perspektiv.

I västvärlden finns fyra välkända och accepterade etiska principer, som kan komma ifråga som verktyg i prioriteringsprocessen. De är:

- autonomiprincipen: rätten att bestämma över sig själv
- godhetsprincipen: att göra gott, t.ex. minska lidande
- lidandeprincipen: att inte orsaka lidande
- rättviseprincipen: lika bör behandlas lika.

Autonomiprincipen innebär att patienten skall ha rätt att

bestämma över sig själv, och därmed också kunna säga nej till viss behandling. Detta kan medföra att läkaren ibland kan tvingas att handla mot vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett exempel är att en operation kan behöva utföras utan nödvändig blodtransfusion på grund av att patienten av religiösa skäl inte accepterar blodtransfusion.

Autonomiprincipen ger dock läkaren föga ledning för en "aktiv" prioritering. Om patienten säger nej till behandling, kommer ju inga resurser att tas i anspråk. Patientens självbestämmande sträcker sig inte så långt att patienten har rätt att välja mellan olika behandlingsalternativ, oavsett kostnad.

Godhets- och lidandeprinciperna kan illustreras med ett exempel. Antag att tillgänglig erfarenhet och statistik visar att nio av tio individer med en viss skada dör, även om man genomför en mycket kostnadskrävande akut operation. Den behandlande läkaren kan alltså räkna med att han gör en av tio patienter gott men orsakar nio av tio patienter ökat lidande, och kanske en ovärdig död. Till detta kommer att den operativa åtgärden tar resurser från andra operationsprogram, vilket medför risk för att andra patienter orsakas ökat lidande. Godhets- och lidandeprinciperna skulle sålunda i det relaterade fallet tala för att man inte gör operation.

Oregonmodellen följer principen att maximera "godheten" och minimera lidandet, när man lågprioriterar kostsamma ingrepp som inte väntas ge patienten högre livskvalitet. Det är mera oklart hur Norge- och Falumodellerna med sin betoning av ingripanden mot livshotande tillstånd ställer sig till godhets- och lidandeprinciperna.

Rättviseprincipen innebär att lika bör behandlas lika. Denna princip ligger till grund för Hälso- och sjukvårdslagens stadgande om en vård på lika villkor för hela befolkningen, men tolkningen är inte helt oom-

stridd i konkreta fall. Det har bl.a. diskuterats om det är oetiskt att låta försäkringskassorna använda sina medel för att tillförsäkra personer i arbetsför ålder operationer eller annan rehabiliterande behandling. Motståndarna har hävdat att en sådan särskild finansiering skulle kunna ge patienter i arbetsför ålder snabbare behandling än ungdomar och pensionärer. Behandling av aktiva idrottsmän är ett annat omdebatterat exempel. Frågan är vad "lika" patientfall egentligen innebär. Riktlinjerna för vårdgarantin säger exempelvis att patientens sociala situation bör vägas in i en helhetsbedömning; sociala faktorer kan således göra två medicinskt lika fall olika.

Ytterligare en princip som diskuterats mycket är *nyttoprincipen*. I Oregonmodellen spelar nyttan en väsentlig roll i prioriteringen. Här har man uppenbarligen patientens nytta för ögonen, men nyttan kan också definieras ur samhällets synvinkel. Ett sådant nyttobegrepp spelar stor roll i överväganden om satsningar på förebyggande vård (man hoppas t.ex. att kunna minska samhällets vårdkostnader), och kan också innebära att personer i arbetsför ålder får förtur till kurativa insatser.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att de etiska principerna inte ger några enkla handlingsregler i den konkreta prioriteringssituationen. Detta är heller inte deras uppgift, utan de är avsedda att vara ett verktyg för att strukturera överväganden i valsituationer. Även om etiska överväganden naturligtvis skall göras på alla nivåer har de sin största betydelse som ledning för läkaren i den kliniska situationen.

Att de etiska principerna inte ger några enkla handlingsregler understryks ytterligare av att de i vissa fall kommer i konflikt med varandra. Till exempel kan godhetsprincipen och lidandeprincipen i vissa situationer vara oförenliga. Man kan genom att göra gott för en pa-

tient förorsaka lidande hos andra patienter.

Den etiska diskussion som utifrån de angivna principerna har förts i landet och inom läkarkåren har dock lett fram till vissa grundläggande medicinskt etiska ställningstaganden.

Det utifrån medicinsk etisk synvinkel viktigaste är att handla på grundval av kunskap. Saknar läkaren kunskaper eller erfarenhet inom ett område är han/hon skyldig att konsultera andra som har sådan kunskap eller erfarenhet. Beslut som inte grundas på kunskap kan leda till onödiga, resursförbrukande utredningar som ofta utsätter patienten för obehag eller t.o.m. risker *(lidandeprincipen)*.

Det är också viktigt att utredningar och behandlingar inte endast görs "för säkerhets skull". Beslut om utredningar och behandlingar skall fattas på kompetent nivå. Så kallad "defensiv medicin" är resurskrävande och oftast oetisk. Läkaren bör inte heller använda resurser enbart för att tillfredsställa patientens önskemål. Överbehandling och överdiagnostisering är oetisk *(nyttoprincipen, godhets- och lidandeprinciperna)*.

Det är oförenligt med medicinsk etik att inte ta ansvar också för de patienter som står på väntelista. Av detta följer att man av etiska skäl måste ta hänsyn till resurser och ekonomi vid behandling av enskild patient *(rättviseprincipen)*.

Avbrytande av behandling i situationer där fortsatt behandling förlänger lidandet och bara marginellt förlänger överlevnaden diskuteras idag i hela världen. Läkare har alltid arbetat efter principen att inte orsaka onödigt lidande men samtidigt varit bundna till läkarregeln att bevara liv. Även i dessa sammanhang måste man beakta att man sparar resurser genom att inte använda intensivvårdsbehandling där denna inte är meningsfull. Det är således etiskt riktigt att inte påbörja meningslös behandling, och att avbryta behandling,

när man inser att den inte längre är meningsfull *(godhets- och lidandeprinciperna)*.

Det är oetiskt att använda sådana faktorer som ålder eller livsstil som grund för prioriteringar. Utredning och behandling måste alltid grundas på omständigheterna i det enskilda fallet *(godhets- och rättviseprinciperna)*.

Prioriteringar i ett budget- eller beställarstyrt system

I Sverige tas inte något centralt beslut som avgör *hälso- och sjukvårdens prioritet i förhållande till andra samhällssektorer* räknad som andel av bruttonationalprodukten (eller bruttonationalinkomsten). Det är heller inte möjligt att i förväg med någon exakthet beräkna utfallet, eftersom det beror på kostnadsutvecklingen i olika samhällssektorer. De beräkningstekniska bristerna skulle emellertid inte hindra att man fastställde hälso- och sjukvårdens andel av de offentliga resurserna som en ambitionsnivå.

Ett procentmål för hälso- och sjukvården förutsätter att verksamheten finansieras över statsbudgeten och antingen fördelas på landsting och kommuner (jfr England) eller kanaliseras via en allmän sjukvårdsförsäkring. Landstingens beskattningsrätt för sjukvårdsändamål skulle därvid upphöra. Beslut om hälso- och sjukvårdens prioritering skulle i ett sådant system ligga på regering och riksdag och föras upp till debatt i rikspolitiken.

Det är emellertid tveksamt om det är meningsfullt att ställa upp ett procentmål för hälso- och sjukvården. Behovet av hälso- och sjukvård blir inte mindre i en konjunkturnedgång med stagnerande eller minskande

BNP – snarare tvärtom. Omvänt bör en stigande BNP med ökade genomsnittsinkomster ge medborgarna större möjligheter att komplettera det offentliga försäkringsskyddet med egna försäkringar eller direkt betalning av hälso- och sjukvårdstjänster. Övervägande skäl talar alltså för att beslut om hur hälso- och sjukvården skall prioriteras i förhållande till andra samhällssektorer inte skall baseras på automatik utan skall tas i sedvanlig demokratisk ordning, antingen centralt eller decentraliserat.

Beslut om fördelning av resurser mellan olika sektorer av hälso- och sjukvården har traditionellt gjorts på landstingsnivå, i större eller mindre överensstämmelse med allmänna riktlinjer från regering och riksdag. Sektorerna har oftast överensstämt med medicinska verksamhetsområden. Som tidigare nämnts är det primärvård, psykiatri och långtidssjukvård som har fått prioritet.

När man prioriterar en sektor som samtidigt är en medicinsk specialitet är det oundvikligt att prioriteringen kommer att omfatta både allvarliga och mindre allvarliga fall. (Med "allvarlig" förstås här att insatser för att rädda liv eller hälsa behöver ske snabbt eller att sjukdomen inkräktar starkt på en normal livsföring.) Detta är säkerligen en av förklaringarna till att sektorsprioritering har haft svårt att slå igenom i praktiken.

Gemensamt för de prioriteringsmodeller som har utarbetats under senare år är att de skär tvärs igenom sektors- och specialitetsgränser och – vilket är mycket viktigt – syftar till att finna en gemensam graderingsskala för olika specialiteter. Tanken är att en specialitet inte skall kunna tillgodose både angelägna och mindre angelägna behov, samtidigt som en annan specialitet endast får resurser att ta hand om de mest akuta fallen. Prioriteringarna avser i stället sjukdomstillstånd, patientgrupper eller utredningar/behandlingar.

Ett undantag är den svenska vårdgarantin, som inte

primärt utgår från hur allvarliga sjukdomstillstånden är, utan hur långa köerna är till vissa behandlingar. Att det över huvud taget har uppstått köer kan åtminstone delvis förklaras med att mer brådskande fall regelmässigt prioriteras högre i den kliniska vardagen. Genom vårdgarantin får istället allmänhetens efterfrågan (manifesterad i besvärande väntetider) i högre grad styra prioriteringarna än medicinska bedömningar.

Under alla omständigheter förefaller det som om sektors- eller specialitetsprioritering håller på att försvinna som egen nivå. Ett undantag är husläkarsystemet, som – om det genomförs – blir en prioritering av samma slag som den tidigare primärvårdsprioriteringen. Här är det snarare fråga om en allmänpolitisk prioritering av faktorer som rättvis tillgång till en egen läkare, tillgänglighet, kontinuitet och eventuella rationaliseringsvinster än en medicinsk prioritering.

Varken i Oregonlistan eller i Norgemodellen förekommer några riktlinjer för hur behandlande läkare skall prioritera mellan patienter med samma sjukdom eller mellan olika behandlingar för samma sjukdom. I Falumodellen framgår det att behandlande läkare skall prioritera mot bakgrund av patientens sociala situation, förväntad nytta i form av förbättrad livskvalitet m.m. Vårdgarantin listar sådana sociala faktorer men betonar samtidigt att det i det enskilda fallet är behandlande läkare som avgör om en patient skall omfattas av vårdgarantin och likaså rangordningen mellan patienter med samma sjukdom/handikapp.

Dessa ställningstaganden är naturliga. Det finns ingen möjlighet att ge detaljerade regler för den typ av prioriteringar som det här är fråga om. Man måste överlämna åt behandlande läkare att fatta beslut i det enskilda fallet med hänsynstagande till etiska, medicinska och sociala överväganden. Faktorer som kön, ålder eller livsstil skall därvid inte påverka prioriteringarna.

Självfallet hindrar inte detta ställningstagande att man följer upp och jämför olika vårdenheters undersöknings- och behandlingspraxis. Erfarenheten visar att sammanställningar av behandlingspraxis som återförs till vårdenheterna snabbt ger utslag i form av en mer enhetlig och harmoniserad praxis.

De slutsatser som kan dras av den förda diskussionen är

att en nationell prioritering i form av ett procentmål för hälso- och sjukvården inte är meningsfull

att en prioritering av hela sektorer i form av medicinska specialiteter i regel är ett alltför trubbigt instrument

att prioriteringar i stället bör uttryckas i form av sjukdomstillstånd, patientgrupper eller utredningar/behandlingar

att det är angeläget att finna en graderingsskala så att olika patientgruppers behov kan vägas mot varandra oberoende av specialitetsgränser eller sjukvårdsorganisation

att en sådan skala bör utarbetas i samråd mellan politiker, läkare och allmänhet med utgångspunkt från den medicinska angelägenhetsgraden

att prioriteringsbeslut som gäller val mellan enskilda patienter med samma sjukdom/handikapp eller mellan olika behandlingsalternativ inte kan bindas av generella, politiskt fastställda, riktlinjer utan måste grundas på medicinska, etiska och sociala bedömningar i det enskilda fallet.

Prioriteringar i ett försäkringsfinansierat system

I ett system med en allmän statlig sjukvårdsförsäkring som finansieras solidariskt skattevägen måste staten bestämma en kostnadsram. Inom denna ram kan sedan patienternas samlade efterfrågan styra utbudet av vård från olika sektorer.

Till skillnad från budgetsystemet, där begränsningar läggs på utbudssidan, måste begränsningarna i ett försäkringssystem läggas på efterfrågesidan. Därvid måste man först ta ställning till vad som över huvud taget täcks av försäkringen – helt eller delvis – och därefter bestämma vilka förutsättningar som skall vara uppfyllda för att ersättning skall utbetalas.

Avvägningen mellan försäkringsersättning och patientens egen avgift måste vila på en prioritering av olika utredningars och behandlingars angelägenhetsgrad. Förutsättningarna som skall vara uppfyllda i det enskilda fallet uttrycker också en prioritering mellan patienter med mer eller mindre allvarliga besvär. Prioriteringsbesluten i ett försäkringsfinansierat system är således, av naturliga skäl, av samma karaktär som i ett budgetstyrt. Skillnaden är att prioriteringsgrunderna måste redovisas mycket klart eftersom de ligger till grund för ersättning till vårdgivarna. Decentraliserade prioriteringsbeslut "lyfts upp" och redovisas på nationell nivå i försäkringsorganets riktlinjer och taxebestämmelser.

Ett försäkringssystem bör arbeta med olika ersättningsmodeller beroende på att hälso- och sjukvården inte är ett enhetligt system utan en mångfald av skiftande verksamheter.

Ett *husläkarsystem* med en politiskt fastställd läkartäthet (t.ex. en läkare per 2 000 invånare) utgör i sig en nationell prioritering. Någon ytterligare prioritering av vissa patientgrupper *inom* husläkarsektorn torde inte

vara nödvändig. Husläkaren, som (bortsett från besöksavgifter och eventuell taxeersättning) får en fast ersättning per patient oavsett antalet patientbesök, kommer visserligen att ställas inför vissa prioriteringsproblem på samma sätt som i ett budgetstyrt system; den fasta årsersättningen fungerar ju som en budgetram. Med ett rimligt antal invånare på listan bör dock prioriteringsproblematiken kunna bli hanterlig. Det är naturligt att sjukdomar som är allvarliga och som kräver snabba insatser måste ges företräde.

Både den *öppna specialistvården* och den *elektiva somatiska slutenvården* bör få en diagnosrelaterad ersättning. Gränsen mellan de båda områdena är flytande i och med att allt fler undersökningar och behandlingar kan göras i öppen vård.

Eftersom det i dessa sektorer finns betydande utrymme för en subjektiv bedömning från både patientens och behandlande läkares sida, uppstår en risk för överkonsumtion, om all elektiv vård automatiskt ersätts av en allmän försäkring. Man måste därför acceptera begränsningar i utnyttjandet av försäkringen. Prioriteringar måste göras av försäkringsgivaren i samråd med den medicinska professionen. Det gäller dels ställningstaganden till vad försäkringen skall täcka (skall t.ex. kosmetiska operationer ingå?, laserbehandling av hornhinnan mot närsynthet?), dels bedömningar av vilka vårdindikationer som skall vara uppfyllda i det enskilda fallet (skall just denna patient få en höftleds- eller ögonlinsoperation?).

En konsekvens av prioriteringarna kan vara differentierade patientavgifter, d.v.s högt prioriterade åtgärder betalas helt av försäkringen, medan patienten själv får betala en större eller mindre andel av lägre prioriterade utredningar och behandlingar.

För vårdgivaren minskar prioriteringsproblemen. Ökad patienttillströmning ger vårdgivaren större in-

täkter och därmed möjlighet att öka utbudet av tjänster.

Inom *akutvården* koncentreras sådana sjukdomstillstånd som enligt alla prioriteringsmodeller prioriteras högt. Som tidigare nämnts måste det finnas en gemensam syn tvärs över specialitetsgränserna på vilka sjukdomar eller patientgrupper som skall ha förtur.

Den somatiska akutvården föreslås arbeta med diagnosrelaterad ersättning utan kostnadstak eller utnyttjandebegränsningar. Det innebär att akutvården kommer att arbeta under i stort sett samma villkor som idag vad gäller prioriteringar. En viktig skillnad är dock, att när akutvården får ersättning i relation till arbetsbördan och inte enligt på förhand fastställd budget, finns det möjligheter för hårt belastade enheter att finansiera en utbyggnad av verksamheten för att möta efterfrågan. De prioriteringsproblem som uppstår gäller mellan patienter som är i behov av mer eller mindre snabba insatser. Detta är, som tidigare konstaterats, beslut som undandrar sig på förhand fastställda prioriteringar av politisk natur.

För *psykiatrin* och *äldrevården* har läkarförbundet tills vidare inte föreslagit någon generell övergång till försäkringsfinansiering. Det finns därför inte underlag för en mer utförlig diskussion om hur prioriteringar skulle kunna ske inom dessa båda sektorer i ett försäkringsfinansierat system. Vissa allmänna överväganden kan dock göras.

För *psykiatrins* del bör det övervägas om denna specialitet i sin helhet lämpligen skall utgöra ett prioriterat område. Övervägande skäl talar för att man även inom psykiatrin bör söka fastställa prioriteringar som är relaterade till sjukdomstillstånd och patientgrupper. Differentierade patientavgifter bör inte a priori vara uteslutna. Det kan noteras att det redan idag finns psykiatriska vårdformer som inte omfattas av offentlig finan-

siering, t.ex. vissa former av psykoterapi och missbrukarvård.

Även för *äldrevårdens* del bör frågan om sektorsprioritering ställas. I och med ÄDEL-reformen har en klarare gränsdragning gjorts mellan å ena sidan äldrevård som har akutkaraktär eller inriktning på rehabilitering och å den andra sjukhemsvården ("särskilt boende"). En övergripande prioritering av sjukhemsvården kan göras genom att statsmakterna anger en dimensioneringssiffra för antalet sjukhemsplatser eller en kostnadsram för äldrevården. Prioritering mellan olika patientgrupper som kan antas vara i behov av sjukhemsvård bör göras av läkare och distriktssköterska på grundval av en bedömning av vårdbehov. I ett försäkringssystem kan en sådan bedömning resultera i att patienten får en "vårdcheck", som kan användas hos valfri vårdgivare. Vårdcheckens belopp kan eventuellt variera med vårdbehovet, vilket innebär att patientens egenavgift också kommer att variera.

De slutsatser som kan dras av den förda diskussionen om en hälso- och sjukvård finansierad med en allmän försäkring är

att den nationella prioriteringen av hälso- och sjukvården blir klarare genom att finansieringen måste preciseras samlat

att en prioritering av hela sektorer i form av medicinska specialiteter även i detta system endast bör ske undantagsvis

att ett försäkringssystem måste baseras på redovisade ställningstaganden till både vad försäkringen skall täcka (helt eller delvis) och vilka indikationer som skall föreligga i det enskilda fallet

att dessa ställningstaganden/prioriteringar måste göras enligt en graderingsskala, så att olika patientgruppers behov kan vägas mot varandra oberoende av specialitetsgränser eller sjukvårdsorganisation

att prioriteringsbeslut som gäller val mellan enskilda patienter med samma sjukdom/handikapp eller mellan olika behandlingsalternativ inte kan regleras i försäkringsbestämmelserna utan måste grundas på medicinska, etiska och sociala bedömningar i det enskilda fallet.

Sammanfattningsvis behöver vi vid val av finansieringsform för sjukvården noga överväga vilka prioriteringsproblem som uppkommer i respektive system – och ta ställning till hur de skall hanteras.

Samsyn mellan alla ansvariga behövs!

Marika Nordström

Dagens vårdbehov, och i framtiden en ökande del, berör kroniska sjukdomstillstånd, handikapp, psykisk ohälsa och vård av äldre medborgare. Den vården kräver framför allt omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser som utförs av sjuksköterskor, sjukgymnaster, undersköterskor m.fl. Den beskrivningen lär inte ifrågasättas. Frågan är bara när den vården skall få samma uppmärksamhet som operationsköerna och beaktas lika seriöst när vi diskuterar hur hälso- och sjukvården skall organiseras och finansieras.

Den snabba teknologiska utvecklingen inom vården har fört med sig, och inbjuder till, att användas och prövas i fall där man tidigare avstod från medicinska insatser. De visar på nödvändigheten och behovet av att reflektera innan insatsen görs. En etisk bedömning måste till. Av de etiska principerna är det oftast godhetsprincipen som styr vårt handlande. Det viktigaste är då att reflektera *vem* det goda gagnar. Patienten, anhöriga, läkaren, sjuksköterskan, annan vårdpersonal, forskning eller någon annan?

Prioriteringar har alltid förekommit inom svensk sjukvård. Hur och på vilka grunder detta skett är inte alltid så uppenbart. Några gemensamma faktorer: yngre människor prioriteras framför äldre, svenskar framför utländska medborgare, män framför kvinnor. Det senare exemplifierades i ett symposium på 1992 års

Läkarstämma där en forskare visade att kvinnliga hjärtinfarktpatienter fick sämre behandling än manliga.

När enbart ekonomisk effektivitet tillåts styra över medicinska bedömningar och etiska värderingar, är det lätt hänt att behandlingar och undersökningar utförs för att mottagning eller klinik skall tjäna mera pengar. Av samma skäl leder sparsamheten hos en beställare till sanering av prover och undersökningar, som ibland kan vara befogad, men där också risken för kvalitetsförsämringar är uppenbar.

Verksamheten kan satsa på grupper som kan vara lönsamma eller konkurrenskraftiga. På ett regionsjukhus har idag regionens patienter större ekonomiskt värde än länets. Enligt intensivvårdssjuksköterskor har på vissa håll köp/säljsystemet inneburit att inneliggande patienten inte kommit till intensivvården lika snabbt som tidigare. Respektive klinik väntar in i det längsta för att minska sin egen kostnad. Detta drabbar patienterna negativt. Prognosen blir sämre, vårdtiden längre och mer resurskrävande. På mindre sjukhus väntar man längre med att remittera patienter till sjukhus med högre vårdnivå med samma förödande konsekvenser.

Ett annat exempel: Barnmorskor framhåller att med DRG-systemet prissätts förebyggande åtgärder lågt, vilket går stick i stäv med de hälsopolitiska mål som satts upp för mödrahälsovård och förlossning. Normalförlossning prissätts på en klinik med 7 000 kronor, sugklockeförlossning med 11 000 kronor och kejsarsnitt med 24 000 kronor. Detta innebär att målet att undvika ingrepp så långt som möjligt ger liten ekonomisk "belöning". Det vore bättre med ett högre genomsnittspris, vilket skulle täcka in enstaka komplikationer.

Sjuksköterskor anser allmänt att de för närvarande har inga eller mycket små möjligheter att påverka övergripande prioriteringar. När det däremot gäller akuta

situationer på individnivå finns sjuksköterskan ofta i första ledet och måste då fatta prioriteringsbeslut – självständigt eller som team-medlem ihop med andra yrkeskategorier.

Uppföljning och utvärdering, både vad avser medicinska insatser och omvårdnad, görs alltför sällan. Det som man kallar för vetenskap och beprövad erfarenhet är oftast rutiner. SBU:s verksamhet i utvärderingen av olika behandlingsmetoder har varit epokgörande. Mycket av omvårdnadsforskningen handlar om utvärdering av omvårdnadsinsatser. Att det är oerhört väsentligt att utvärdera det man gör instämmer nog de flesta i; det största problemet är att återföra kunskaperna och integrera dem i det dagliga arbetet.

Kärnan i allt vårdarbete är relationen mellan vårdad och vårdare. Kvaliteten i mötet avgör vårdens effektivitet. Människors kritik av hälso- och sjukvården rör ofta brister i bemötandet, en dålig kvalitet i mötet. En vårdorganisation med individuell vård, som använder patientens egna resurser, skapar bättre förutsättningar för en effektiv vård. Bättre patientinformation ger en ökad kunskap till individen. Studier visar på resultat som kortare vårdtider och ett bättre hälsotillstånd vid utskrivningen.

Grunden för en lyckad medicinsk behandling är god omvårdnad, före, under och efter. I DRG-systemet blir läkarnas insatser prissatta. Omvårdnadens stora betydelse blir osynlig. Vården måste samordnas utifrån patientens villkor, inte specialisternas. Valfriheten i en vård där patientens individuella behov fokuseras, och gör honom/henne delaktig och medansvarig, har en mycket djupare innebörd än att välja var eller av vem jag skall köpa vård.

Många tror att mångfalden av producenter skall ge kvalitetsförbättringar. Samtidigt visar internationella erfarenheter att marknadsinspirerade lösningar innebär ökad konsumtion av vård. Systemet uppmuntrar

inte heller människor att ta ett ökat individuellt ansvar för sin hälsa. Utvecklingen i USA är ett av de tydligare exemplen på detta. Marknaden har bevisligen inte klarat uppgiften att ge god hälsa till rimlig kostnad.

I framtiden vore det önskvärt att patientansvarig läkare, sjuksköterska, kurator, präst och ibland även anhörig, i grupp diskuterade prioritering av åtgärder. Det är viktigt att alla i det vårdande laget är överens eller åtminstone informerade och införstådda. Det är inte minst viktigt när det gäller att kunna fungera som ett psykosocialt stöd för anhöriga. På sjukhusen måste etiska kommittéer inrättas, inte för att prioritera utan för att stödja klinikernas prioriteringar. Gruppen bör vara sammansatt av yrkesrepresentanter ur olika verksamhetsområden och med olika erfarenheter. Samtidigt är det viktigt att det blir tydligt för allmänheten hur prioriteringar sker. De måste vara kända för dem som erhåller vården.

Det allvarligaste felet i det pågående förändringsarbetet är budskapet att vi skall klara allt som människor efterfrågar bara vi gör rätt systemförändring.

Oavsett system kommer vi att ha en ekonomisk ram för verksamheten och att i det läget uppmuntra organisationsmodeller som leder till en efterfrågestyrd vård, framför en behovsrelaterad, är enligt mitt sätt att se felaktigt. Vår kunskap om vad som är möjligt att åstadkomma inom hälso- och sjukvården ökar stadigt, vilket i sin tur leder till att efterfrågan på vård stiger i samma takt. En efterfrågan på vård tar inte hänsyn till några kostnadsramar. Att låta efterfrågan styra innebär oundvikligen att svaga grupper drabbas. Möjligheten att själv få välja är inte heller lätt att hantera för människor som inte förmår att ifrågasätta professionella bedömningar eller som inte orkar eller vågar ta sin säng och gå.

Ansvariga inom vården, folkvalda och professionella företrädare måste arbeta fram en samsyn på vad som

är möjligt, värdera vad som är viktigt att erbjuda befolkningen inom en gemensamt finansierad vård. Vi får inte ge sken av oändliga möjligheter. Samhällets uppgift är att garantera alla människor en god och jämlik vård. Med all respekt för samhällsplanerare, ekonomer och andra intresserade tänkare tror jag att den mest angelägna åtgärden idag är att stödja individen att använda sin egen kraft för att hantera sina hälsoproblem. Jag är övertygad om att det skulle innebära en bättre vård och även ge god ekonomi.

Med bättre informationssystem blir prioriteringar lättare!

Olof Edhag

För att kunna prioritera måste man *se* sin verksamhet med den medvetne betraktarens ögon.

- Detta betyder att se resultaten av vården med analytiska ögon. (Hur skall jag minska komplikationsfrekvensen av ett visst ingrepp av en medicinsk behandling, hur reducera antalet respiratorfall per år för en viss diagnos o.s.v.?)
- Se verksamheten med patientens ögonpar. (Är patienten nöjd med behandlingen, bemötandet, informationen o.s.v.?)
- Ett annat ögonpar kan vara myndighetens/samhällets. (Hur har jag tagit del av epidemiologiska data av betydelse för befolkningen jag är ansvarig för, registerdata? Är min verksamhet lagenlig?)
- Ytterligare betraktare kan vara huvudmannens/beställarens. (Lever jag upp till mina åtaganden, till kontrakten – de skrivna och de oskrivna?)
- Slutligen kan jag granska min verksamhet genom vetenskapens/forskningens förstoringsglas. (Är vi på enheten med i utvecklingen, använder vi utvärderade metoder, där utvärdering gjorts?)

För att skapa en bild av vad betraktarna ovan sett, för att själv kunna prioritera inom den egna verksamheten men också göra det möjligt för dem som finansierar verksamheten att ransonera och prioritera behövs *redo-*

visningssystem, information om innehållet i och helst även effekten av den vård enheten bedriver.

Då verksamhetens företrädare fått bra, heltäckande redovisningssystem och dessutom *formulerat målen* för hela verksamheten, kommer enligt min mening prioriteringarna att mer eller mindre ge sig självt. Visst kommer det att finnas grändragningsproblem, svåra avvägningar, men det har det alltid funnits.

Professor Alan Maynard har sagt: "There are enormous variations in doctor practise – they cannot all be right". Det är förvånansvärt hur stora variationer som finns i den vård som bedrivs i de olika landstingen. Det är också påfallande stora variationer vad avser avsatta resurser för en viss verksamhet, för en verksamhet i relation till befolkningsunderlaget. Detta framgår när Socialstyrelsen bedriver aktiv uppföljning länsvis och därvid granskar sjukvården ur olika aspekter.

Med bra redovisningssystem och målformuleringar vet den för verksamheten ansvarige när det inte är medicinskt motiverat och inte heller ur patientens synvinkel önskvärt att fortsätta en medicinsk behandling då resurserna i stället skall läggas på omvårdnad, t.ex. för patienter i livets slutskede.

Svensk hälso- och sjukvård är just i färd med att på olika nivåer ta det viktiga steget att skaffa redovisningssystem, informationssystem. Men det är en bra bit kvar innan all vård fått heltäckande system. Då vi tagit hela det klivet har vi kommit en god bit längre på prioriteringens väg.

Med effektivisering, kloka prioriteringar och en sund ekonomi slipper vi ransonering!

Bo Könberg

Jag har ombetts att redogöra för regeringens syn på frågan om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Det är en fråga som regeringen kollektivt inte närmare diskuterat, varför jag skall nöja mig med att framföra ett mer personligt färgat inlägg.

Men först några ord om de två statliga utredningar som just nu arbetar med frågor som är intimt förknippade med bokens ämne. Den ena utredningen, HSU 2000, leds av statssekreteraren vid socialdepartementet Göran Rådö. Den behandlar frågan om framtidens organisation av sjukvården och för- och nackdelar med olika sätt att finansiera den. Utredningen utgår från tre huvudmodeller för vårdens finansiering, vilka alla bygger på en generell välfärdspolitik. Våren 1993 lägger en expertgrupp fram en rapport till utredningen där de olika modellerna analyseras. Utredningen skall lämna sitt slutbetänkande ett år senare. Den andra utredningen, under ordförandeskap av professor Jerzy Einhorn, skall definiera hälso- och sjukvårdens roll och ge underlag för prioriteringar. Utredningens kanske viktigaste uppgift är att ligga till grund för en bred diskussion i ämnet. Utredningen skall redovisa sitt resultat senast vid årsskiftet 1994/95.

Det finns en allmänt accepterad sanning om behovet av prioriteringar och eventuellt framtida ransonering av sjukvården. Den har av och till förts fram under decennier men brukar utan större självrannsakan ta sin utgångspunkt i den situation som råder då den uttalas. Enligt denna syn finns det ett antal faktorer som gör att vården med nödvändighet måste kosta mycket mer i framtiden:

- Antalet äldre ökar, och inte minst kommer gruppen "äldre äldre" – personer över 80 år – att öka.
- Nya sjukdomar kommer att nödvändiggöra omfattande och resursslukande insatser. Kostnader för att behandla och förebygga AIDS brukar vara skolexemplet.
- De teknologiska och behandlingsmässiga framstegen gör det möjligt att erbjuda ständigt nya behandlingar som allt fler patienter i allt högre åldrar kan ha nytta av – vilket förstås betyder ökade kostnader.

Samhällets avsättningar till vården kan inte hålla jämna steg med denna kostnadsexplosiva utveckling, brukar det sedan heta, varför det för varje år kommer att krävas allt hårdare prioriteringar och mer inslag av ransonering. Med ransonering menar man i dessa sammanhang att allt mer av det *vi kan göra* och som skulle vara till nytta för patienter kommer *vi inte att ha råd att göra,* åtminstone inte inom den offentligt finansierade vården. Möjligheter till effektiviseringar och höjningar av produktiviteten är goda och kan mildra situationen något, men räcker inte alls. Som slutkläm brukar denna insikts uttydare påpeka att det är bättre med öppna och redovisade prioriteringar än med dolda sådana, och däri kan man ju bara livligt instämma.

Som så mycken konventionell klokskap bär detta dystra scenario sannolikhetens prägel. De många – inte minst i den amerikanska debatten – som för fram teorin om den oundvikliga vårdransoneringen brukar enligt

min mening alltför sällan ifrågasättas. Förr högg man huvudet av budbäraren när nyheterna var dåliga, nu verkar reaktionen på dystra besked vara rakt den motsatta. Att förkunna tråkigheter är visdom, att för ett ögonblick rannsaka domedagsprofetiorna uppfattas ofta som lättsinne. Jag skall ändå göra ett försök.

Frågan här är alltså om det jag ovan beskrivit som den allmänt accepterade sanningen verkligen är sanning. Det är uppenbart att den *skulle* kunna vara sann. Och den *kan* förstås *bli* sann; jag vet ju inte om det i detta ögonblick i något laboratorium uppfinns någon behandling som skulle vara till nytta för massor av människor och som kostar astronomiska belopp att utföra. Men frågan är ändå: *Är den sann*?

Det är enligt min mening inte konstigt att ransoneringsdebatten är hetast i USA, där det för närvarande utkommer en bok i ämnet nästan varje vecka. 1980 kostade hälso- och sjukvården i USA och Sverige mest i världen, mätt som andel av BNP. USA och Sverige delade förstaplatsen genom att spendera omkring nio procent av de totala tillgångarna på sjukvård. Sedan dess har USA fortsatt sin kostnadsspiral; BNP-andelen som tas upp av sjukvårdstjänster ligger i år närmare 14 procent och stiger alltjämt. Detta trots att andelen personer över 65 år inte är högre än omkring 11 procent och det faktum att en sjättedel av amerikanerna står utanför systemet. I delstaten Oregon har politikerna ansett sig tvungna att göra en lista över förekommande behandlingar och prioritera dessa efter mekaniskt strikta principer som ålder, födelsevikt i gram etc.

Men i Sverige har vi lyckats med det som så få amerikanska sjukvårdsprofeter tror är möjligt. Sverige har i ett par decennier varit det land som haft störst andel av befolkningen i åldrarna över 65 år, för närvarande 18 procent, och förvärvsfrekvensen hos kvinnor – och hos män – är enastående hög. Men sedan 1980 har sjukvårdskostnaderna *minskat* till omkring åtta och en halv

procent av BNP. Nu ligger åtminstone fem andra industriländer före oss i kostnadsligan. Detta trots att vi hela tiden utvecklat vården, anställt fler personer av samtliga personalkategorier och under det senaste året kommit till rätta med vårdköer m.m. Vilken beprövad och värdefull teknologi står idag inte till medborgarnas förfogande? Det är uppenbart att den traditionella visdomen i alla fall inte behöver vara sann och hittills inte varit det!

Men hur blir det då i framtiden? Som sagt, det kan man aldrig vara säker på. Själv tror jag att det går att undvika vårdransonering, även om det kommer att kräva en hel del tuffa beslut. Den svenska utvecklingen sedan mitten av 80-talet är värdefull att belysa; med sunda strukturer, riktiga ekonomiska incitament, utbrett kostnadsmedvetande och ekonomisk tillväxt i samhällsekonomin kan man undvika att även en allt mer avancerad vårdapparat spränger sin procentandel av de totala samhällsresurserna.

Med detta menar jag inte att vi slipper diskutera prioriteringsfrågor, tvärtom. Vi behöver *prioritera*, såväl mellan sjukvård och annat som inom sjukvården. De *effektiviseringar* som är nödvändiga för att vi skall slippa *ransonera* är bl.a. dessa:

- Kostnadsbegränsningar beslutade på riksplanet, t.ex. referensprissystemet på läkemedel som infördes vid årsskiftet 1992/93 och som redan nu verkar uppfylla även högt ställda sparmål.
- Husläkare, d.v.s. en förstärkning av primärvården som en sjukvårdens första linje gentemot medborgarna. Vi har i husläkarsystemet stora möjligheter till både förbättringar av vårdinnehållet och chanser att tygla kostnaderna.
- Användande av ekonomiska styrmedel. Det senaste året har tydligt visat att marknadsmekanismer inom

den generella välfärden dramatiskt kan höja produktiviteten.

- Förändringar av innehållet i sjukhusvården. I takt med att primärvården byggs ut, att valfriheten ökar och förändringar sker i den medicinska teknologin, är min tro att trycket på akutsjukhusens platser minskar. Samtidigt ökar behoven av god vård och omsorg för de äldre.
- Utmönstring av gammal teknologi till förmån för ny och bättre. Inte sällan är nyare teknologi också billigare, exempelvis titthålskirurgi, njurstenskrossar etc. Spridning av ny teknologi måste kunna gå snabbt.

Sammanfattningsvis tycker jag mig alltså se att de som under decennier talat om den oundvikliga vårdransoneringen hittills har haft fel. Min tro är att om ingenting radikalt annorlunda händer inom medicinsk teknologi och/eller läkemedel, så kommer vi med effektiviseringar, kloka prioriteringar och en sund samhällsekonomi att klara att ge människor den sjukvård som de behöver utan att behöva tillgripa ransonering.

Författarpresentation

Göran Arvidsson är forskningsledare vid SNS och projektledare för SNS forskning om hälso- och sjukvården.

Daniel Callahan är chef för Hastings Center, New York, USA.

Cyril Chantler är rektor för United Medical and Dental Schools vid Guy's and St Thomas's Hospitals, London, England.

Olof Edhag är överdirektör vid Socialstyrelsen.

Anna Hedborg är landstingsdirektör i Landstinget Dalarna.

Kerstin Hulter Åsberg är cheföverläkare vid Enköpings lasarett.

Bengt Jönsson är professor i hälsoekonomi vid Handelshögskolan i Stockholm och vetenskapligt huvudansvarig för SNS forskning om hälso- och sjukvården.

Bo Könberg är biträdande socialminister.

Alan Maynard är chef för Centre for Health Economics vid universitetet i York, England.

Anders Milton är VD för Sveriges Läkarförbund.

Lennart Nordenfelt är professor i filosofi vid Linköpings universitet.

Marika Nordström är förste vice ordförande i SHSTF.

Jan-Otto Ottosson är professor em. i psykiatri vid Göteborgs universitet och sekreterare i den statliga prioriteringskommittén.

Jan Thorling är chefläkare vid Falu lasarett.

Lars Werkö är ordförande i Statens Beredning för Utvärdering av medicinsk metodik (SBU).

Prioritering i sjukvården – etik och ekonomi

De svåra frågorna om hur prioriteringar bör ske i sjukvården blir allt mer påträngande. Vilka etiska och ekonomiska hänsyn bör tas – och hur hänger de ihop? Hur bör man tänka och göra? Vilka erfarenheter finns?

I den här boken samlas svensk och internationell expertis. Professorerna *Daniel Callahan*, USA, *Cyril Chantler* och *Alan Maynard*, Storbritannien, behandlar i var sitt kapitel prioriterings- och ransoneringsproblem på olika nivåer, från den nationella ner till kliniker och enskilda vårdfall. De redovisar erfarenheter från andra länder och ger också förslag till lösningar.

En rad svenska experter kommenterar: *Olof Edhag*, *Anna Hedborg*, *Kerstin Hulter Åsberg*, *Bengt Jönsson*, *Bo Könberg*, *Anders Milton*, *Lennart Nordenfelt*, *Marika Nordström*, *Jan-Otto Ottosson* och *Jan Thorling*. Deras bidrag belyser erfarenheter av olika prioriterings-modeller och hur ansvaret bör delas mellan politiker, administratörer, läkare, sjuksköterskor och patienter.

Boken är klargörande och tankeväckande och bör läsas av alla som i någon roll påverkar eller berörs av prioriteringar i vården.

Red: *Göran Arvidsson*, *Bengt Jönsson* och *Lars Werkö*.

HANDELSHÖGSKOLAN I STOCKHOLM

SBU

SNS FORLAG

ISBN 91-7150-495-8

9 789171 504951