

Att vilja men inte kunna planera behovsbaserat eller att kunna men inte vilja?

Mats Granvik

Möjligheterna att använda så kallade hälsodata i en behovsbaserad planering har i litteraturen hittills nästan uteslutande diskuterats ur ett tekniskt (statistiskt-metodologiskt) perspektiv. I denna artikel anläggs ett maktteoretiskt perspektiv för att bredda diskussionen något.

Mats Granvik är 1:e sekreterare och ansvarig för en epidemiologisk funktion på planeringsavdelningen vid Kopparbergs läns landstings kansli i Falun.

Introduktion

I en artikel i tidskriften *Allmän Medicin* (1) tog jag kortfattat och summariskt upp utfallet av att arbeta med så kallade hälsodata och kommunprofiler. Jag pekade då på att hälsodata kommit till viss användning i verksamhetsanalyser och utvärderingar samt för att starta enskilda FoU-projekt, men att sådana data ännu inte kunnat användas för formulering av mål för verksamheten eller för resursfördelning inom Kopparbergs läns landsting. Denna slutsats tänker jag nu utveckla något ur perspektiv som sällan valts, maktteoretiska, för att belysa hur möjligheterna och hindren för en behovsbaserad planering utifrån hälsodata då ter sig. Det intryck som växer fram kan sammanfattas i den öppna frågan: Att vilja men inte kunna planera behovsbaserat eller att kunna men inte vilja?

I likhet med vad Erik Allander (2) i en debattartikel i *Läkartidningen* hävdar så är jag av den bestämda uppfattningen att hälsomålen kan och skall konkretiseras på ett sådant sätt att man kan se om de har uppnåtts. Jag är helt övertygad om att hälsodata och kommunprofiler behövs i detta arbete och i lands-

tingens behovsbaserade planering i övrigt. Mitt tvärsäkra instämmande när det gäller "kan" är dock inte förbehållslöst utan förutsätter en tolkning i statistiskt-metodologiska termer, vilket säkert är det som Allander åsyftar. Rent tekniskt måste detta kunna låta sig göras, även om vissa metodologiska brister framträder. Vid en vidare tolkning i psykologiska eller sociologiska innebörder är jag däremot hellre ordentligt osäker och tvivlande.

Det är emellertid flera källor som pekar på att det, i skrivande stund, våren 1986, närmast går "trögt" med användningen av hälsodata i planeringen och uppföljningen av hälso- och sjukvårdsverksamheterna runt om i landet (3, 4, 5, 6). Trots att professorer i socialmedicin och andra påstår att man både kan och skall konkretisera hälsomål så att man kan se om de uppnåtts etc. Och trots att vi faktiskt har beprövat tekniker för att räkna fram sjuk- och dödstal m.m.

Varför går det då så trögt med den behovsbaserade planeringen? Om vi bortser från ett antal, i och för sig motiverade, "utvecklingsprojekt" kring kommunprofiler, barnolycksfall, hjärt- och kärlsjukdomar m.m. så ser planeringen och planeringsdokumenten fortfarande ut precis som tidigare. Någon kanske menar att det behövs fler redovisningar av "lyckade" försök för att kunna komma igång. Jag tror mindre på detta, mer på att genast "kavla upp skjortärmarna" bland de planeringsansvariga i landstingen och nu skapa exempel runt om i landet. För att komma vidare på området och kunna kavla upp skjortärmarna anser jag det viktigaste är att ta tag i frågan: Varför har inte de hälsodata som tagits fram inneburit att det tidigare innehållet i planeringen av hälso- och sjukvården förändrats till sin karaktär mot en behovsbaserad sådan? Jag ämnar här belysa frågeställningen utifrån erfarenheter av några års arbete med samhällsmedicinska

projekt inom Kopparbergs läns landsting. De aspekter jag lägger på problemställningen tror jag kan vara relevanta för de flesta landsting. Det som ur ett erfarenhetsperspektiv börjar framstå som uppenbart är att hindren för en mer behovsbaserad planering inte i första hand är av statistiskt-metodologiskt slag, utan av sociologiskt, en fråga om makt och motmakt för att använda sig av Thomas Mathiesens begreppsapparat (7). I ljuset av makt och maktförhållandena inom landstingshierarkin är jag tveksam till att hälsodata (på kort sikt) kan komma till användning i större skala och på ett sätt som gör att den behovsbaserade planeringen i landstingen alla gånger blir värd namnet. Jag kommer att redogöra för skälen till detta.

Problemställningen

Sedan några år tillbaka är en av många förväntningar på landstingen att planeringen av de verksamheter som man ämnar bedriva skall ske utifrån befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Så kallade hälsodata har bedömts spela en viktig roll i detta sammanhang. Alla som aktivt är involverade i hälso- och sjukvårdsplanering känner utan vidare igen tankegångarna.

Flera exempel på att hälsodata har spelat *någon* roll för vad som kommit att utträttas i landstingen finns (4). Ofta har arbetet med sådana data inneburit att *diskussioner* förts kring förebyggande insatser mot ett eller annat "hälsoproblem" eller att något eller några "utvecklingsprojekt" startats. Dessa projekt synes ofta haft karaktären av "utanpåliggande" försöksverksamheter, ibland med anknytning till någon forskningsinstitution, än inplanerade i den ordinarie hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Men har det blivit så mycket mer *behovsbaserad planering* eller planering överhuvudtaget med de hälsodata och kommunprofiler som tagits fram?

Erfarenheterna från Kopparbergs läns landsting visar att så (ännu!) inte blivit fallet (1). Varför? Syftet med artikeln är främst att peka på några omständig-

.....
Hälsodata har inte inneburit att innehållet i planeringen av hälso- och sjukvården förändrats.
.....

.....
Hälsodata har givit incitament till att starta utvecklingsprojekt.
.....

heter som kan ha bidragit till utfallet. Inledningsvis penetreras utgångspunkterna för problemställningen för att tydliggöra denna något. Med detta berörs faktorer som kan ha gynnat uppkomsten av den rådande planeringssituationen. Senare läggs maktteoretiska aspekter på planeringsproblematiken, aspekter som kanske alltför sällan ventilerats i den numera rätt rika floran av dokument kring hälsodata. Den gängse bilden av möjligheterna med hälsodata skulle med detta perspektiv kunna nyanseras något. Om så blir fallet får varje läsare själv avgöra. Analysen bör kunna ligga till grund för en diskussion av möjligheter till fortsatt utveckling av en planering som inkluderar hälsodata.

Låt oss allra först granska problemställningen för att tydliggöra vad det egentligen är vi skall ge oss i kast med. Man kan säga att denna bygger på slutsatsen: De hälsodata som tagits fram har ännu inte inneburit att det tidigare innehållet i planeringen av hälso- och sjukvården förändrats till sin karaktär mot en behovsbaserad sådan! Denna slutsats bygger i sin tur på det diskutabla antagandet att vi alla är överens om vad hälsodata är, vad planering (hälso- och sjukvårdsplanering) hittills inneburit, vad som skall vara det eftersträvarsvärda i en behovsbaserad planering (med hälsodata) och hur man gått tillväga och lyckats i försöken att realisera den behovsbaserade planeringen. Även om många instämmer i den dragna slutsatsen, så lär detta dock ske mot bakgrund av mer eller mindre skiftande uppfattningar om de utpekade delarna i denna.

Hälsodata och planering

När det gäller hälsodata handlar det ju ändå rätt självklart om sådana data som speglar sjuklighet och dödlighet i befolkningen och data som belyser folkhälsans bestämningsfaktorer. Att definiera vad (sjukvårds)planering i landsting innefattat är däremot svårare. Kännetecknen som "produktions- eller utbudsorientering" torde vi i alla fall vara oreserverat överens om. Planeringen sker huvudsakligen i termer av produk-

.....
Hälsodata är data som speglar sjuklighet och dödlighet i befolkningen samt folkhälsans beståmningsfaktorer.
.....

tion och konsumtion," ... flera faktorer har betydelse när det gäller behovet av långvårdsplatser i framtiden. Det gäller att på olika sätt beakta kända och förväntade faktorer som kommer att påverka den faktiska konsumtionsbilden..." (3). Planering och planer hör intimt ihop, tex flerårsplanering och flerårsplaner. Hur detta kan uppfattas av en kommentar till Kopparbergs läns landstings flerårsplan för åren 1986–89: "Styrelsen är i och för sig införstådd med att flerårsplanen bara är en målsättning, ett dokument som bedömer och prioriterar behov och ambitioner".

Men ser vi alla verkligen på samma sätt på det här med planering och planeringens yttersta funktion? I enlighet med Aaron Wildavskys penetrering av begreppet (8) så skulle vi kunna se planering först och främst som "maktutövning". Men vi kan också tänka på planering som "att skapa framtiden", "att kontrollera framtiden", "mobilisering av resurser" eller "legitimering av intressen". Eller ska vi istället se planering som "anpassning och jämkning"? "Stegvist beslutsfattande (process)" och "rationalitet"? Eller är planering måhända först och främst att betraktas som enbart "målsättning" eller "förhoppning"? För den fortsatta framställningen väljes, som redan annonserats, det förstnämnda perspektivet för att se vilka tankegångar kring "hälsodata" som då kan utvecklas.

Vad som är eftersträfvansvärt i en behovsbaserad planering är nog också svårt att precisera, åtminstone i konkretare termer. Vad vi alla uppmärksammat från bland annat "HS-90-arbetet" (9) är att hälsodata, på ett allmänt plan, bör kunna ligga till grund för formulering av hälso- och vårdpolitiska mål, resursfördelning mellan olika verksamheter och geografiska områden och för utvärdering av de verksamheter som bedrivs. Sålunda: Hälsodata för målformulering, resursfördelning och utvärdering! "HS-90-arbetet" säger dock föga hur mera precisa kopplingar mellan exempelvis, specifika hälsodata och dithörande mål

låter sig göras. Budskapet är (blott) att sk hälsodata "kan" eller "bör kunna användas i planeringen".

SPRI-modell för en behovsbaserad planering

När det, till slut, gäller själva sättet att gå tillväga för att realisera en behovsbaserad planering har många valt att ta fram och diskutera så kallade kommunprofiler. Landstingen har här uppenbarligen arbetat likartat med, skulle det kunna påstås, endast små eller inga variationer alls på de modeller som föreslagits av SPRI i dokumenten "Hälsoproblem i ett landsting" (10) och "Planering för hälsa och vård" (11). Med dessa referenser torde alla ha rätt klart för sig vad tillvägagångssättet inneburit. Ändå kan nog både en och annan ställa sig frågande till de skisserade modellernas egentliga potential i planeringssammanhangen. Budskapet från SPRI är att enbart presentationen av lokala data leder till förändringar av hälso- och sjukvårdens innehåll: "Lokala data skapar engagemang och leder till förändring". Jovisst, men är det inte att göra det lite väl lätt för sig att slå sig till ro med ett sådant konstaterande? Det viktiga i en behovsbaserad planering är väl ändå inte att "förändring" kan (kunna) ske utan hur "förändringen" tar (tagit) sig i uttryck ur vissa på förhand givna relevanta aspekter, nämligen fastställda behov.

Måste inte en uppnådd "förändring" ovillkorligen kopplas till om huruvida denna inneburit en bättre "anpassning av verksamheten" etc till "befolkningens behov av hälso- och sjukvård" för att konstaterandet skall vara riktigt meningsfullt i det nu aktuella sammanhanget? En "förändring" som, exempelvis, innebär "en anpassning av verksamheten till den lägsta nivån i länet", måste naturligtvis inte alltid vara liktydigt med en bättre planering, en mer behovsbaserad planering (en bättre folkhälsa, en högre grad av behovstillfredsställelse etc). Det kan ju självfallet vara precis tvärtom! Det räcker alltså inte att endast "ta fram och presentera lokala data". Det gäller även att samtidigt i sammanhanget klargöra hur data inte bara skall tolkas utan också användas för att planeringen bäst skall svara mot befolkningens behov av hälso- och sjukvård. På den förra punkten, hur man tar fram data, är SPRI-modellerna klargörande och vägledande för de som eventuellt ännu inte har detta någorlunda klart för sig. På den senare, användningen av data,

på sin höjd intressanta, men utan vägledande potential.

Men förhåller det sig inte så att vad de som skall planera hälso- och sjukvård idag framför allt undrar över är just detta om hur det "egentligen" skall gå till att "översätta" kartläggningar och analyser av hälsosituationen till verksamhetsmål eller, framförallt, fördelning av resurser. Helt enkelt: Hur *planerar* man utifrån hälsodata och kommunprofiler?? Det kan vid en ytlig betraktelse tyckas närmast som om man i ovissheten påfallande passivt väntar på att något av en förlösande trollformel skall dimpa ner från ovan eller att "en konsult kommer och fixar det hela".

Stegvist och rationellt beslutsfattande

Påståendet att och svaret på frågan varför hälsodata ännu inte kommit till användning så att det tidigare innehållet i planeringen av hälso- och sjukvården förändrats till sin karaktär mot en behovsbaserad sådan beror alltså i hög grad på vilken betydelse som läggs i begreppen "planering" och "behovsbaserad planering" och hur man föreställer sig på vad sätt den senare typen av planering skall realiseras.

Låt oss för det fortsatta resonemanget för ett ögonblick förutsätta att hälso- och sjukvårdsplanering först och främst är en fråga om ett stegvist beslutsfattande, en process, och dessutom ett rationellt beslutsfattande. De SPRI-modeller jag tidigare hänvisat till, "schema för regionala analyser" och "planeringsunderlag — process — effekt" (11), kan sägas vara representativa exempel på den här synen på planering. För att ett (stegvist och rationellt) beslutsfattande skall kunna betecknas som behovsbaserat måste det — enligt SPRI — innehålla uppgifter om bland annat befolkning och samhällsförhållanden, levnadsvanor och hälsotillstånd, alltså bygga på "hälsodata". Låt oss också i SPRI-anda förutsätta att ett behovsbaserat beslutsfattande får vi till stånd genom att på det lokala planet analysera och diskutera de hälsodata och andra data (ekonomi, personal m m) som kan tas fram enligt ett visst systematiskt tillvägagångssätt, exempelvis det av SPRI förordade och redan beprövade.

Ett behovsbaserat beslutsfattande eller en behovsbaserad planering blir på det här beskrivna sättet en ganska så utpräglat teknisk historia. Hälsoproblemen och behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser i befolk-

ningen räknas på det stora hela taget fram efter en färdig mall precis lika "objektivt" och tekniskt som planerare tidigare räknat fram det antal skattekronor som behövs tas ut av befolkningen.

Precisering av problemställningen

Låt oss nu för att ytterligare förenkla den fortsatta framställningen och mot bakgrund av det framförda vinkla problemställningen enligt följande: Varför har data speglande dödligheten hos befolkningen (i Kopparbergs län) ännu (1986) inte på något sätt använts för att formulera mål eller utgjort grund för fördelning av resurser i den landstings- och direktionsovergripande planering som anger de verksamheter som skall bedrivas? För det förhåller sig i Dalalandstinget obestridligt så att inte en enda av de uppgifter över sjuklighet och dödlighet som tagits fram (ungefär på det sätt SPRI rekommenderat!) på något mer *konkret* sätt anammats av planeringsansvariga, varken på central eller lokal nivå. Detta trots att både intresse och engagemang på sina håll måste bedömas ha varit rätt stort under en längre tid, inte minst till följd av den mer eller mindre hedervärda uppmärksamhet lokalpressen då och då ägnat åt framför allt de inomregionala variationerna i självmord, lung- och bröstcancer och hjärt- och kärlsjukdomarna (hjärtinfarkterna). Dessa uppgifter (dödstal) har förvisso vid något tillfälle *citerats* i de centrala och lokala planeringsdokumenten, men aldrig *omsatts* i resursfördelningen eller ens till (explicita) mål för verksamheterna.

Socialstyrelsens skrift "Att förebygga ohälsa" (4) behandlade det aktuella läget över landstingens samhällsmedicinska och hälsopolitiska verksamheter. Vi kan notera att de flesta hälso- och sjukvårdshuvudmän i sitt planeringsarbete tagit till sig de allmänna mål som formulerats i den nya hälso- och sjukvårdslagen. Ett fåtal landsting har emellertid försökt sätta upp mer konkreta mål. Exempel på det senare ges från enbart ett enda landsting, Västernorrlands län, där konkreta mål som "antalet allvarliga skadetillfällen inklusive självmord bör minska med 10% före 1995". Vi har senare också kunnat se något annat landsting sätta upp konkreta mål av det här slaget. Huruvida målen verkligen formulerats utifrån (lokala) hälsodata eller utifrån mer allmänna riktlinjer, WHO-program för medlemsländerna etc, är dock

svårt för en utomstående betraktare att avgöra.

Självfallet förhåller det sig inte på det sättet att bara för att konkreta verksamhetsmål hittills lyst med sin frånvaro kommer de att göra detta även framöver. Det troliga är faktiskt att vi för Kopparberg inom en nära framtid får se mål angivna ungefär som för Västernorrland. Tecken på detta finns redan i tagna direktiv till en hälsoplan för Dalarna (3). Om det nu är så, kanske läsaren frågar sig vad det är för poänger i att söka svar på frågan varför ingenting ännu skett. Jo, det bör ha sina klara poänger därför att om förutsättningarna i grunden för målformulerings- och utvärderingsarbete m m utifrån hälsodata alltjämt är desamma före som efter en sådan "nyorientering", må man kanske göra klokt i att som en ny och viktigare fråga fråga sig vad för sorts behovsbaserad planering det "behovsbaserade beslutsfattandet" egentligen representerar. Vi kan rimligtvis bättre bedöma det kommande utfallet av den "behovsbaserade planeringen" om vi kan lyckas identifiera de mer fundamentala hinder eller tendenser som främjat den hittillsvarande inaktiviteten eller oförmågan och sedan väga dessa mot de möjligheter eller förväntningar som kunnat skönjas.

Lätt att kartlägga, men svårt att analysera och tolka

Genast må det slås fast att hälsodata i sig, framtagandet och redovisningen av sådana inte utgör några betydande svårigheter inom hälso- och sjukvårdsplaneringen. Att beskriva *hur* det ser ut i termer av hälsodata klarar alla. För att kunna användas i planeringen måste emellertid beskrivningar tolkas. *Varför* ser det ut som det gör? Att söka svaret på en sådan fråga innebär en arbetsinsats av teoretisk karaktär. Och är kraven höga, vilket de säkert alltid bör vara då vi arbetar med människors (o)hälsa, måste ett teoretiserande ske med så kallad vetenskaplighet, oftast "tvärvetenskaplighet". Här kan svårigheterna börja för en planerare, som säkert alltid har god kunskap om och erfarenheter av "planering", men långt ifrån säkert alltid om och av teoretiskt eller vetenskapligt arbete. Inte heller har han vanligtvis läst på de senaste forskningsrönen etc. Summan av detta blir av tendens hos ledande planerare och politiker till att undvika att ta tag i frågan som "Varför är diabetesdödligheten i Ludvika så mycket högre än vad som gäller för riket

och länet i övrigt?". Då hamnar en planerare inte i en situation som innebär att "man själv får så många knepiga (mot)frågor". Men det samhällsmedicinska funktionerna då? Sådana (i någon variant) har de flesta landsting sedan något år. Skall inte dessa lösa "kunskapsbristerna" på metod- och teorisidan? Jo, men så "enkelt" visar det sig i praktiken inte vara.

Kopparbergs läns landsting (egentligen bara en handfull "initierade") har valt att från tillfälle till tillfälle köpa konsulttjänster på det samhällsmedicinska området. Det skapar naturligtvis (i princip) tillgång till en mycket bred kunskapsbank, men innebär också att den rådande maktstrukturen då knappast behöver upplevas som hotad (särskilt om några konsultköp aldrig göras) eftersom politiska och ideologiska utgångspunkter i hög grad med nödvändighet kommer att bestämma vilken kompetens som skall anlitas. I den "flexibilitet" konsultköpmodellen innebär ligger en alldeles uppenbar fara att den samhällsmedicinska funktionen inte blir värd namnet, om vi tänker oss en sådan funktion som en som förutsättningslöst har att kartlägga och analysera hälsosituationen och utvärdera effekterna av olika hälso- och sjukvårdsaktiviteter (framför allt prevention). För på vilka premisser väljer en politiker eller en administratör sina samhällsmedicinska kompetenser? Säg att en "kompetens" har profilerat sig genom att basunera ut enkla budskap i stil med "Då hjärtinfarkterna drastiskt minskat i Stockholms län, så har de också minskat i landet i övrigt, och att orsakerna till detta är minskad rökning och bättre blodtryckskontroll". Och en annan i stil med "Tron på preventionen som en ny gren av medicinen, med kapacitet att påverka hälsoläget på ett avgörande sätt, är en förväntan utan täckning". Självfallet får vi räkna med att ett sådant val i hög grad bestäms ur rent ideologiska och politiska utgångspunkter, inte ur kunskaper om hur det "verkliga" förhåller sig med preventionens möjligheter etc. Sådana kunskaper har man vanligtvis inte som politiker eller administratör. Lätt inses att samhällsmedicinen i landstingen i första hand *kan* bli ett manipulerande av kompetenser som legitimerar på förhand bestämda ideologiska och politiska uppfattningar hos både politiker och ledande administratörer.

Att "lösa problemet kunskapsbrist" på det samhällsmedicinska området kan samtidigt skapa nya

.....
Vetenskaplighet blir rätt och slätt en fråga om makt.
.....

"problem". Kunskap är makt, heter det ju. En samhällsmedicinsk funktion värd namnet, en kompetens som seriöst och kritiskt ("vetenskapligt") försöker deltaga i en penetrering av folkhälsosituationen och dess betingelser, blir intressant inte bara ur ett snävt kunskapsperspektiv, utan också ur ett maktperspektiv. Och frågan är om inte det senare är det som är av största betydelsen för de (både tjänstemän och politiker) som skall svara för en planering av hälso- och sjukvården. "Teoretiserande", "vetenskapligt" arbete eller "akademiskt" förhållningssätt förefaller när allt kommer omkring i första hand inte uppfattas just som teoretiskt, vetenskapligt eller akademiskt arbete utan som ett allvarligt hot mot den rådande hierarkiskt byråkratiskt uppbyggda ordning inom vilken angelägena frågor formuleras och beslut om vad som skall göras eller inte göras fattas. Vetenskapliga arbeten och akademiska utläggningar med hänvisningar till resultat från olika forskningsprojekt etc blir intressant inom den administrativa och politiska ledningen mest därför att "bestämmande-rätten" kan uppfattas komma att glida över på andra (lägre) nivåer i hierarkin. Vetenskaplighet blir sålunda "rätt och slätt" en fråga om makt. Det finns flera tydliga uttryck från Kopparberg som pekar på detta, exempelvis gav remissbehandlingen av en från hälso- och sjukvårdsavdelningen presenterad utredning klara uttryck för att intresse för maktutövningen i sig inom landstingsvärlden kan vara betydligt större än för själva sakfrågan. Hälso- och sjukvårdsavdelningens i den nya hälso- och sjukvårdslagens folkhälsoanda utförda utredning om självmordsproblematiken behandlade och efterlyste synpunkter på problemets utbredning, orsaksbakgrund och möjligheterna till förebyggande insatser. Den synpunkt en sjukhusdirektör (den med särskilt ansvar inom den psykiatriska sektorn) framför går ut på att han "förordar en organisation för det hälsopolitiska arbetet vid landstingskansliet som mera anknyter till den basorganisation som gäller för hälso- och sjukvården". Att ett förslag till kortare kurser i kris- och självmordslära, rekommendationer

till utarbetande av lokala vårdprogram etc föranleder en dylik reaktion från en av länets fem sjukhusdirektörer är intressant och motiveringen till ståndpunkten är inte mindre intressant. Vid senare samtal förklarar sjukhusdirektören direkt att "Jag visste vad Du ville ta upp!". Med detta syftade han inte på de i utredningen för synpunkter framlagda förslagen till åtgärder mot psykiskt ohälsa och självmord, utan just på hans inställning till landstingets organisation av det centrala kansliet. Sjukhusdirektören utvecklade bakgrunden något och menade att han "hade erfarenheten att enheter (som den hälsopolitiska) tenderar att bli självstyrande". Han ställde också frågan: "Var (i organisationen) skedde prioriteringen av självmordsproblemet?" och såg en risk att enheten (den hälsopolitiska) med sin speciella kompetens blir styrande. Vad sedan beträffar det specifika innehållet i själva självmordsproblemet förklarade sjukhusdirektören att han aldrig diskuterat detta. Vissa kunskaper, idéer och diskussioner (tex samhällsmedicinska sådana!) betraktas uppenbarligen främst som störande för den hierarkiskt uppbyggda byråkratiska ordningen och kontrollen.

En tävlan om vem som är vackrast?

En behovsbaserad planering skall beakta insatsers *effekter*, "folkhälsoeffekter". I det omfångsrika dokumentet "Direktionernas sammanfattande verksamhetsbeskrivningar för åren 1983–1987" finner man efter en noggrann genomläsning endast två uppgifter som pekar på effekten av den hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs i länet (3).

Den ena lyder:

"Dödligheten under nyföddhetsperioden var under år 1981 0,65 %, vilket är den lägsta siffra som någonsin noterats vid kliniken."

Den andra lyder:

"Beträffande infarktvården synes tillkomsten av intensivvårdsavdelningen med dess utomordentligt kunniga personal ha bidragit till att något sänka dödligheten i hjärtinfarkt. En närmare utvärdering av detta kommer att ske under de närmaste åren för att göra en jämförelse med en tidigare i vetenskaplig tidskrift publicerad artikel från härvarande klinik."

Kanske är det betecknande att när uppgifter speglade effekterna av hälso- och sjukvårdsarbetet förs

fram så antyder dessa något som hälso- och sjukvården är bra på! Verksamhetsanalyser i bemärkelsen "kritisk analys" eller "utvärdering" har vi inte sett många av (i något enda landsting i landet) (4). Det är nog rent av så att det är en rätt utbredd uppfattning att regelrätta utvärderingar av hälso- och sjukvårdsverksamheter är en omöjlighet eftersom organisationen enbart tillåter redovisningar av sådant som fungerar bra eller kan bedömas som okontroversiellt i ett politiskt/ideologiskt perspektiv. "Utvärdering" av hälso- och sjukvård blir en tävlan om att visa vem som är "vackrast i världen" (13).

Att vilja men inte kunna planera behovsbaserat eller att kunna men inte vilja?

Om nu inte planering i första hand (ytterst) är en fråga om "stegvist och rationellt beslutsfattande" utan istället en fråga om makt och maktutövning, måste man fråga sig hur SPRI-modellen "Planeringsunderlag — process — effekt" passar in i det sammanhanget. Eller rättare sagt, vems *intressen* passar modellen bäst? Politikernas? Ledande administratörers? Sjukvårdspersonalens? Antagligen är det sjukvårdspersonalens och i synnerhet då läkarnas. Eftersom läkarna redan arbetar efter principen "vetenskap och beprövad erfarenhet" och dessutom är sakkunniga på de olika medicinska sammanhang som kan komma att stå i fokus torde såväl administratörer som politiker vara handikappade i en förhandlingssituation som den aktuella SPRI-modellen innebär. Vi kan minnas den fd sjukvårdsplaneraren Einar Fredrikssons påpekanden om begränsningarna med att en sjukvårdsplanerare i regel inte besitter medicinsk sakkunskap. Fredriksson menar att detta är ett av skälen till att en behovsbaserad planering under 1980-talet mest kommer att vara ett uttryck för "vilja men inte kunna". (12) Därmed nu inte sagt att ett läkarkollektiv, när allt kommer omkring, *tilltalas* av modellen. Det lär alltid finnas en risk, också för de mest kunniga, att hälsodata och diskussioner kring dessa kan ge sken av att den bedrivna verksamheten borde kunnat nå ett bättre resultat. Höga självmordstal skulle ju av politiker och planerare kunna tolkas som att organisationen inte klarar av att bemöta den typen av problem. Därför är det när allt kommer omkring kanske ändå lämpligast att inte alls befatta sig med sådana

Att vilja men inte kunna planera behovsbaserat?

data och "vi gör ju ändå alltid så gott vi kan utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet!"

Således, det kan finnas starka "gruppegotiska" motiv bland både administratörer och sjukvårdspersonal att inte anamma ett arbetssätt inkluderande hälsodata i stil med vad SPRI skisserat. Det allra bästa ("säkraste") kan vara att aldrig ens testa arbets sättet och man kan ju oftast "avvakta" i brist på politiska utredningsdirektiv. Som planerare kan man annars undra varför tex medicinklinikerna i Dalarna i konkurrensen om de allt knappare resurserna inte argumenterat för ett resurstillskott utifrån de sedan länge kända höga dödstalen i hjärtinfarkt i länet. Eller vårdcentralerna i sina försök till förebyggande åtgärder. Borde inte sådana dödstal kunna vara "hårdvaluta" i jämförelse med "långa köer" eller "sängar i korridoren"? Kan man som politiker "kallt" låta folk dö bort till följd av "resursbrist"?

Politikerna då? Säkert är det så att det är politikerna som lättast tilltalas av det arbetssätt vi diskuterar, eftersom politikerrollen inte omedelbart berörs av de metodologiska svårigheterna, ej heller av diskussionerna kring de medicinska sammanhangen. Det finns anledning att tro att politikerna inte på samma sätt som administratörerna hunnit inse de många olika knepigheter man kan stöta på och som gör att arbetet kan tyckas gå "trögt". Detta måste vara en viktig anledning till att vi också i Dalarna i en framtid antagligen får se politiskt formulerade mätbara mål för verksamheterna.

Vi kan nog rätt snabbt enas om att de frågor som kan dyka upp i en behovsbaserad planering många gånger verkligen är rejält svåra att såväl förklara som snyggt hantera på de mera praktiska planen. Ett färskt exempel från hälso- och sjukvårdsavdelningens (numera planeringsavdelningens) fortlöpande arbete med att följa folkhälsoutvecklingen kan få belysa de olika problem berörda ställs inför: Å ena sidan kan vi finna att indirekta åldersstandardiserade dödstal för bröstcancer hos den kvinnliga befolkningen har ökat i länet som helhet och i många enskilda kommuner mellan tidsperioderna 1969–78 och 1979–83. Å

andra sidan kan vi finna att en 30 %-ig reduktion i bröstcancerdödligheten har tillskrivits det särskilda mammografiprojekt (en fall-kontrollstudie) som pågått i länet sedan 1978. Den fråga en planerare kan resa, ja rentav måste!, utifrån ett befolkningsperspektiv och mot bakgrund av ett landstingsansvar att kartlägga och analysera folkhälsoutvecklingen är: "Hur låter sig de ökande dödstalen för den kvinnliga befolkningen i sin helhet förenas med en reducerad dödlighet i ett särskilt mammografiprojekt? En sådan ekvation kan gå ihop på flera sätt. Det krävs inte mycket samhällsmedicinsk eller epidemiologisk utbildning för att räkna upp ett antal möjliga förklaringar. Det svåra är att avgöra vilken betydelse de möjliga förklaringarna skall tillmätas och att sedan ta ställning till vilka de planeringsmässiga konsekvenserna eventuellt måste bli. Men det allra svåraste kan emellertid vara att på de sociala planet hantera frågeställningen och förklaringarna gentemot berörda intressenter. Gentemot politikerna som markerat att de i det närmaste "till varje pris" skall ha en utbyggd mammografiverksamhet (som ger landstinget "uppmärksamhet och berömmelse runt om i hela världen"), projektledaren (en på området särskilt kunnig läkare) som måhända delar politikernas intressen, sjukhusläkarna som kan tycka att den preventiva satsningen missgynnar deras verksamhet, administratörerna (ekonomerna) som kan se möjligheter att spara pengar i en mindre omfattande screeningverksamhet och — dessutom — (lokal)pressen som ser möjligheter att öka tidningsupplagor genom "sensationsskriverier". I detta spänningsfält av intressen är det givetvis helt orimligt att tro att en planerare med ett analyschema etc till hjälp kan räkna fram det "objektiva" behovet av hälso- och sjukvårdsresurser på området och som sedan alla berörda snällt har att rätta sig efter. Och vi kan höra också SPRI mena: "Att objektivet uppskatta behovet av hälso- och sjukvårdens insatser är en i det närmaste omöjlig uppgift" (11).

Det möjligas konst!

Planering med hälsodata måste helt enkelt handla om "det möjligas konst" (1), för vilket det aldrig kommer att kunna upprättas några stelbenta analyscheman. Varje analys och diskussion av (förhandling kring) folkhälsosituationen är i princip ett "uruppförande".

Att kunna men inte vilja planera behovsbaserat?

Betraktar vi planering som en fråga om makt och maktutövning, så är diskussion av hälsodata en konfrontation mellan olika berörda och deras skilda objektiva och subjektiva intressen, där begreppen makt och motmakt (7) kan sägas stå i centrum. "Det möjligas konst" blir i detta sammanhang maktutövning eller försök till motmakt beroende på de intressen man som part i konfrontationen försöker genomdriva eller försvara. SPRI-modellen som säger "att ta fram och diskutera lokala data leder till förändring" är som den tekniska beskrivning den är, visande hur man tar fram och analyserar hälsodata, *i princip* lika användbar för den som utövar makt som för den som försöker utöva motmakt. Men inte säkert lika användbar *i praktiken*. För att avgöra en planeringsmodells (vilken som helst) potential krävs en analys av maktens och motmaktens villkor i den specifika situation där planeringsmodellen avses tillämpas.

Gynnsamma betingelser för både makt och maktmissbruk är väl kända. Mindre väl kända är betingelser som verkar gynnsamt för utveckling av motmakt. (Mathiesen (7) utvecklar detta något.) Detta senare berörs inte alls av SPRI i sina modelldiskussioner och antagligen därför att det inom den referensram, "ekonomisk-teknisk rationalitet och en ideologiskt avideo-logiserad ideologi", som valts "inte behövs!". Ja rentav, ett tänkande i termer av makt och motmakt, ett uttalat konfliktperspektiv, "passar sig" (ideologiskt sett) överhuvudtaget inte alls. Och man bör fråga sig vems syften tjänar då en sådan ståndpunkt, en teknisk-rationell planeringsmodell och en harmonisyn den bygger på? Självklart de som idag redan har makten att bestämma över hur tingens ordning skall eller bör gestalta sig. I grunden politiska problem blir naturligtvis smidigare att hantera för de makthavande då de formuleras som tekniska. Det ser ut som om en "objektiv" och "neutral" metod eller planeringsmodell löser problemen, och inte ett agerande utifrån en skillnad i värderingar och möjligheter att driva igenom vad dessa står för.

Det kan vara att göra en planeringsmodell (vilken

som helst) orättvisa genom att bara rätt och slätt föreslå att hälsodata skall tas fram och diskuteras utan att uttryckligen skissera eller åtminstone ytligt belysa hur detta samtidigt kommer in i en vidare strategi för makt eller motmakt. När detta är gjort, då först, torde planeringsmodellens användbarhet för att driva igenom vissas intressen (eventuellt på bekostnad av andras) kunna bedömas. Planeringsmodellens fulla potential eller brist på sådan "avslöjas" naturligtvis först i den konkreta planeringssituationen, konfrontationen (som givetvis kan utmynna i "sambeförstånd" eller "kompromiss" i slutändan), men detta kräver förstås att maktens och motmaktens villkor är blottlagda och "inbakade" i modellen. "Inbakandet i" och "avslöjande av" planeringsmodellen måste ske successivt allt efter konfrontationens framskridande.

Makt och kunnsnde avgör

Att planera hälso- och sjukvårdsverksamheterna utifrån hälsodata låter sig lätt sägas, men uppenbarligen svårigen göras. Att förutsättningslöst och med fullt allvar kritiskt analysera (utvärdera) hälso- och sjukvårdsverksamheter låter sig också lätt sägas, men är det i praktiken möjligt?? Vem tar frivilligt risken att bli impopulär och "störig"? Allra helst då det inom den traditionella sjukvårdsplaneringens och den förhärskande ideologins ram ("lojalitet", "smidighet", "mognad" etc) finns en möjlighet att slippa. I vart fall lär den planerare som tror sig kunna planera behovsbaserat ta sig en ordentlig funderare på om han egentligen vill detta då de psykologiska och sociala eller sociologiska dimensionerna läggs till de statistiskt-metodologiska. Kan det, som det brukar sägas, kosta mer än det smakar? Svaret på denna fråga är givetvis aldrig givet på förhand, utan är starkt knutet till var i organisationen frågan reses och hur väl den aktuella planeringsmetodikern bemästras. Ju mer makt (reell och formell) och metodologiskt kunnande, desto mer behovsbaserad planering. Ju mindre makt,

och metodologiskt kunnande, desto mindre behovsbaserad planering. Detta synes självklart. Vad som inte synes lika självklart är om metodologiskt kunnande utan makt, en situation som torde gälla i många landsting där samhällsmedicinen har en "konsultativ roll", leder till en behovsbaserad planering. Den genomförda penetreringen av problemområdet pekar närmast på att så inte blir fallet. Så får vi väl till sist hoppas, på den behovsbaserade planeringens vägnar, att makt utan kunnande aldrig gör sig gällande.

REFERENSER

- 1 *Granvik, M:* Kommunprofiler — till vad nytta?, Allmänmedicin, nr 2, s 59—61, 1986.
- 2 *Allander, E:* Samhällsmedicin — revir eller innehåll?, Läkartidningen Vol 83, nr 16, s 1440—1, 1986.
- 3 *Granvik, M:* Planeringen av hälso- och sjukvården, Rapport, Kopparbergs läns landsting, Förvaltningsutskottets kansli, september 1985.
- 4 Socialstyrelsen. Att förebygga ohälsa, Socialstyrelsen redovisar 1986:7.
- 5 *Ekman, H:* Vad ger en kartläggning?, SPRI-Aktuellt, september 1985.
- 6 Sjukvårdsförvaltningen i Göteborg. Hälsodata — behovsbaserad planering, Lägesrapport, november 1985.
- 7 *Mathiesen, T:* Makt och motmakt, Bokförlaget Korpen, Göteborg, 1982.
- 8 *Wildavsky, A:* If planning is everything, maybe it's nothing, Policy Sciences, 4, s 127—563, 1973.
- 9 SOU 1984:39.
- 10 SPRI. Hälsoproblem i ett landsting, SPRI-rapport nr 14/1979.
- 11 SPRI. Planering för hälsa och vård, SPRI-rapport nr 196, Stockholm oktober 1985.
- 12 *Fredriksson, E:* Från sjukhusplanering mot hälsoplanering, Socialnytt, Specialbilaga nr 1, 1979.
- 13 *Ejlerstson, G:* Föredrag, Socialmedicinska föreningens vetenskapliga vårmöte, Stockholm maj 1983.