

Hälsopolitiska mål och behovsbaserad planering

Göran Dahlgren

Finn Diderichsen

Curt-Lennart Spetz

Det råder alltså betydande sociala klyftor i ohälsans fördelning. Samtidigt ålägger HSL landstingen att bedriva en behovsbaserad planering. Om man även i ekonomiska kristider skall upprätthålla ett välfärdspolitiskt synsätt blir den sociala epidemiologin om ohälsan och vårdbehovens fördelning ett nödvändigt instrument för hälsoplaneringen.

Göran Dahlgren är numera departementsråd vid socialdepartementet och var när artikeln skrevs byråchef vid socialstyrelsen och huvudsekreterare i HS 90-utredningen.

Finn Diderichsen är med doktor och distriktsläkare vid socialmedicinska forskningsenheten i Luleå och konsult i HS 90-utredningen.

Curt-Lennart Spetz är byrådirektör vid socialstyrelsen och har arbetat med HS 90-utredningen.

Hälso- och sjukvårdsplaneringen har hittills i princip varit styrd av vårdefterfrågan som i praktiken har varit bestämd av tidigare och idag existerande vårdutbud oberoende av om detta har avspeglat behoven då eller nu. Ser vi på utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens resurser i olika delar av landet finner vi att detta till stor del är styrt av vårdutbudet som i sin tur i hög grad är styrt av de olika landstingskommunernas skattekraft. Ser vi på resursfördelningen mellan olika förebyggande och behandlande åtgärder och mellan primärvård och länsjukvård är också den utbudsstyrd. Den historiska uppsplittringen mellan landstingskommunala sjuk-

hus, statliga provinsialläkare och kommunal hälso- och miljöskydd har gynnat sjukhusens expansion då utbudet av ekonomiska medel på landstingssidan var god när man inte behövde konkurrera med andra verksamheter. Utbudet av medicinsk teknologi och professionella intressen har också haft stort inflytande på denna resursfördelning.

Hälso- och vårdpolitiska jämlikhetsmål

Dagens hårdnade ekonomiska klimat och restriktionerna som läggs på vårdsektorns fortsatta expansion ställer nya krav på planeringens förmåga att styra de begränsade resurserna till de befolkningsgrupper som bäst behöver dem och de åtgärder som ger största effekt. Med dagens förbättrade epidemiologiska kunskapsunderlag vet vi att det finns betydande klyftor i ohälsans sociala och geografiska fördelning. Nya hälso- och sjukvårdslagen talar om en god hälsa och vård på lika villkor för *hela* befolkningen. Att uppnå hälso- och vårdpolitiska jämlikhetsmål i en tid av ekonomisk kris kräver att planeringen från början bygger på en social epidemiologi om behovens relativa fördelning. HSL:s krav på en behovsbaserad planering avvisas alltför ofta med en skämsam kommentar om att "behoven alltid ligger

.....

Ser vi på utnyttjandet av hälso- och sjukvårdens resurser i olika delar av landet finner vi att detta till stor del är styrt av vårdutbudet som i sin tur är styrt av de olika landstingskommunernas skattekraft.

.....

Svensk hälso- och sjukvårdsstatistik utmärker sig genom sin brist på socioekonomiska variabler.

10% över utbudet" och att behoven svårigen låter sig mätas. Men att därmed avvisa möjligheten till att ställa behovens relativa fördelning mot resursernas relativa fördelning torde vara oförenligt med såväl välfärdspolitiskt synsätt som samhällsekonomiska realiteter.

Hälso- och vårdpolitiska riskgrupper

Ett första användningsområde för hälsodata i planeringen blir således att avgränsa grupper med särskilt betydande hälsoproblem och vårdbehov (hälsopolitiska riskgrupper) och grupper som löper större risk än andra att inte få sina vårdbehov tillgodosedda med nuvarande resursfördelning inom vårdsektorn (vårdpolitiska riskgrupper).

Svensk hälso- och sjukvårdsstatistik saknar genomgående socio-ekonomiska variabler. Genom samkörning av dödsorsaksregistret och Folk- och bostadsräkningen har vi fått möjlighet att studera dödlighet i olika yrkesgrupper. Tillsammans med de nationella levnadsnivåundersökningarna kan vi därmed skapa oss en bild av rådande socioekonomiska skillnader i ohälsans fördelning. (Se tabell 1 och 2).

Sammanfattningsvis ger en sådan analys vid handen att följande grupper är utsatta för särskilt betydande hälsorisker:

- Människor med arbetaryrken (LO-kollektiv) har

Tabell 1. Indirekt åldersstandardiserade dödstal (SMR) enligt dödsfallsregistret 1961–80

	1961–70		1971–80	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Jordbrukare	92	109	89	101
Anställda, industri	100	99	105	105
Anställda, service	115	108	117	103
Ej förvärvsarbetande	161	167	166	191
Alla förvärvsarb	100	100	100	100

Källa: SCB/HS90.

Tabell 2. Upplevda symtom 1968–1981 i olika socialgrupper. (Procent)

		1968	1974	1981
Nedsatt psykiskt välbefinnande	I	25	22	19
	II	30	26	23
	III	33	34	29
Nedsatt rörlighet	I	14	9	10
	II	20	18	18
	III	31	28	25

Källa: SOFI/HS90

enligt flera mått en sjukdomsrisk som ligger 50–100% över vad man finner hos högre tjänstemän och företagare. Särskilt utsatta är de lågutbildade arbetarna inom service- och transportyrken.

- Arbetslösa har i jämförelse med sysselsatta på samma utbildningsnivå betydande hälsorisker.
- Ensamstående särskilt frångående medelålders män har en kraftig översjuklighet och -dödlighet.
- Utländska medborgare lever jämfört med svenskfödda med samma utbildning under mycket sämre levnadsvillkor, men har inte alltid sämre hälsa på grund av urvalsmekanismer.

Att avgränsa vårdpolitiska riskgrupper med högre risk för icke-tillgodosedda vårdbehov är förenat med stor osäkerhet. Av tillgängliga registerdata är SCB:s undersökning av Levnadsförhållanden (ULF) mest användbar genom att man kan studera sjukvårdskontakter i olika befolkningsgrupper med en viss grad av nedsatt hälsa. Det rör sig här om lekmanamässigt definierade hälsoproblem och studien säger ingenting om huruvida sjukvårdskontakten har lett till att behovet har blivit tillgodosett i betydelsen att behandlingen haft den förväntade effekten. Sjukvårdens tillgänglighet har uppenbarligen under 1970-talet blivit allt mera lika mellan olika yrkesgrupper, men samtidigt talar statistiken för att vissa grupper fortfarande släpar efter (se tabell 3). Vi kan i dessa analyser avgränsa följande vårdpolitiska riskgrupper:

- Ålderspensionärer har ett i förhållande till deras sjuklighet lågt vårdutnyttjande i öppen vård. Det gäller särskilt männen.
- Glesbygdsbor. Även om läkarfördelningen möjligen har blivit mera jämn mellan länen finns det

Tabell 3. Andel med fast läkare enligt undersökning av levnadsförhållanden. 1975–1981. Index.

	1975	1980/81
Arbetare	96	100
Tjänstemän	118	112
Ej förvärvsarbetande	93	85
Storstäderna (H1–H2)	107	111
Norra glesbygden (H6)	84	66
Alla 16–64 år.	100	100

Källa: SCB/HS90

fortfarande mycket betydande skillnader i läkar-tillgång inom länen.

- Invandrare (särskilt sydeuropeiska) har ett högt men mindre adekvat öppenvårdsutnyttjande koncentrerat till akutmottagningar. De upplever ofta behov utan att söka vård.
- Icke-anställda (jordbrukare, företagare, arbetslösa, hemarbetande m fl) har relativt lågt vårdutnyttjande och låg andel med fast läkare bl a som resultat av att de står utanför företagshälsovården.

Behovsbaserad resursfördelning

Att söka definiera och mäta vårdbehov är förenat med många fallgropar. Det torde dock råda stor enighet om att problemet omfattar två frågor:

- en *politisk* fråga: vilka medicinska, psykologiska och sociala förhållanden hindrar människor från att själva kunna kontrollera sina livsvillkor? (Vilka är de "onda" förhållanden som bör åtgärdas?)

- En *teknisk* fråga: vilka insatser leder effektivast till en förändring av dessa förhållanden och vilka resurser tar dessa åtgärder i anspråk?

Närmare bestämt omfattar en konsekvent behovsbaserad planering i princip tre steg:

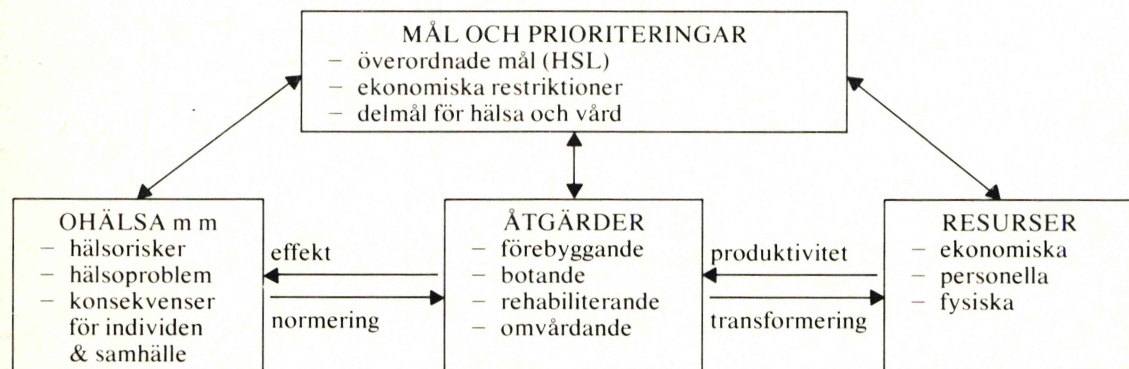
1. En *kartläggning* av befolkningens ohälsa ur olika perspektiv (hälsorisker, sjuklighet, funktionsnedsättning och handikapp).
2. En *normering* av de förebyggande, behandlande och rehabiliterande åtgärder som krävs för att nå uppställda hälso- och vårdpolitiska mål.
3. En *transformering* av åtgärder (vårdutnyttjande) till de resurser som behövs för att utföra de planerade åtgärderna. Modellen kan illustreras med *figur 1*.

En konsekvent behovsbaserad planering är en utopi. Den kräver fullständig kunskap om ohälsan och hälsoriskerna i samhället, kunskap om effekten av olika förebyggande och behandlande insatser samt kunskap om produktiviteten hos olika personella och ekonomiska resurser. Avståndet mellan en ideal planeringsmodell och dagens hälso- och sjukvårdsplanering är stor. De utgångspunkter och metoder som för dagen är möjliga får ses som några steg i rätt riktning.

Resursfördelningen omfattar *tre dimensioner*:

- mellan geografiska områden (landsting eller primärvårdsdistrikt)
- mellan åtgärdsområden (prevention, behandling, rehabilitering och omvårdnad)
- mellan vårdnivåer (primärvård och länssjukvård, specialitet).

Figur 1. Modell för behovsbaserad planering



.....
Ett bland flera viktiga medel med vilket man kan söka uppnå målet om en vård på lika villkor är att fördela hälso- och sjukvårdens resurser geografiskt på ett sätt som motsvarar behovens fördelning.
.....

Geografisk resursfördelning

Ett bland flera viktiga medel med vilket man kan söka uppnå målet om en vård på lika villkor är att fördela hälso- och sjukvårdens resurser geografiskt på ett sätt som motsvarar behovens fördelning. Fle- ra studier under senare år har visat att dödlighet, sjukfrånvaro och förtidspensioner följer ett regio- nalt mönster där storstadskommunerna och vissa norrlandslän har en högre nivå än andra delar av landet. Ännu större är skillnaderna inom länen och inom städerna där sjuklighetsmått i olika primär- vårdsdistrikt kan variera mycket kraftigt till följd av bostadssegregationen.

Dagens statliga ersättningar och bidrag till lands- tingen fördelas till stor del efter vårdutnyttjande (öppenvårdsbesök och vård dagar). Då vi som nämnt har ett vårdutnyttjande som i första hand är styrt av vårdutbudet och den geografiska fördel- ningen inte är kongruent med behoven är detta ur hälso- och sjukvårdslagens synvinkel en mindre än- damålsenlig metod. Därtill kommer att dagens vård- utnyttjande är uttryck för gårdagens prioriteringar och resursfördelning och metoden får därför en konserverande effekt på sjukvårdsstrukturen.

Frågan blir då vilka mått på sjukvårdsbehov som är användbara. Rent principiellt kan man konstatera att:

- det förebyggande arbetet bör dimensioneras efter förekomst av hälsorisker i levnadsvanor och livs- villkor.
- resurser till behandling bör fördelas efter inci- dens och prevalens av sjukdom och ohälsa.
- rehabiliterande arbete och omvårdnad efter funk- tionsnedsättning och handikapp.

En annan möjlighet är att utifrån en avgränsning av hälsopolitiska och vårdpolitiska riskgrupper en- ligt ovan använda befolkningsstrukturer med avse- ende på andelen äldre, ensamboende, arbetare, ej

förvärvsarbetande och invandrare för en diskussion av resursfördelningen. Denna typ av resonemang skulle tex kunna tillämpas för fördelning av statliga ersättningar och bidrag till landstingen samt för landstingens fördelning av budgetramar till primär- vårdsdistrikt (motsvarande) och eventuellt till en mera behovsrelaterad läkarfördelning i landet.

Oavsett vilka metoder man använder är det grundläggande antagandet att man genom att påver- ka den geografiska fördelningen av finansiella re- surser till investeringar och/eller drift kan påverka vårdens tillgänglighet, kvalitet och effekt på ett sätt som bättre motsvarar behoven hos olika grupper.

Resursfördelning mellan verksamheter

Resursfördelningen mellan verksamheter omfattar egentligen två dimensioner: resursfördelning mellan åtgärder (prevention, behandling, rehabilitering och omvårdnad) och resursfördelning mellan vårdnivåer (motsvarande verksamhetsområden i LKELP:s ter- minologi). Enligt den modell som skisserats i figur 1 bygger en konsekvent behovsbaserad planering i dessa dimensioner på en normering av åtgärder för att nå vissa hälso- och vårdpolitiska mål samt en transformering av dessa åtgärder till resurskrav. Slutligen fastläggs en arbetsfördelning och resurs- fördelning mellan olika vårdnivåer och speciali- teter. I praktiken står en sådan planeringsmetod idag inför betydande svårigheter. Kunskap om ohäl- sans omfattning, olika åtgärders effekt och resurser- nas effektivitet är idag ytterst fragmentarisk.

Även med optimala hälsodata återstår en mängd politiska och etiska värderingar exempelvis i avväg- ningen mellan förebyggande, behandlande och om- vårdande insatser. Erfarenheterna har visat att bindningen till kortsiktiga effektmått har varit en bidragande orsak till att omvårdnadsarbetet och

.....
Resursfördelningen mellan verksamheter om- fattar egentligen två dimensioner: Resursför- delning mellan åtgärder (prevention, behand- ling, rehabilitering och omvårdnad) och re- sursfördelning mellan vårdnivåer.
.....

preventionen har haft ständiga svårigheter att hävda sig i konkurrensen om resurserna.

Särskilt i ekonomiska kristider måste vi ställa allt större krav på en teknisk utvärdering av sjukvårdens effekter enligt konstens alla regler, men det torde samtidigt vara nödvändigt att kvalitativt fördjupa planeringsprocessen genom en decentralisering till lokala förtroendemannaorgan. Själva kärnan i en behovsbaserad resursfördelning måste ske i en nära dialog mellan lokala förtroendevalda med en ingående kunskap om behoven i sitt distrikt och primärvårdens professionella företrädare med en detaljerad kunskap om tillgängliga åtgärder och deras effekter. Genom denna dialog kan man lägga fast en resursfördelning mellan olika verksamheter inom den budgetram för distriktet som lagts fast enligt ovan. En sådan planeringsprocess kräver tillgång till detaljerade data på lokal nivå. Det krävs goda kunskaper om den lokala fördelningen av hälsorisker, sjukdomsförekomst, symtom, funktionsnedsättning och handikapp (hälsoriskprofil respektive hälsoprofil) samt kunskaper om hur distriktets nuvarande personella fysiska och ekonomiska re-

surser används på t ex olika vårdnivåer och åtgärdsområden (vårdprofiler). Det krävs vidare att man söker identifiera omfattningen av icke-tillgodosedda behov med hänsyn bl a till tillgänglighet, vårdstruktur, vårdkvalitet och effekt. Detta förutsätter en utveckling av tillgängliga kunskapskällor inom hälso- och sjukvårdens egna redovisningar, i syfte att få ökad kunskap om hur resurserna används, på vilka åtgärder, vilka patientgrupper som man når och vilka effekter det har på deras hälsa och välbefinnande.

En angelägen åtgärd är i detta perspektiv att patientdatabaserna utvecklas så att de i ökad utsträckning omfattar en åtgärdsregistrering och socio-ekonomiska bakgrundsvariabler i första hand yrke.

Det är utifrån denna typ av fakta som en i verklig mening behovsbaserad hälso- och vårdpolitik kan byggas upp. Ser man på de ofta stora och i vissa fall växande skillnader som finns i ohälsans fördelning är det – utifrån den nya hälso- och sjukvårdslagens intentioner – helt klart att de hälso- och vårdpolitiska jämlikhetsfrågorna måste bli ett av de centrala problemområdena i den framtida välfärdspolitiken.