

## Kan vårdresurser omfördelas?

# Vilka åtgärder kan vidtagas?

Göran Sterky

Samhället har resurser för sjukvård men också för hälsovård och för hälsa. I nedanstående artikel diskuteras utnyttjandet av sådana resurser som personlig tid, pengar och personal. Därjämte beröres i korthet utnyttjandet av den medicinska teknologin och forskningens betydelse. I sistnämnda avseende konstateras att Sverige nu är ett u-land när det gäller forskning kring resursfördelning och styrmedel. Bland de frågor man måste ställa är: vad är det minst värdefulla vi gör? Vad är det mest värdefulla som vi inte gör?

Sverige har för närvarande ojämlik hälsa och jämlik vård. Detta talar för att hälsofördelning endast i begränsad utsträckning kan förändras genom direkta insatser i vården. En logisk slutsats vore att vi fick en budget för hälsa och inte en budget för hälso- och sjukvården.

Göran Sterky är professor i hälso- och sjukvårdsforskning med särskild inriktning på utvecklingsländerna vid Medicinska forskningsrådet (MFR).

Såsom framgått av Göran Dahlgrens uppsats är orsakerna till de nuvarande skillnaderna i hälsa ännu inte tillräckligt analyserade. Jag tänker därför inte försöka förklara hur denna ojämlikhet uppstått utan utgår ifrån att den finns och att vi önskar vidtaga åtgärder för att förändra situationen till det bättre.

Vi har i dag flera indicier på att vårdutnyttjandet inte längre har någon påtaglig socialgruppsgradient såsom bl a låginkomstutredningen konstaterade för ett tiotal år sedan. I detta avseende torde Sverige i så fall vara det första landet i världen.

Dessa bägge fakta, ojämlik hälsa och jämlik vård, ger oss en situation som många säkert vill kalla paradoxal. Den påträngande frågan blir därför: Har vårdresurser med hälsa att göra? Att vi över huvud taget kan ställa frågan beror naturligtvis på den allmänna produktionslagen som säger att även insatta små resurser till en början kan tänkas ge stora effekter men att senare stora resursinsatser endast ger marginella effekter.

Jag tolkar symposietiteln sålunda att samhället har resurser för sjukvård, för hälsovård och för hälsa. De resurser som jag vill söka diskutera gäller personlig tid, pengar och personal. I korthet kommer jag också att beröra medicinsk teknologi och forskningsresurser.

### Tiden som resurs

#### Allmänheten

Enligt socialtjänstlagen så skall denna lag "inriktas på att frigöra och utveckla enskilda och grupper egna resurser". Eftersom den tid som allmänheten lägger ner på hälso- och sjukvårdsarbete är den största resursen vill jag börja med detta. Våra kunskaper om storlek och kvalitet av detta arbete är bristfälliga, men nyligen har vi fått viss epidemiologisk information. I barnfamiljer i Huvudsta och Vilhelmina åtgärdar en vanlig familj ett upplevt hälso-

.....

*I barnfamiljer i Huvudsta och Vilhelmina åtgärdar en vanlig familj ett upplevt hälsoproblem ungefär varannan dag.*

.....

En fördelning av resurser på olika vårdnivåer, inklusive egenvård, är teoretiskt möjlig.

problem ungefär varannan dag. Endast 10–20% av dessa hälsoproblem är kända av den organiserade vården (tabell 1).

Tabell 1. Hälsoproblem kända av den offentliga vården i Huvudsta (1), Vilhelmina (2) och Vännäs (2).

| Plats      | Material     | Metod  | Kända hälsoproblem |
|------------|--------------|--------|--------------------|
| Huvudsta   | Barnfamiljer | Dagbok | 10%                |
| Vilhelmina | Barnfamiljer | Dagbok | 15%                |
| Vännäs     | 16–70 år     | Enkät  | 20%                |

Hur den offentliga vården skall stötta och samarbeta med människors egna resurser är därför en mycket viktig fråga för framtiden. Jag vill också framhålla att dessa resurser användes till alla typer av hälsoarbete dvs förebyggande, botande, rehabiliterande arbete och inte minst till omsorg (3). Frågan är också helt i linje med vår nya hälso- och sjukvårdslag och WHO:s "Primary health care" filosofi om "community involvement". En fördelning av resurser på olika vårdnivåer, inklusive egenvård, är teoretiskt möjlig. I praktiken behövs sannolikt först ett förändrat synsätt och därefter ett nytt budgetsystem. Ett planeringssystem som också tar hänsyn till den informella vårdnivån och inte bara till sjukhus- och primärvården har nyligen framlagts av Gray, som kallar systemet "The four box health care" (4).

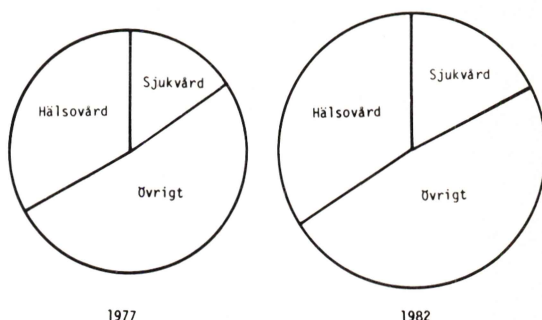
### Hälsoarbetare

Personlig tid är emellertid också en stor resurs inom hälso- och sjukvårdssystemet. Alla hälsoarbetare har tid som resurs. Volymen har bestämts genom avtal, anställningskontrakt etc. Fördelningen av tiden är var och en dock i viss utsträckning herre över. Vissa utredningar av läkarnas fördelning av sin tid har gjorts inför arbete med olika läkarfördelningsprogram. Jag väljer dock att ta ett exempel

från en annan personalgrupp vars hälsovårdande insats är så föga synlig inom den offentliga debatten. Sjuksköterskans hälso- och sjukvårdsproduktion är mycket stor. Hur fördelar hon tiden? Jag vill illustrera detta med resultat från nyligen avslutade studier i några barnvårdscentralsområden i Stockholms förorter (5).

Under perioden 1977 till 1982 tillkom en rad nya arbetsuppgifter för barnsjuksköterskorna: förskolehälsovård, föräldrautbildning, mer sjukvård och mer psykosocialt inriktad hälsovård rekommenderades. En viss personalökning och ett minskat barnantal gör att totala hälso- och sjukvårdsproduktionen ökar ungefär 25% (figur 1). Fördelningen av tiden, såsom den uppmätts med självregistrering, visar emellertid ännu ingen påtaglig förändring. Det finns antydningar till att fördelningen sker i riktning mot det mål som formulerats men hastigheten är påtagligt långsam. En diskussion om vilka styrmedel som skall användas om man vill genomföra en förändring är således befogad.

Figur 1. Sjuksköterskornas fördelning av arbetstiden 1977 och 1982 vid 13 barnvårdscentraler i Stockholms förorter



### Jämlikhet – strategi och politik

Som jag nämnde ovan är endast en liten del av hälsoproblemen kända av den offentliga vården. Frågan blir då hur samhället styr sina totala resurser för hälsa. Välfärdssamhället har satt upp som ett av sina mål att söka uppnå social och ekonomisk jämlikhet. Som medel används social service, varav hälso- och sjukvården är en del. Dessa jämlikhetsmål varierar emellertid och den offentliga diskussionen

nen skulle säkert må bra av att de var explicita. En klassifikation av målen har den engelske ekonomen Le Grand gjort (6).

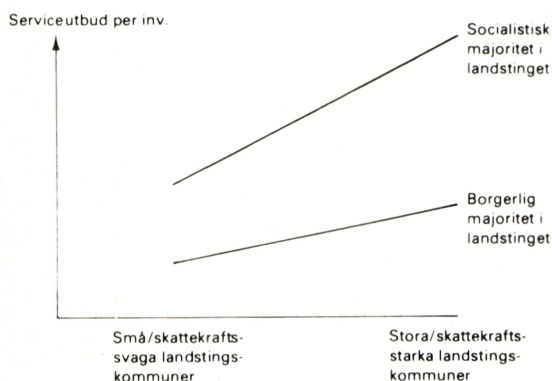
- 1) (Equality of public expenditure) Jämlikhet beträffande offentliga utgifter
- 2) (Equality of final income) Jämlikhet beträffande inkomster
- 3) (Equality of use) Jämlikhet beträffande utnyttjande
- 4) (Equality of cost) Jämlikhet beträffande kostnader
- 5) (Equality of outcome) Jämlikhet beträffande resultat

I sin analys av den engelska hälso- och sjukvården anger han att målet är de tre sista punkterna. Le Grand drar slutsatsen att strategien har misslyckats framför allt därför att den implicit har accepterat "ideologin om ojämlikhet". Jämlikhetsmålen uttrycks naturligtvis olika av olika politiska partier i Sverige och de styrmedel som föreslås är olika. Utfallet av service till allmänheten blir därför olika och i huvudsak beroende på politisk majoritet och skattekraft. Detta kan illustreras från slutet av 60-talet, en tid med ekonomisk expansion (7). Det förefaller som den politiska faktorn och resursfaktorn ömsesidigt förstärker varandras effekter (figur 2). Hur det ser ut i dag och i morgon under nolltillväxt vet vi inte.

### Budget för hälsa

Det råder stor enighet internationellt att flertalet av de faktorer som påverkar hälsan i indestadsmiljön

Figur 2. Effekt av partipolitik och skattekraft på serviceutbud



Konsumentprisindex visar över en tioårsperiod störst ökning för morötter, potatis och färsk fisk och lägst för cigaretter, smör och falukorv!

ligger utanför hälso- och sjukvården. Detta talar för att den sneda hälsofördelningen endast i begränsad utsträckning kan förändras genom direkta insatser i sjukvården. En logisk slutsats vore därför att man både på riks- landstings- och kommunal nivå fick en budget för hälsa och inte som nu en budget för hälso- och sjukvården. Att vi har långt dit illustreras tex med konsumentprisindex som över en tioårsperiod visar störst ökning för morötter, potatis och färsk fisk och lägst för cigaretter, smör och falukorv (8). Erfarenheten av samarbetet mellan två typer av service, hälso- och sjukvård och socialvård, är heller inte särskilt uppmuntrande. Varför går det inte i praktiken?

Ett steg för att söka komma åt de intersektoriella problemen har dock tagits av svenska regeringen som i april 1983 beslöt att tillsätta en hälso- och sjukvårdsberedning för samråd mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Tvärsektorielt samarbete, förebyggande åtgärder etc skall diskuteras i beredningen. Ett annat exempel kan tas från Uppsala där landsting bekostar älgstaket som skall förebygga trafikskador (9). Borde inte pengarna tas ur sjukvårdsbudgeten eftersom sjukhusplatser sannolikt kan frigöras?

### Styrmedel och resursfördelning

Fördelning av resurser styrs på olika sätt: lagar, politiska yttranden, fackliga normer, tekniska normer, finansieringsförordningar och planläggning.

### Andra länder

Kan vi lära oss något av andras erfarenheter? I England har man försökt med RAWP som bl a tar hänsyn till ålder, kön och åldersstandardiserat dödstal (10). I Norge har man lagt fram ett lagförslag om ramfinansiering (11). Resultatet av politisk

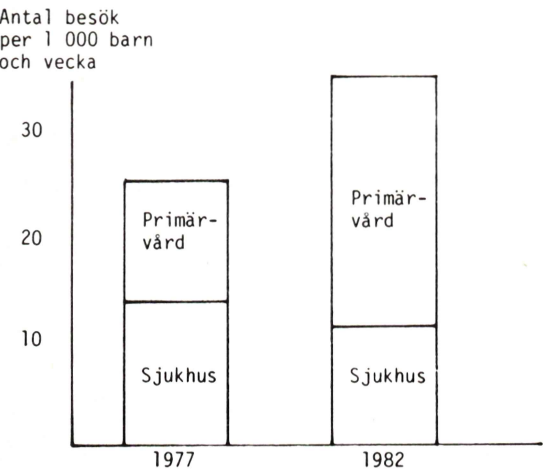
vilja till omfördelning av resurser inom hälso- och sjukvården kan åskådliggöras av Finland (12). Primärhälsovården fick 1972 10% och 1982 30% av hälso- och sjukvårdens resurser. Under motsvarande tid har Sverige gått från 11–13%. En av de förklaringar man velat ge till Finlands lyckade genomförande av satsning på primärvården, är det decentraliserade servicesystemet och det centraliserade styrsystemet. Det bör också anmärkas att Finland under motsvarande tid fått en hälsobudget som minskat sin del av bruttonationalprodukten.

### Sverige

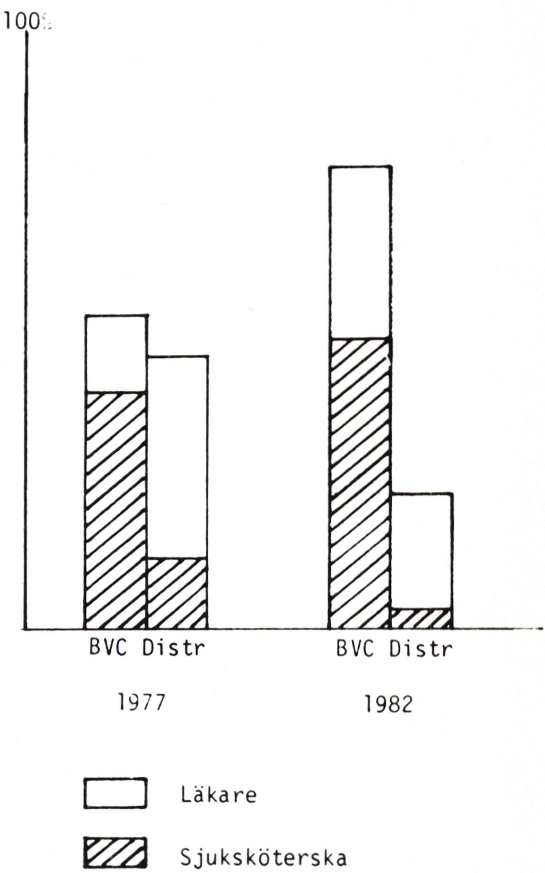
Underlaget för planering av vårdresurser i Sverige har i stor utsträckning tidigare enbart baserats på verksamhets- och resursstatistik. Försök att övergå till vårdbehov som planeringsunderlag finns dock nu. Begreppet vårdbehov är dock inte enkelt och mätmetoderna alltjämt trubbiga och allt annat än objektiva. Ett exempel på hur Sverige försöker styra finns i det avtal mellan stat och landsting från år 1983 där besöksintäkter ligger i botten för bidrag men där ytterligare 24 kr ges för psykiatri och förebyggande vård (13).

Den fråga som upptar så många i dag är fördelningen mellan primärvård och sjukhusvård. Trots stort intresse har vi än så länge ganska lite kunskaper om vilka effekter en utbyggnad av primärvården

Figur 3. Fördelningen av akutbesök för barn 0–6 år på olika vårdformer



Figur 4. Fördelningen av akutbesök i primärvården på olika vårdgivare.



får. Jag vill ge ett exempel från akutsjukvård för barn i Stockholms förorter (5). Primärvården kan ta hand om mer sjukvård och samtidigt minskar sjukhusets akutvård (figur 3). Barnavårdscentralen kan vara en stor sjukvårdsproducent, barnavårdscentralssköterskorna en mycket stor resurs (figur 4).

### Personal

Personal svarar för den största utgiften och personal är samtidigt den största resursen inom hälso- och sjukvården. Personalsammansättningen visar mycket stora olikheter i de nordiska länderna (14). Norge har nästan dubbelt så många sjukgymnaster per befolkningsenhet som Sverige som har 2,5 gång fler biträden än Danmark. I samtliga länder växer personalantalet rätlinjigt med växande BNP. För-

delningen av personal på olika yrkesgrupper kan uppenbarligen styras men kan resurser sparas i nuvarande arbetsmarknadssituation? Beslut fattas om hur läkar- och tandläkartillväxten skall kuperas men vad kommer att ske med övrig personal? I Sverige svarar sjuksköterskorna exempelvis för 30% av lönesumman i den offentliga hälso- och sjukvården. Med oförändrad fördelning av hälsopersonalen och ur strikt lönepolitik måste landstingen omedelbart minska intagen till sjuksköterskeskolorna med över 300 per år för att uppnå samma personalbalans såsom nuvarande.

### Medicinsk teknologi

För att kunna omfördela resurser i nolltillväxt måste vi friställa några. Ett område som jag tror att man bör undersöka noggrannt är medicinska teknologier. Nya teknologier utvecklas och många uttrycker farhågor att detta inte kan introduceras på ett jämlikt sätt i ett kärt ekonomiskt klimat. Samtidigt måste konstateras att mycket få existerande medicinska teknologier har utvärderats på det allomfattande sätt som vore önskvärt. Både MFR och SPRI arbetar med detta.

Jag vill ge några exempel som vill visa på möjliga vinster. Det föreligger stora skillnader i obstetrisk intervention mellan länder i Europa (15). Korrelationen till perinatal dödlighet är ganska låg. En hög kejsarsnittsfrekvens minskar inte vaginala ingrepp. Varför?

Inom Sverige föreligger stora skillnader i flera avseenden mellan regioner. En förklaring kan vara osäkerhet av värdet av en speciell medicinsk teknologi (16).

Alternativ till högteknologien har inte utnyttjats. Systematisk registrering av fosterrörelser av den gravida kvinnan själv har första gången på ett decennium minskat intrauterina dödsfallen i Danmark (17). I Kina deltar den blivande barnafadern i registrering vid riskgraviditet. En kortare vårdtid, kanske

.....  
*Alternativ till högteknologin har inte utnyttjats.*  
.....

24 timmar på förlossningsklinik såsom i Holland, i stället för 1 vecka såsom i Sverige kan sannolikt minska kostnaderna och vara medicinskt försvarbart (18,19).

Läkemedelskonsumtionen är i Sverige 40% mer än i Norge. Sjukligheten är i stort sett densamma. Förskrivningstraditionerna är olika. Har Sverige eller Norge optimal användning av läkemedel?

### Forskning och forskningsresurser

Vi vet mycket om resursåtgången men betydligt mindre om resursfördelningen och styrmedel. Jag vill påstå att Sverige ännu är ett u-land i forskningen kring dessa frågor. Statsvetare och ekonomer som ägnar sig åt hälsopolitiska frågor är mycket få i landet. Hälsoekonomi är ett outvecklat fält och då menar jag med ekonomi studiet av begränsade resurser och valet hur dessa skall användas. De enkla frågor som vi måste ställa oss är:

Vad är det minst värdefulla vi gör? och vad är det mest värdefulla som vi inte gör?

Forskning i primärvård är i sitt embryo och behöver resurser, kanske behövs det en forskningsfond för primärvård.

Hälso- och sjukvårdsforskning, ett av regeringen prioriterat forskningsområde, har ännu så länge en svag och splittrad resursbas. Jag vill också framhålla att det är inte bara grundforskning som ger kunskaper till klinisk praxis utan att hälso- och sjukvårdsforskning och epidemiologiska studier kan ge anvisningar om var grundforskning vore speciellt kostnadseffektiv.

Vad kan vi vänta oss av prevention? Vilka ämnen skall tas upp? Richard Doll har nyligen i en översiktsartikel (20) visat på några områden.

- 1) (Socio-economic improvements) Sociala och ekonomiska förbättringar
- 2) (Modification of personal habits) Förändringar av personliga vanor
- 3) (Protection against trauma) Skydd mot skador
- 4) (Control of infection) Infektionskontroll
- 5) (Control of pollution) Kontroll av föroreningar
- 6) (Population screening) Hälsoundersökningar
- 7) (Prophylactic medication) Förebyggande medicinering.

Doll säger också att läkare måste intensifiera

forskningen om orsaker till sjukdom och visa att metoderna för prevention verkligen fungerar. Prevention gör sannolikt inte hälso- och sjukvården billigare men den kan ge en bättre livskvalitet.

Det är paradoxalt att vid en tidpunkt när vi har mer medicinsk kunskap än någonsin och när den medicinska teknologin är starkare än någonsin, så har medicin ifrågasatts för sin roll och sina avsikter. En förklaring, enligt Thomas Mc Keown (21), är att vi har övervärderat vad medicin har gjort och vad medicin kan göra för att behandla den sjuke. Han konstaterar att brist på enighet i analysen av de faktorer som påverkar hälsa omöjliggör en god hälsostrategi. Han föreslår därför en ny klassifikation av sjukdom mer lämpad för att finna åtgärder.

Sammanfattningsvis vill jag säga att vi har resurser för sjukvård, hälsovård och hälsa som kan omfördelas för att påverka den ojämlikhet i hälsa som beskrivits. Många resurser är ännu inte utnyttjade i full utsträckning. Styrmedlen framför allt i ekonomisk nolltillväxt är otillräckligt kända till sin natur och till sin effekt. Forskning och forskningsresurser behöver samordnas och utnyttjas för målet "Hälsa för *alla* i Sverige år 2000".

#### REFERENSER

1. *Dahlquist G, Sterky G, Tengvald K, Ivarsson J-I, Wall S*: Health problems and care in young families—load of illness and pattern of illness behaviour (manuskript, 1983).
2. *Hanning M mfl*: Vårdutnyttjande — ett mått på ohälsa? Befolkningens kontakter med hälso- och sjukvård som underlag för planering. Spri-rapport 158, 1983 (under tryckning).
3. *Lagergren M, Lundh L, Orkan M, Sanne C*: Tid för omsorg. Sekretariatet för framtidsstudier. Liber förlag, Stockholm, 1982.
4. *Muir Gray JA*: Four box health care: Development in a time of zero growth. *Lancet* 1983; ii 1185–6.
5. *Höjer B, Sterkey G, Widlund G*: Development of child health care in suburban areas (manuskript, 1983).
6. *Le Grand J*: The strategy of equality. Redistribution and the social services. George Allen & Unwin, London, 1982.
7. *Johansson L, Nilsson L-G, Pettersson H*: Landstingskommunerna. En studie av politik och förvaltning på regional nivå. AWE/Gebbers, Stockholm 1975.
8. *Rosén M*: Dyrköpt hälsa. *Stockholmstidningen* 20 augusti 1983.
9. *Rosén M*: Har hälso- och sjukvården ett ansvar för att förebygga trafikolyckor? *Soc med tidskr* 1983; nr 8–9:445–8.
10. Sharing resources for health in England. Raport of the Resource Allocation Working Party, Department of health and social security, London 1976.
11. *Rodhe T*: Rammefinansiering för helseinstitusjoner. Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr 2, 1981.
12. *Leppo K*: Diskussionsinlägg i Lagergren M (red) Hälsa för alla i Norden år 2000. Socialstyrelsen, Rapport NHV 1983:1.
13. *Haglund B*: Prestationsmått i primärvården. *Allmän Medicin* 1983; 4:188.
14. *Hofoss D, Flower S, Gertz J, Isokoski M*: Helsepersonell i Norden 1970–1990. Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr 7, 1983.
15. *Berjso P, Schmidt E, Pusch D*: Differences in the reported frequencies of some obstetrical interventions in Europe. *Br J Obs & Gyn* 1983; 90:628–32.
16. *Jonsson M*: Regionala skillnader i sjukvård (manuskript 1983).
17. *Neldam S*: Fetal movements as an indicator of fetal well-being. *Dan Med Bull* 1983; 30:274–80.
18. *Nilsson CA*: Tidig hemgång efter förlossning kan ge betydande fördelar även i Sverige. *Läkartidn* 1983; 80:4285–6.
19. *Waldenström U, Lindmark G*: Är tidig hemgång efter förlossning möjlig från medicinsk risksynpunkt? *Läkartidn* 1983; 80:4286–9.
20. *Doll R*: Prospects for prevention. *Br Med J* 1983; 286:445–53.
21. *Mc Keown T*: A basis for health strategies—A classification of disease. *Br Med J* 1983; 287:594–6.