

# En planerares kommentarer till prioriteringsproblematiken

Gunnar Wennström

Gunnar Wennström är avdelningschef i socialstyrelsen. Som hälso- och sjukvårdsplanerare kommenterar han här Ragnar Berfenstams och Thomas Thorburns artikel och deras prioriteringsmodell.

Han ifrågasätter om det skall finnas en hälsoekonomernas egen expertnivå. Ett hälsoekonomiskt synsätt bör prägla prioriteringsövervägandena på i princip alla beslutsnivåer. Planerarrollen måste också komma in i beslutsmodellen.

Hälsoekonomerna måste med utgångspunkt från sitt synsätt och sina metoder engagera sig i både mikroproblem och makroproblem. Hur skall hälsoekonomin bidra till att begränsa den totala kostnadsnivån i hälso- och sjukvården? På vilket sätt kan hälsoekonomerna hjälpa sjukvårdshuvudmännen att hålla sig inom de ekonomiska ramar som man träffar frivilliga överenskommelser om med statsmakterna?

Det föreslagna livskvalitetsindexet kanske inte kan ge siffror som är direkt praktiskt tillämpbara men det är väsentligt att ställa sådana mjukdatabetonade uppgifter mot andra siffror om nyttoeffekter och kostnader som underlag för politikernas beslut.

Min uppgift är att såsom hälso- och sjukvårdsplanerare kommentera Ragnar Berfenstams och Thomas Thorburns prioriteringsresonemang och deras prioriteringsmodell. Vad jag anför här kan därför ses som ett förhandsanmält diskussionsinlägg.

Jag vill då börja med att framhålla att jag tycker den beskrivning, som författarna lämnar om prioriteringsproblematiken genom att strukturera prioriteringsformerna på olika nivåer, är mycket träf-

fande. Jag välkomnar särskilt att författarna medtagit såväl "egenvården" som ett beslutsområde – med de krav på hälsoupplýsning och hälsoinformation som därav följer – som den allmänpolitiska nivån med en avvägning av insatser mellan hälso- och sjukvården och andra samhällssektorer. I bägge dessa avseenden går författarna utanför den traditionella hälso- och sjukvårdsorganisationen.

## En hälsoekonomernas egen beslutsnivå?

Vad som dock gör mig konfunderad är att Berfenstam och Thorburn i beslutsmodellen preciserar hälsoekonomernas expertnivå såsom en särskild beslutsnivå – nämligen som nivå 5 mellan den professionella läkarexperternivån och den politiska nivån. Hälsoekonomin som kunskapsområde och hälsoekonomerna som experter inom detta område skall – som författarna själva anger – ge underlag för beslut och därmed också för prioriteringar både på den medicinska expertnivån och på politikernas nivå. Hälsoekonomerna bör emellertid inte själva enligt min uppfattning utgöra en beslutsnivå. De prioriteringsproblem som i modellen anges för denna nivå – innebärande en avvägning av vårdinsatser för olika sjukdomar – finner jag dock vara helt adekvata.

Jag anser för min del att ett hälsoekonomiskt synsätt bör prägla prioriteringsövervägandena på i princip alla beslutsnivåer. Även läkare bör i sina

.....  
*Jag anser att ett hälsoekonomiskt synsätt bör prägla prioriteringsövervägandena på i princip alla beslutsnivåer.*  
.....



.....  
*Hälso- och sjukvårdsplaneringen innebär ingen ny beslutsnivå. Denna planering skall i stället ge underlag för beslut.*  
.....

överbägganden om diagnos och behandling i individuella fall utgå från ett sådant synsätt och därvid ställa nytta och insatser (bla kostnader) mot varandra. Hälsoekonomernas medverkan med användning av en tvärvetenskaplig hälsoekonomisk metodik och teknik är särskilt angelägen för beslut på högre nivåer, från den professionella läkarexpertnivån och till de politiska nivåerna. Det hälsoekonomiska synsättet jämte de kunskaper som tas fram genom hälsoekonomiska studier bör ge en väsentlig grund för besluten på dessa olika nivåer.

### Planerarens roll

Jag vill därefter presentera mig själv som planerare och sätta in denna min planerarroll i den beslutsmodell som Berfenstam och Thorburn presenterat. Planeraren har att utforma en plan som skall utgöra ett underlag för bla politiska beslut. Det är från denna utgångspunkt som planeraren enligt min uppfattning bör placeras mellan beslutsnivå 5 och 6. Planeraren måste repliera på hälsoekonomin som kunskapsområde och på de nya kunskaper som hälsoekonomerna kan få fram samtidigt som planerna skall utformas som ett underlag för beslut på både hälsopolitikernas (nivå 6) och allmänpolitikernas beslutsnivå (nivå 7). Det gäller därvid att ge underlag för att prioritera mellan olika insatser såväl inom hälso- och sjukvårdssystemet som mellan hälso- och sjukvården och andra samhällssektorer med utgångspunkt från medicinska faktorer, välfärdsfaktorer och ekonomiska faktorer men också med hänsynstagande till politiska och administrativa aspekter.

Hälso- och sjukvårdsplaneringen innebär alltså ingen ny beslutsnivå. Denna planering skall i stället ge underlag för beslut.

För planeringen behövs – och det vill jag understryka än en gång – hälsoekonomiska insatser. Det är därför betydelsefullt att kunna utveckla ett hälsoekonomiskt synsätt och ta fram hälsoekonomiska

metoder och tekniker. Att som Berfenstam och Thorburn gör försöka utveckla en ny analysmetod inom hälsoekonomin synes från den utgångspunkten angeläget. Jag återkommer senare till deras förslag till ny analysmetod.

Först dock några mer allmänna kommentarer.

### Den totala kostnadsnivån

Författarna framhåller att det viktigaste hälsoekonomiska problemet är att prioritera bland föreslagna (aktuella) vårdalternativ med olika nyttoinnehåll för och olika fördelning mellan medborgarna. Jag delar deras uppfattning. I en sådan problemdefiniering inryms dock ett mycket brett system av delproblem – från mikropproblem av typen användning av en teknisk apparat eller en metod i jämförelse med andra apparater och metoder vid en sjukdom – till makropproblem av typen hälso- och sjukvårdsinsatserns effekter på hälsan i jämförelse med effekter av insatser inom andra samhällssektorer. Jag upplever det som särskilt angeläget att hälsoekonomerna med utgångspunkt från sitt synsätt och sina metoder och tekniker kan engagera sig i även sådana makroinriktade frågor. Därmed bör de kunna ge underlag för bedömning om bla den totala kostnadsnivån inom hälso- och sjukvården samt om motiven för att höja eller sänka denna nivå.

Inför 1980-talet står vi inför krav på betydande omstruktureringar inom hälso- och sjukvården mot bakgrund främst av den ekonomiska situation vi befinner oss i. Vår sjukvård är starkt sjukhuscentrerad. Trots de försök som under 1970-talet gjorts att omdisponera resurser från sjukhusen och till öppen vård, långtidssjukvård och psykiatri, går huvuddelen av resurserna fortfarande till den slutna akutsjukvården. Strukturförändringarna har alltså präglats av stor tröghet.

Tidigare var tillgången på utbildad personal – läkare, tandläkare och sjuksköterskor – den faktor

.....  
*Inför 1980-talet står vi inför krav på betydande omstruktureringar inom hälso- och sjukvården mot bakgrund främst av den ekonomiska situation vi befinner oss i.*  
.....



Om vi skall kunna utöka insatserna inom öppen vård, långtidssjukvård och psykiatri blir det därför nödvändigt att omstrukturera inom befintliga resursramar.

som i första hand begränsade takten i utbyggnaden. Ekonomin kommer emellertid i framtiden att bli den allt mer återhållande kraften.

Sedan 1960 har den årliga expansionen inom hälso- och sjukvården legat på omkring fem procent med en något högre nivå i slutet av 1960-talet och en något lägre nivå i början av 1970-talet. Trots de strävanden till återhållsamhet, som präglat utvecklingen under de senaste åren, ligger expansionstakten fortfarande på samma nivå, dvs på ca fem procent.

För 1980-talet krävs en mer dämpad utvecklingstakt. I 1980 års kompletteringsproposition har angivits siffran 2,5–3,0 procent som tak för den årliga kommande expansionen under perioden 1981–84. I ett längre perspektiv kan kraven på återhållsamhet komma att ytterligare skärpas. Om vi skall kunna utöka insatserna inom öppen vård, långtidssjukvård och psykiatri blir det därför nödvändigt att omstrukturera inom befintliga resursramar. Återhållsamheten måste framför allt drabba den somatiska slutna akutsjukvården. Det kan tomt bli nödvändigt att hålla denna vård på en totalt oförändrad nivå.

Kan vi genom hälsoekonomiska studier få fram underlag för sådana omdisponeringar? Hittills har det ju inte varit möjligt att åstadkomma sådana. Men vi måste i framtiden veta betydligt mer om vad det är som kostar och vad man får för sina pengar.

### Vårdutbudet styr vårdutnyttjandet

Genom socialstyrelsens och socialmedicinska institutionens i Uppsala studier om vårdkonsumtion och vårdutnyttjandet i olika landsting i Sverige vet vi tex att vårdutbudet i stor utsträckning styr vårdutnyttjandet. De landsting eller sjukhus som tex har fler vårdplatser än andra har alltså ett hårdare efterfrågetryck på slutna vård. Trots de produktivitets- och effektivitetsvinster som nåtts i behandlingen av sjukdomar – med bl a sänkt intagningsgrad och för-

kortade vårdtider – har de tillgängliga vårdplatserna ändå alltid kunna fyllas av nya problem och nya sjukdomar.

Tänk om vi fortfarande skulle ha haft kvar infektionssjukdomsförhållandena från 1930-talet, de långa hjärtinfarktsvårdtiderna på invärtesmedicinen från 1950-talet och de normer för intagning av patienter för operation av tex åderbräck eller skrapningar, som vi hade på 1950-talet, hur många vårdplatser skulle vi då inte ha behövt i dag? Trots de förändringar som skett i behandlingshänseende har vi emellertid ändå kvar i stort sett samma antal vårdplatser. Vårdplatserna har fyllts med patienter med andra sjukdomar. På vilket sätt kan hälsoekonomerna hjälpa till med sådana prioriteringsproblem?

På vilket sätt kan vidare hälsoekonomerna hjälpa sjukvårdshuvudmännen att hålla sig inom de ekonomiska ramar som man träffar frivilliga överenskommelser om med statsmakterna? Hittills har detta nämligen visat sig vara mycket svårt. På vilket sätt kan vi härutöver få underlag från hälsoekonomiska studier för precisering av ramar och anpassning av dessa inte enbart till samhällsekonomiska utgångspunkter utan även till välfärds- och hälsopolitiska mål?

### Livskvalitetsindexet

Sedan några ord om det föreslagna livskvalitetsindexet.

Jag tror en sådan matematisk formel är viktig genom att den tvingar alla berörda – hälsoekonomer, planerare och politiker – att strukturera problemen och att försöka vikta och värdera även omätbara förhållanden. Jag tror det vore värt ett försök att få fram ett sådant värderingsinstrument och att därmed även kunna använda sig av den panel av politiker och läkare som föreslagits av

*Hela den politiska bedömningsprocessen, som ju är en prioriteringsprocess, bygger på värderingar av olika mjukdata som inte kan översättas i siffror.*



Man bör alltså inte försöka teknifiera politiken.

Berfenstam och Thorburn. Jag tror dock inte man skall ha för stora förhoppningar om att med denna formel kunna få fram siffror som är direkt praktiskt tillämpbara.

Hela den politiska bedömningsprocessen, som ju är en prioriteringsprocess, bygger på värderingar av olika mjukdata som inte kan översättas i siffror. Jag bedömer det alltså inte vara möjligt att man genom

en generell värdering i en panel, där det sitter politiker och läkare mfl, kan frånhända andra politiker vare sig möjligheten att fatta lokala hälso- och sjukvårdspolitiska beslut eller ansvaret för dessa beslut. Man bör alltså inte enligt min uppfattning försöka teknifiera politiken.

Det väsentliga är emellertid att i en modell av detta slag kunna ställa absoluta siffror om nyttoeffekter och kostnader mot mer mjukdatabetonade uppgifter som underlag för politikernas beslut. Med en sådan målsättning bör prioriteringsmodellen och diskussionerna om livskvalitetsindex enligt min uppfattning kunna ha stor betydelse.

# Tvätta händerna ofta!

Att sköta handhygienen är ingen privatsak för oss sjukvårdsanställda. För att undvika smitta och infektioner måste vi tvätta oss kanske mer än någon annan grupp. Därför är det viktigt att just vi regelbundet använder en bra handcreme. aatrix skyddar när man måste tvätta sig ofta och gör händerna mjuka och smidiga igen. En pålitlig hygienprodukt från Beiersdorf medical.

Beiersdorf AB, 0300-170 00.

 **BDF**  
medical  
programm

**aatrix**

BDF ●●●●