

Roller och krav vid prioriteringar inom sjukvården

Henric Hultin

Sjukvården kan inte längre få kosta vad den vill. I en allt kärvare samhällsekonomi konkurrerar den med många andra angelägna samhällsintressen om ett nästan obefintligt utrymme för expansion av offentlig verksamhet. Detta tvingar sjukvården att finna former för vidareutveckling huvudsakligen inom befintliga resurser och metoder för prioritering mellan olika insatser. Författaren beskriver den förändrade situationen för huvudaktörerna i prioriteringsprocessen inom sjukvården och illustrerar de krav på aktörerna som den förändrade situationen medför.

Henric Hultin är läkare och sjukvårdschef inom Älvsborgs läns landstings norra sjukvårdsdistrikt.

I den strukturering av prioriteringsprocessen som Ragnar Berfenstam och Thomas Thorburn presenterat anges sju olika beslutsnivåer. För varje nivå beskrivs bla beslutsfattarens kompetens, jämförelsealternativ och bedömningsgrunder. Trots den schematiskt strikta nivåindelningen krävs naturligtvis en äkta kommunikation mellan beslutsfattare på de olika nivåerna. Jag skall här försöka något illustrera förutsättningarna och de praktiska konsekvenserna i detta samspel mellan beslutsfattare på den medicinska expertnivån, hälsoekonomernas nivå och hälsopolitikernas nivå.

Huvudaktörerna och samspelet

Huvudaktörerna i de tre nämnda beslutsnivåerna är sålunda

- medicinska experter

"När politikerna talar gäller det att lyssna noga, så att man hör vad dom inte säger." (Sture Hegerfors)

"Som administratör måste man dela ut tio klappar på huvudet för varje spark i baken. Detta är ett gott skäl för att endast ha ett fåtal underställda. I annat fall räcker inte händerna till, medan fötterna alltså har överkapacitet." (Thomas L Martin Jr: "Malice in Blunderland")

"Osanningar kan endast tillåtas som ett slags läkemedel, och därför bör de aldrig få användas av andra än läkare." (Platon, ca 400 år f Kr)

- hälsoekonomiska experter
- hälsopolitiker.

Min utgångspunkt för den fortsatta diskussionen är att beslutsfattare inte kan utöva sin funktion inom resp nivå utan att ha en direkt och nära kommunikation med beslutsfattare i de närmast underliggande nivåerna. Beslutsfattarrollen på en viss nivå måste utövas i direkt samverkan med de viktigaste leverantörerna av beslutsunderlag. Därmed är frågan om under vilka förutsättningar man arbetar i resp roll, vilka förväntningar man har på varandra och hur man ser på rollfördelningen av stor betydelse för hur beslutsfattandet kan utövas.

För att göra min diskussion så konkret som möjligt väljer jag att inom varje expertgrupp välja ut en

.....
Beslutsfattarrollen på en viss nivå måste utövas i direkt samverkan med de viktigaste leverantörerna av beslutsunderlag.
.....

vanlig grupp befattningshavare och försöka granska villkoren för att ett samspel skall kunna fungera i det löpande planeringsarbetet och prioriteringen ute i sjukvården runt om i landet.

Medicinska experter finns av många olika slag. En vanlig och betydelsefull grupp bland dessa är läkare i ledande ställning (klinikkchefer, vårdcentralsschefer och liknande). Jag använder därför denna grupp i min fortsatta belysning.

Äkta hälsoekonomiska experter har vi än så länge ont om i landet. De som finns representerar skilda vetenskaps- eller kunskapsområden, eftersom hälsoekonomi ju är ett tvärvetenskapligt kunskapsområde. I det löpande vardagsarbetet med prioriteringar inom sjukvården torde det emellertid huvudsakligen vara sjukvårdsadministratörer i ledande ställning som får ta på sig rollen.

Hälsopolitikerna kan för konkretiseringens skull exemplifieras med ledande sjukvårdspolitik i våra landsting (ledamöter i sjukvårdsstyrelser och förvaltningsutskott).

I samspel med varandra skall dessa tre grupper av huvudaktörer tillsammans skapa beslut och andra förutsättningar som möjliggör för sjukvårdens utövare att kunna ge så god hälso- och sjukvård som möjligt inom tillgängliga resurser (figur 1).

Dessa huvudaktörers samspel påverkas emeller-

tid mycket starkt även av två andra grupper aktörer:

- de fackliga organisationerna
- befolkningen.

Påverkan från de fackliga organisationerna utövas direkt av valda företrädare för de fackliga huvudorganisationerna inom sjukvården. Befolkningen utövar sin påverkan i många olika former. Ibland uppträder delar av befolkningen i rollen av patienter eller anhöriga till patienter, ibland i form av patientföreningar med gemensamma sjukdomsproblem. I andra sammanhang utövar befolkningen sin påverkan på processen i sin egenskap av väljare i allmänhet eller medlemmar i politiska partier.

Samspelsprocessen kanske riktigare beskrivs enligt figur 2 (även denna givetvis en förenkling).

Förändrade förutsättningar

Alla torde vara medvetna om att de samhällsekonomiska förutsättningarna idag och under den närmaste framtiden är helt annorlunda än vad de varit under t ex de gångna 20 åren. Under 1960- och 1970-talet har man varit van vid att se som en självklar förutsättning att samhället har möjlighet att varje år utöka resurserna påtagligt för den offentliga verksamheten, däribland inte minst sjukvården. Alla de ovan beskrivna aktörerna har alltså vant sig vid och utvecklat sin "professionalitet" i resp roll utifrån denna givna förutsättning.

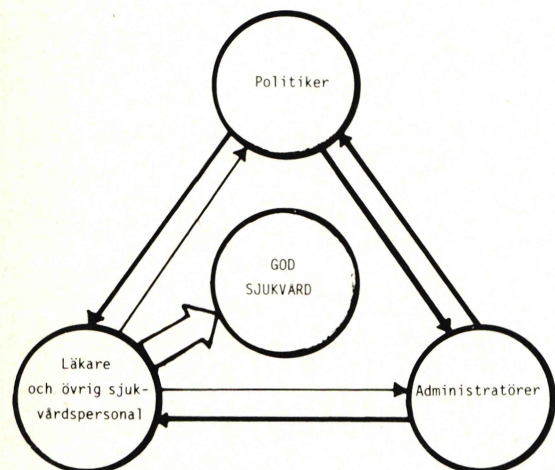
Detta förhållande gäller i stort sett varje enskild aktör personligen, eftersom man som regel meriterat sig till sin nuvarande ledande position genom att samla erfarenhet och utmejsla sitt beteende och sin uppfattning om hur man bäst sköter ett sådant uppdrag just under de beskrivna "gyllene" åren. Läkarna har vant sig vid att kunna se på vad som är medicinskt möjligt och angeläget utan att egentligen behöva se på resursförbrukningen samtidigt. Administratörerna har lärt sig att en god administratör är

.....

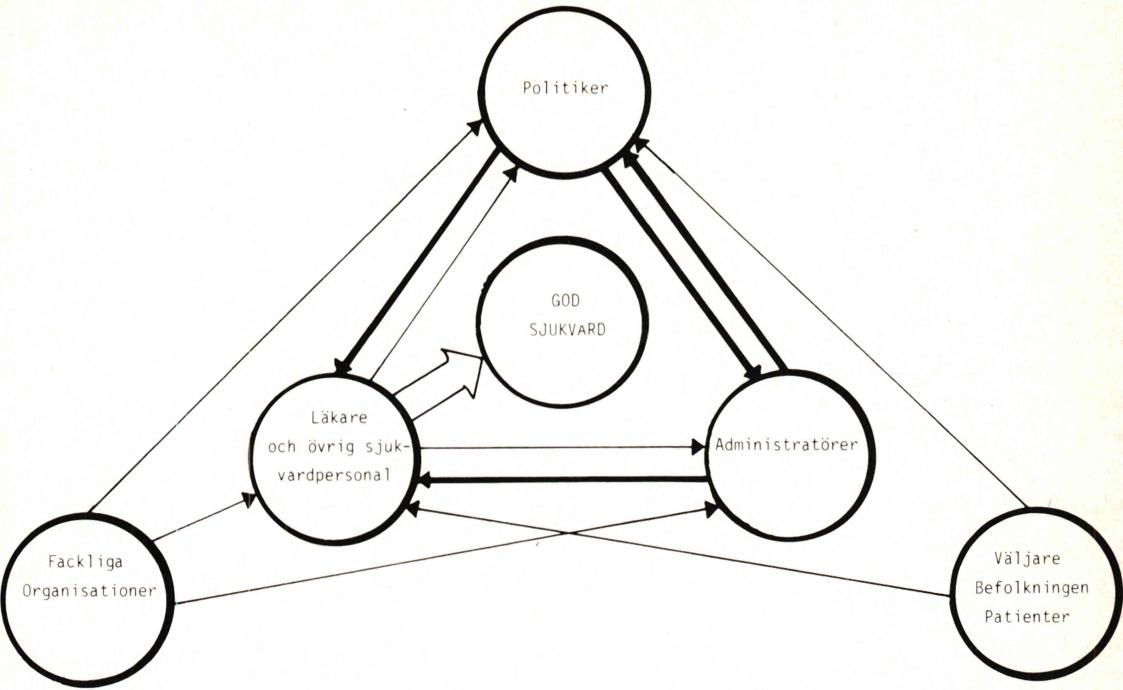
Läkarna har vant sig vid att kunna se på vad som är medicinskt möjligt och angeläget utan att egentligen behöva se på resursförbrukningen samtidigt.

.....

Figur 1. Samspelet och huvudaktörerna i prioriteringsprocessen.



Figur 2. Fackliga organisationer och befolkningen påverkar samspeletsprocessen.



man bara om man i sin uppbyggnad av organisation och system eller vid planering av byggnader ser inte bara till de aktuella verkliga behoven, utan även förutser och garderar marginaler för framtida önskemål och behov.

Politikerna har vant sig vid att arbeta med löften och utfästelser, som tack vare den kontinuerliga resurstillväxten har kunnat infrias utan att man tvingats väga angelägenhetsgraden mot sådant som redan finns. De fackliga företrädarna har ju vant sig vid att bara behöva se till sina medlemmars intressen, och då har det enbart varit en fördel att det med nya arbetsuppgifter automatiskt har måst följa nya tjänster. Befolkningen har i sina olika roller lärt sig att ställa krav och driva dem, och de har samtidigt

.....

Politikerna har vant sig vid att arbeta med löften och utfästelser, som tack vare den kontinuerliga resurstillväxten har kunnat infrias utan att man tvingats väga angelägenhetsgraden mot sådant som redan finns.

.....

vant sig vid att samhällsekonomiska skäl aldrig behöver accepteras som skäl mot välmotiverade krav på förbättringar.

Beskrivningen kanske är litet tillspetsad, men var och en av oss kan säkert komplettera och nyansera exemplifieringen så att den känns rättvis och verklighetsförankrad, men ändå bestyrker förhållandet att aktörerna i den nu så viktiga prioriteringsprocessen lärt sig sin roll och sitt beteende under en grundläggande förutsättning, som inte längre existerar. Förändringen beträffande förutsättningarna är så kraftig att man kanske till och med har skäl att tala om behov av omskolning för aktörerna!

Med utgångspunkt i figur 2 kan man börja med att konstatera att kommunikationen mellan de fackliga organisationerna respektive befolkningen och ak-

.....

Förändringen beträffande förutsättningarna är så kraftig att man kanske till och med har skäl att tala om behov av omskolning för aktörerna.

.....

törerna i den inre triangeln inte kan få förbli så enkelriktad, som den enligt mitt förmenande hittills varit. "Innertrion" måste ta på sig uppgiften att etablera en påverkande kommunikation med de båda "yttrarna" även i omvänd riktning. Att åstadkomma detta är säkerligen inte problemfritt, eftersom varken "inrarna" eller "yttrarna" har någon vana vid det.

Samspelet i "innertrion"

De förändrade förutsättningarna innebär också kraftigt förändrade villkor för samspelet mellan de tre inre aktörsgrupperna. Frågan om samspelet skall kunna fungera bra är beroende av i vilken utsträckning man har en någotsånär gemensam uppfattning om rollfördelningen, om vilka krav man har rätt att ställa på varandra och i vilken utsträckning man överhuvud taget är villig och klarar av att motsvara de förväntningar som ställs på en själv. Jag vill göra ett försök att granska vilka dessa nya eller förändrade krav är genom att för en aktörsgrupp i taget ställa ett par (förhoppningsvis provokativa!) frågor om villighet och förmåga.

Är politikerna villiga och klarar man att

- ha kontinuerlig dialog *både* med administratörerna *och* med läkarna/övrig ledande vårdpersonal? En vanlig uppfattning är att politikerna hittills haft sin kommunikation med vårdexperterna huvudsakligen *genom* administratörerna. Många politiker ha ärligt sagt sig vilja ha en verklig dialog, men det är mer ovanligt att man klarat det i verkligheten. Misslyckanden beror sannolikt inte bara på politikerna!
- ägna tid åt att lära om den verksamhet man är satt att styra? Många, både politiker och andra, har säkert blivit förskräckta, när man upptäckt hur litet ansvariga politiker (givetvis med vissa undantag) egentligen

Är politikerna villiga och klarar man att ägna tid åt att lära om den verksamhet man är satt att styra?

Påtryckargrupper finns av många slag. Fler och mer energiska kommer de att bli, när samhällsekonomin blir kärvare.

vet om under vilka förutsättningar och villkor den praktiska sjukvårdsverksamheten fungerar. Men ändå tycks detta inte vara tillräckligt viktigt för att få ta tid.

- skaffa tid genom att delegera verkställighetsbesluten?

Trots att politiker har ont om tid (vilket säkert är sant), så har man ändå tid att enligt Parkinsons lag ägna en timmes sammanträdestid åt frågan om det nya cykelstället på sjukhuset skall ha tak i tryckimpregnerat trä eller i korrugerad plåt!

- påverka/styra genom att *fördiskutera* frågor, som någon gång senare kommer att kräva beslut?

Det finns en tendens att tro att det är i beslutsögonblicken man påverkar utvecklingen. Om inte beslut i ärendet behöver tas idag, så behöver heller inte frågan diskuteras idag! De erfarna politikerna vet naturligtvis att det inte är så, men kan ändå ha svårt att komma in i ett annat arbetssätt.

- hantera påtryckargrupperns krav på "skygglappsbeslut"?

Påtryckargrupper finns av många slag. Fler och mer energiska kommer de att bli, när samhällsekonomin blir kärvare. Deras naturliga intresse är att pressa fram ställningstaganden till förmån för den egna gruppens intressen utan att behöva invänta att dessa blir vägda mot andra angelägna behov, dvs utan någon prioritering. Att hantera denna situation är politikerna inte vana vid, för man har inte behövt prioritera under den ständiga resurstillväxtens tid.

- ta ansvar för fattade obekväma beslut?

På ett helt annat sätt än tidigare kommer även sjukvårdspolitikerna att behöva gå ut till allmänheten och både motivera och beskriva konsekvenserna av de nödvändiga, men impopulära besluten.

Är administratörerna villiga och klarar man att

- vara "positiva" filtera?

Många anklagar administratörerna för att filtrera informationen från vårdexperterna till politikerna. Men det finns ju en filtrering som är nödvändig för att filtrera bort det brus, som annars skulle dränka de viktiga signalerna. Även vid en fungerande direktdialog mellan vårdexperterna och politikerna behövs säkert en viss filterfunktion. Men det kommer att bli en synnerligen grannliga och obekväm uppgift. Skall man vara det stöd och den hjälp, som själva ordet administration anger, så duger det inte att vara enbart "snälla tillstyrkare" eller enbart "restriktörer".

- ge verksamheten och politikerna stöd och service bla med insiktsfulla kostnads-nyttobedömningar?

Behovet av denna typ av beslutsunderlag kommer att öka kraftigt. Inom administratörsgruppen i stort är man inte särskilt erfaren på detta område. Metoder anpassade till sjukvårdens förhållanden är dåligt utvecklade. Förklaringen är att man inte behövt sådant tidigare.

- själva ta ansvaret för effektivisering av den administrativa verksamheten?

Kraven på effektivisering och prioriteringar beträffande resursanvändningen inom administration är lika berättigade som inom vården. Det har dessutom en viktig symbolisk betydelse för vårdpersonalen.

Är läkarna villiga och klarar man att

- ta på sig dubbelrollen som individbehandlande doktor och medicinsk expert i övergripande planering och prioritering?

Berfenstam och Thorndburn har visserligen understrukit att det är skilda beslutssituationer och

Kraven på effektivisering och prioriteringar beträffande resursanvändningen inom administrationen är lika berättigade som inom vården.

Är läkarna villiga och klarar man att gå utöver de egna specialitetsgränserna i den medicinska prioritetsprövningen?

skilda jämförelsealternativ för de olika rollerna. Men om de dagliga besluten om metoder och resursutnyttjande i sjukvården skall ha samband med de övergripande besluten (annars blir de senare meningslösa!), så måste dubbelrollen ändå integreras i samma individ för klinikchefer och motsvarande. Annars måste man vara ordentligt schizofren, och det är inte säkert den bästa urvalsgrunden för medicinsk expertis!

- gå utöver de egna specialitetsgränserna i den medicinska prioritetsprövningen?

Med den allt snävare specialiseringen blir det nödvändigt att man vågar använda sitt medicinska kunnande och sin allmänna sjukvårdserfarenhet även över gränserna mot närliggande medicinska områden. Och med de gamla kollegiala spelreglerna är detta närmast tabu. Alternativet är att övervägande över gränserna sker utan medverkan av medicinsk kunskap och erfarenhet av den verkliga sjukvården.

- väga in både medicinsk nytta och resursförbrukning i de medicinska besluten?

Den medicinska etiken har under årtusenden baserats på ett individorienterat synsätt (en individ i taget). Det finns ännu ingen färdig och användbar etik, som samtidigt tar hänsyn till de andra patienterna (egna och andras). Samtidigt börjar man känna att den gamla etiken inte håller längre, när man konkret upplever att det är resurstillgången som är den verkliga restriktionen för vad man kan göra för sina patienter. De första stapplande stegen mot en nyorientering av den medicinska etiken

Samtidigt börjar man känna att den gamla etiken inte håller längre, när man konkret upplever att det är resurstillgången som är den verkliga restriktionen för vad man kan göra för sina patienter.

togs i Hawaii-deklarationens villkorande till tillgängliga resurser och till en rättvis fördelning av dessa.

- ställa sitt expertkunnande och sin auktoritet till förfogande även för att utforma restriktioner?

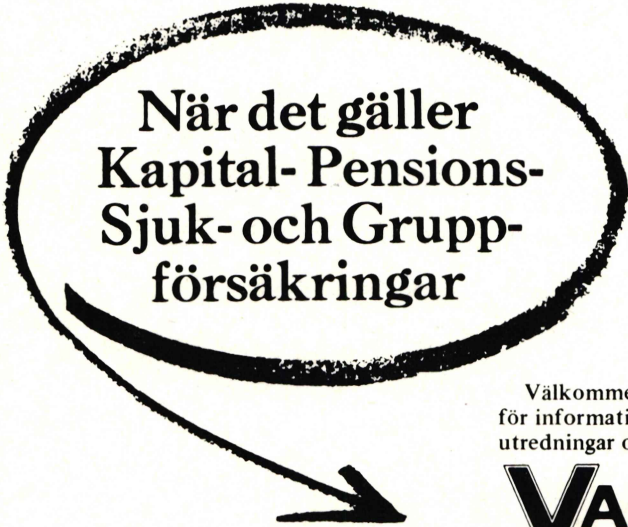
Att man gärna gör det när det gäller att föreslå och utforma expansioner, det vet vi! Men när det gäller utformningen av restriktioner, så är det givetvis inte lika lustbetonat. Allvarlig eftertanke ger dock genast vid handen att det för sjukvårdens del är ännu angelägnare med full tillgång till expertkunnandet och erfarenheten då. Räcker denna slutsats för att man skall ställa upp också i verkligheten?

Sammanfattning

Förändrade samhällsekonomiska förutsättningar ställer nya krav på sjukvården. Kraven från allmän-

heten, från politikerna och från de i sjukvården verksamma professionella grupperna på att sjukvården skall vidareutvecklas i takt med ny medicinsk kunskap står kvar även i en kärv ekonomi. Detta medför starka krav på sjukvården att både klara en inre effektivisering och omprövning av resursanvändningen och att prioritera inom snäva resursramar. Prioriteringen gäller både mellan olika önskemål om nytillskott i arsenalen och mellan gammalt och nytt.

De viktigaste aktörsgrupperna i denna prioriteringsprocess har förvärvat sin erfarenhet och sitt beteende under helt andra förutsättningar. Den nödvändiga omställningen är inte lätt men nödvändig. En hel rad obekväma frågor reser sig om vilka krav och förväntningar som ställs på huvudaktörerna i sjukvårdens prioriteringsprocess. Är man villig och klarar man att motsvara dessa? Vad händer annars?



När det gäller Kapital- Pensions- Sjuk- och Grupp- försäkringar

Välkommen till Valand
för information, rådgivning,
utredningar och förslag.

VALAND

Försäkring med personlig service

Valands distriktschefer finns på de flesta större orter i landet. Ni finner dem i telefonkatalogen under bokstaven V, Valand.

Huvudkontor: Birger Jarlgatan 43, Box 7829, 103 97 Stockholm
Tfn 08 - 22 34 20